



**PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO
DE RISCOS E DOENÇAS NA SAÚDE
SUPLEMENTAR BRASILEIRA:
RESULTADOS DO
LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO**



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**



**Organização
Mundial da Saúde**
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS Américas

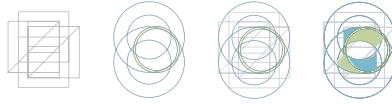


ANS Agência Nacional de
Saúde Suplementar

**PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE
RISCOS E DOENÇAS NA SAÚDE
SUPLEMENTAR BRASILEIRA:
RESULTADOS DO
LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO**

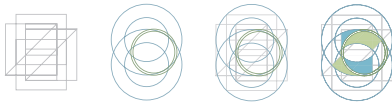
Alberto José N.Ogata
(organizador)

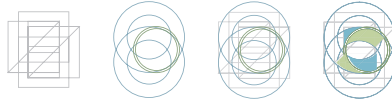
2013



SUMÁRIO

Autores	5
Apresentação	7
Saúde e inovação: um começo de conversa	9
Sistema de saúde suplementar brasileiro	17
As doenças crônicas não-transmissíveis e as ações em promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar	23
Histórico da regulação da promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar no Brasil	33
Perfil dos programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças aprovados pela ANS. Práticas inovadoras	47
Perfil dos programas de promoção de saúde e prevenção de riscos e doenças inscritos e não aprovados pela ANS	69
Tradução e adaptação cultural do questionário CDC Worksite Health ScoreCard (HSC)..	97





AUTORES

Alberto José N. Ogata – Coordenador do Laboratório de Inovação Assistencial em Promoção de Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças (PROMOPREV) na Saúde Suplementar da OPAS/ANS

Elisandrea Sguario Kemper – Consultora Técnica Nacional da OPAS/OMS Brasil

Fernando Antonio Gomes Leles – Consultor em sistemas e serviços de saúde na Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), sendo referência técnica em saúde suplementar (com a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS)

Katia Audi – Gerente da Gerência de Monitoramento Assistencial da Agência Nacional de Saúde Suplementar

Martha Regina Oliveira – Especialista em Regulação em Saúde Suplementar da Agência Nacional de Saúde Suplementar

Michelle Mello – Especialista em Regulação em Saúde Suplementar da Agência Nacional de Saúde Suplementar

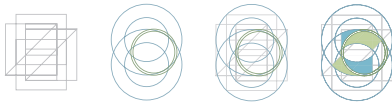
Simone Mendes – Especialista em Regulação em Saúde Suplementar da Agência Nacional de Saúde Suplementar

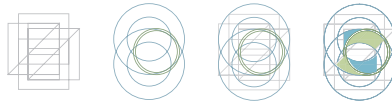
Patricia Coelho de Soarez – Pesquisadora do Laboratório de Inovação em PROMOPREV da ANS/OPAS

Rozana Mesquita Ciconelli -Departamento de Medicina da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP

Thiago Pavin – Pesquisador do Laboratório de Inovação em PROMOPREV da ANS/OPAS

Tatiana Amato – Pesquisadora do Laboratório de Inovação em PROMOPREV da ANS/OPAS





APRESENTAÇÃO

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), desde 2004, tem como foco da regulação a reorganização do modelo de atenção à saúde praticado no setor. A partir de então, as operadoras de planos de saúde têm sido estimuladas a desenvolverem Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças.

Neste sentido, a mudança do Modelo de Atenção à Saúde envolve a adoção de práticas cuidadoras e integradas. Pensar a saúde de forma integral significa, também, articular as diretrizes da ANS com as políticas empreendidas pelo Ministério da Saúde, respeitando as peculiaridades do setor suplementar, fortalecendo parcerias e a discussão a respeito das necessidades de saúde da população, bem como estabelecer políticas de regulação indutoras em diversos níveis.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a ANS desenvolveram parceria, no âmbito da cooperação técnica, para o desenvolvimento de um Laboratório de Inovações que visa identificar e estimular a produção de soluções inovadoras na Saúde Suplementar, com foco nas condições crônicas e nas ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças.

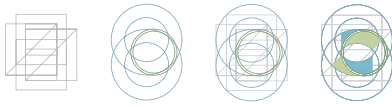
Os Laboratórios de Inovação são uma ferramenta flexível, útil para a análise descritiva e a produção de evidências de experiências que empiricamente são qualificadas como exitosas, desenvolvendo ao mesmo tempo mecanismos para compartilhar soluções de problemas. Têm fundamentação científica em estudos e aperfeiçoamentos conceituais e metodológicos sobre a gestão da inovação e sua introdução na prática. São desenvolvidos por meio de plataformas colaborativas de intercâmbio de conhecimentos e de lições aprendidas, entendendo a inovação como um dos elementos fundamentais na gestão.

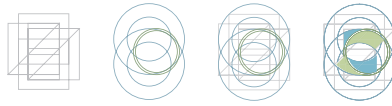
Esta publicação visa apresentar os resultados do Laboratório de Inovações na Saúde Suplementar, fruto do trabalho integrado de pesquisadores, especialistas no tema, gestores, operadoras de planos de saúde e profissionais, constituindo-se em trabalho colaborativo, coordenado pela OPAS e ANS.

Esperamos que a leitura deste livro contribua para a qualificação, reciclagem e atualização dos profissionais de saúde para que possamos promover a saúde e a qualidade de vida da população.

Joaquin Molina
Representante da OPAS/OMS no Brasil

Andre Longo
Presidente da ANS





SAÚDE E INOVAÇÃO: UM COMEÇO DE CONVERSA

Fernando Antônio Gomes Leles
Elisandréa Kemper

O que é inovação?

O termo “inovação” pode ser compreendido, de forma mais ampla, a partir de Schumpeter (1961), como o processo de criação do novo e destruição do que está se tornando obsoleto, concretizando-se através da criação e introdução de um produto novo, ou uma mudança em um produto existente, novos métodos de produção e de disseminação de produtos, criação de novos mercados, descoberta ou conquista de novas fontes de matéria-prima, desenvolvimento de novos insumos e mudanças organizacionais, que geram uma “competição” entre o velho e o novo modelo/produtos/serviços.

Já para Drucker (1969), a inovação está para além da simples criação de um novo produto, sendo necessária a criação de um novo tipo de satisfação, associada à geração de valor econômico. Para ele, a inovação é diferente da invenção. A invenção se restringe a um significado tipicamente tecnológico. Já a inovação transborda os aspectos tecnológicos, de tal forma que as inovações sociais e as inovações gerenciais também devem ser consideradas relevantes.

Portanto, observa-se que as inovações podem ter duas naturezas: as mercadológicas (cujo foco é o usuário) e as produtivas (focadas nos processos, produtos e serviços). Vários fatores podem contribuir para a inovação nas organizações: a estratégia e a estrutura organizacional, o marco regulatório legal, o ambiente de negócios, o suporte gerencial, a cultura e a disposição para inovar, os recursos destinados à inovação, o tempo de maturação dos processos, a disposição para assumir riscos e lidar com erros, os incentivos para inovar e, até mesmo, as experiências anteriores relacionadas à inovação e seus sucessos e frustrações (BRESSAN, 2013).

A inovação: uma necessidade no mundo globalizado

A geração de inovações vem sendo apontada como uma prioridade, tanto por líderes de instituições públicas, quanto de empresas privadas, para manterem suas organizações competitivas frente ao atual cenário econômico mundial, no qual há forte escassez de recursos e maior concorrência. Tal constatação pode ser vista nos dados resultantes de pesquisa elaborada pela consultoria PricewaterhouseCoopers (2011) com cerca de 1200 CEOs de instituições públicas e privadas, de 70 países, ao serem perguntados a respeito das necessidades das organizações e de sua disposição em aumentar o comprometimento organizacional para ações estratégicas, conforme a figura a seguir.

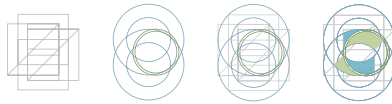
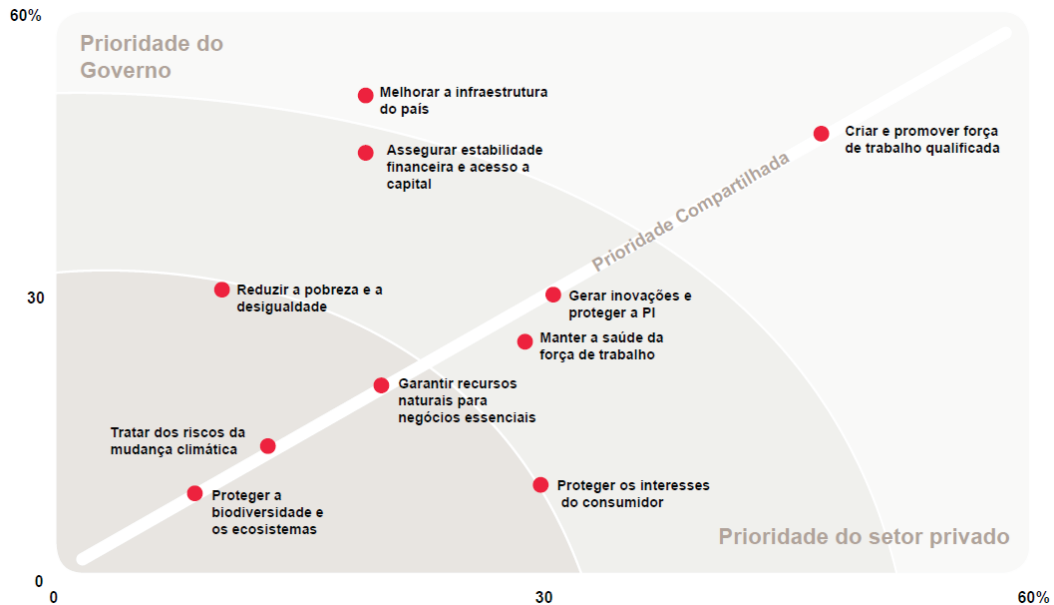


Figura 1: Prioridades de comprometimento de recursos e ações de empresas privadas e instituições públicas, declaradas pelos CEOs de 1200 empresas, em 70 países, 2011.

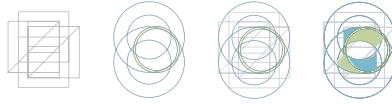


Fonte: PRICEWATERCOOPERS, 2011.

O estudo mostra, ainda, que a geração de inovação deveria ser a segunda maior prioridade compartilhada entre os setores público e privado, ficando atrás somente das atividades de qualificação de força de trabalho, mas muito à frente de ações relacionadas à garantia de recursos naturais, riscos da mudança climática e proteção da biodiversidade e de ecossistemas. Portanto, a inovação pode ser interpretada como uma necessidade premente para a sobrevivência das organizações em um ambiente competitivo. Desta forma, 43% dos CEOs entrevistados pretendiam mudar significativamente suas estratégias, visando contemplar de forma mais clara a inovação como diretriz para lidar com as incertezas econômicas, as demandas dos clientes e a dinâmica industrial.

Atualmente, a busca por mais produtividade, via redução dos custos, é insuficiente para que uma empresa se destaque no mercado. Cada vez mais, o crescimento de vendas/adesões e de participação no mercado está ligado à criação de produtos ou serviços transformadores. Neste sentido, é possível afirmar que uma das maiores referências no campo da tecnologia da informação e comunicação é o Google, seja pela ampla gama de serviços e produtos oferecidos, seja por sua capacidade de responder às dinâmicas de mercado, inclusive gerando demandas em seus clientes.

Pesquisadores e gestores vêm apontando que um dos principais fatores para o sucesso desta empresa, em um ramo tão competitivo, é sua capacidade de inovação. Esta capacidade vem se construindo, em boa medida, devido à focalização no core do negócio e concentração de esforços neste sentido (segundo boletim NASDAQ ago/2012, o Google é atualmente a empresa de tecnologia que mais investe em pesquisa e desenvolvimento, dedicando 13,6% de sua receita, enquanto a Microsoft investe 12,9%, a IBM 5,9% e a Apple 2,2%), mas, conforme apontado por Ferrari (2013), também devido ao “jeito Google de inovar”. Alguns traços principais podem ser identificados no método: 1) as propostas de inovação partem “de baixo pra cima”, cabendo às equipes técnicas a tarefa de elaborar propostas de novos produtos e serviços e



aos administradores a melhoria dessas ideias; 2) as equipes técnicas são estimuladas a dedicar parte de seu tempo a tarefas não diretamente ligadas ao trabalho, mas atinentes a campos relacionados, o que permite à equipe o desenvolvimento de uma visão mais ampla e intersetorial; 3) as equipes trabalham com metas preestabelecidas e a maioria dos projetos de produtos começa com uma data limite para que sejam lançados; 4) antes de serem lançados, todos os produtos devem ser testados pelos próprios funcionários da empresa; e 5) os novos serviços ou produtos são lançados mesmo com alguns detalhes a serem melhorados, permitindo, assim, a interação com os consumidores. Dai surge o conceito de inovação baseada no usuário, que considera suas necessidades, expectativas, críticas e sugestões.

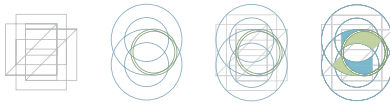
Inovação e o Sistema de Saúde

Na saúde, a inovação tem um papel central. Conforme apontado por Gadelha (2003), o setor saúde, apesar de classicamente pertencer ao setor de Serviços, pode ser analisado como um Complexo Industrial, cujas finalidades diretamente relativas às necessidades humanas são expressas no consumo e na utilidade de bens e serviços e na busca de níveis de bem-estar da sociedade. Desta forma, a saúde seria um espaço privilegiado de desenvolvimento econômico, gerando oportunidades de investimento, acumulação de capital, geração de renda e emprego. Neste contexto os processos de inovação são bastante claros, em especial no que se refere ao desenvolvimento tecnológico de equipamentos, medicamentos, fármacos, técnicas e insumos. Tais inovações vêm, ao longo das décadas, incrementando fortemente o setor com produtos e serviços (em boa medida não-substitutivos, mas cumulativos às tecnologias anteriormente disponíveis) e gerando, por consequência, uma pressão nos custos totais e individuais do sistema. Por outro lado, autores como Lundvall (1988) vêm identificando experiências de países nos quais vêm se desenvolvendo ações no sentido de articular os interesses empresariais (acumulação econômica) e sociais (melhoria nos níveis de saúde) em torno de estratégias de inovação e de melhoria das condições de competitividade do setor saúde, consolidando-se um “complexo industrial de bem-estar social”, no qual a área social é apontada como uma alavanca potencial de inovação e desenvolvimento das economias nacionais.

No Brasil, desde fins da década de 1980, observa-se um significativo processo de reorganização do sistema de saúde, incluindo desde a constitucionalização dos princípios do Sistema Único de Saúde e suas relações com o setor privado e a sociedade, a até uma forte reestruturação da gestão e dos serviços de saúde (CORDEIRO, 2001). Contudo, mesmo neste cenário mais amplo, pouco se trata dos processos de inovação no campo da gestão em saúde. Tais processos podem acontecer no âmbito tanto dos sistemas de saúde, quanto dos serviços, e buscam lidar e solucionar os conflitos decorrentes da interação entre demanda, oferta e satisfação. Assim, a inovação na gestão em saúde deve considerar como questões fundamentais: as alterações das necessidades de saúde determinadas pelas mudanças demográficas, sociais e epidemiológicas; a crescente demanda por serviços de saúde; a escassez de recursos físicos, humanos, financeiros e tecnológicos; o aumento dos custos com saúde decorrentes especialmente da absorção tecnológica; as dificuldades de alocação de mais recursos públicos ou privados para o setor; e as mudanças nas expectativas dos usuários/clientes/cidadãos.

Inovação em saúde é um conceito até então pouco discutido e referenciado quando se trata dos aspectos de gestão e de inovação nas práticas em saúde. O conceito mais compreendido e associado à inovação é a inovação tecnológica, relativas ao complexo médico-industrial e de medicamentos.

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. Conhecer outras experiências pode ajudar o gestor nos seus esforços para melhorar os processos e resultados em saúde (BRASIL, 2011).

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. É uma das chaves para superar as inequidades em saúde e para aumentar a produtividade do setor saúde (ATUN, R.; SHERIDAN, D. 2007).

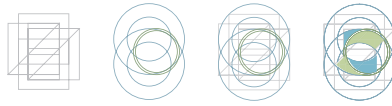
Os Laboratórios de Inovação

Desde 2008, a OPAS/OMS e o Ministério da Saúde do Brasil vêm desenvolvendo os laboratórios de inovação, unidos a diferentes instituições, como Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Conselho de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Saúde, entre outros, abordando temas como: Redes de Atenção à Saúde, Atenção Primária em Saúde (APS), Gestão participativa dos serviços de saúde, Atenção Domiciliar, Manejo das doenças crônicas na APS, dentre outros. Em 2013, a Opas expandiu a estratégia do Laboratório de Inovações para outros países da Região das Américas, envolvendo o Escritório Central da Opas em Washington-DC e o desenvolvimento em âmbito regional.

Os Laboratórios de Inovação são uma ferramenta flexível, útil para a análise descritiva e a produção de evidências de experiências que empiricamente são qualificadas como exitosas, desenvolvendo ao mesmo tempo mecanismos para compartilhar soluções de problemas. Têm fundamentação científica em estudos e aperfeiçoamentos conceituais e metodológicos sobre a gestão da inovação e sua introdução na prática. São desenvolvidos por meio de plataformas colaborativas de intercâmbio de conhecimentos e de lições aprendidas, entendendo a inovação como um dos elementos fundamentais na gestão e, de acordo com Atun (2007), está no centro dos processos de avanço tecnológico e tem, de fato, capacidade de resolver muitos problemas em saúde, sendo uma das chaves para superar as inequidades em saúde e para aumentar a produtividade do setor saúde.

A experiência brasileira vem trabalhando com duas tipologias de Laboratórios, uma com características empíricas, baseado na análise ex-post de casos inovadores, focados na identificação de experiências que desenvolveram práticas e soluções inovadoras relativas ao problema analisado, com resultados que demonstram mudanças e melhorias concretas em determinados aspectos. Esse processo de estudo é fundamental para produzir conhecimentos relevantes para a solução de problemas comuns entre gestores e carregam a mensagem de que é possível introduzir mudanças efetivas e sustentáveis, mesmo em contextos complexos. Outra tipologia são os Laboratórios de Inovação (LI) experimentais, que se propõe a acompanhar metodologicamente o desenvolvimento de uma experiência e analisar os efeitos da introdução de novas práticas. Em geral, são avaliados por meio de pesquisas científicas e em parceria com instituições acadêmicas. Os LI desta tipologia têm maior complexidade operacional e requerem mais recursos e competências, porém, os resultados são mais incisivos na direção da produção de evidências sobre a real capacidade de a prática investigada agregar valor à sociedade.

Os procedimentos dos Laboratórios de Inovação não são inéditos, porém, representam uma inovação do paradigma tradicional de intercâmbio de experiências que, muitas vezes, está baseado em encontros e reuniões presenciais, propondo plataformas colaborativas de intercâmbio de conhecimentos por meio de ambientes virtuais, ciclos de debate, publicações de materiais técnicos, desenvolvimento de estudos de caso e visitas de intercâmbio técnico-científico.



Os Laboratórios de Inovação geralmente utilizam o método de estudo de caso para descrever a experiência potencialmente inovadora e têm um aspecto comparativo na análise dos casos, identificando as soluções semelhantes, as diferentes e as que são únicas, singulares, relativas a um determinado problema.

O objetivo final é contribuir para a tomada de decisão, mudar as práticas locais a partir da adoção de componentes e aspectos inovadores apreendidos nos laboratórios, bem como, contribuir para a formulação e reformulação política em nível nacional, pois têm a capacidade de reunir gestores e autoridades com capacidade de tomar decisões, especialistas nos temas e os atores locais, quem está de fato desenvolvendo a experiência na prática.

O conceito utilizado nos Laboratórios de Inovação (LI) para inovação em saúde é o de introdução e adoção de novos processos, produtos, práticas, programas ou políticas criadas para atender um problema real e que se destina a trazer benefícios significativos para indivíduos, grupos, sociedades ou organizações. Destaca-se 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 (BRASIL, 2011).

A inovação envolve um processo que pode não 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 (ATUN, R. 2012).

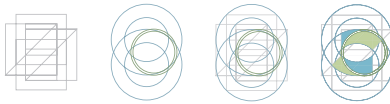
As soluções inovadoras que são buscadas nos Laboratórios de Inovação são as que focam em gerar respostas a problemas reais, que são produzidas localmente a partir da iniciativa e criatividade dos gestores e que trazem benefícios evidentes e significativos para grupos, sociedades ou organizações.

Os Laboratórios de Inovação, considerando seu foco de inovação na gestão da saúde, buscam introduzir mudanças que resultem num melhoramento concreto e mensurável, o qual pode envolver diferentes áreas da gestão, como o desempenho, a qualidade, a eficiência e a satisfação dos usuários. Em linhas gerais, os resultados esperados de um Laboratório de Inovação estão representados pela produção de evidências no campo específico de trabalho, desenvolvimento de ferramentas, além de gestão do conhecimento.

Laboratório de Inovação em Prevenção e Promoção na Saúde Suplementar

O Laboratório de Inovação em Prevenção e Promoção na Saúde Suplementar vem sendo desenvolvido em parceria com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que vem atuando como um ator institucional fundamental em termos de formulação, desenvolvimento e divulgação dos resultados e produtos desenvolvidos no Laboratório.

O Laboratório foi definido como um espaço de identificação, análise e compartilhamento de experiências de



boa gestão na saúde suplementar, visando valorizar e sistematizar práticas, instrumentos e metodologias de trabalho efetivas e inovadoras para o aperfeiçoamento da gestão em programas que objetivem a prevenção de riscos e doenças e a promoção da saúde.

O objetivo deste laboratório é identificar e valorizar, na saúde suplementar, experiências exitosas e inovadoras no Brasil, quanto a ações e programas de prevenção de danos, riscos e doenças e promoção da saúde, a partir da construção de metodologias de avaliação e monitoramento dos programas de promoção e prevenção na saúde suplementar no Brasil, bem como de avaliação dos programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças ativos e aprovados pela ANS. Como objetivos complementares podem ser citados: a integração e divulgação de informações importantes de várias fontes de dados, que sirvam como base para o desenvolvimento e aprimoramento dos programas existentes, bem como o incentivo à elaboração de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças (inclusive as ações de “envelhecimento ativo”) baseados em evidências.

O Laboratório de Inovações Assistenciais em Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar foi lançado durante o “Seminário Internacional sobre Inovações Assistenciais para Sustentabilidade da Saúde Suplementar”, no dia 04 de outubro de 2012, e em seu âmbito vêm sendo desenvolvidas, ao longo de 2013, metodologias para monitoramento e avaliação dos programas de promoção e prevenção atualmente executados pelas operadoras e instrumentos para elaboração, desenvolvimento e gestão de futuros programas.

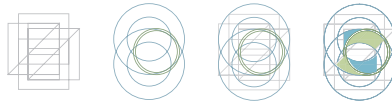
Como estratégia de divulgação das ações do Laboratório, a ANS e a OPAS vêm participando de Ciclos de Debates junto aos eventos organizados pelas operadoras e agremiações de operadoras (Federações, Associações, Uniões, etc).

O Laboratório conta também com uma página no Portal da Inovação (<http://apsredes.org/site2013/saude-suplementar/>), que é um instrumento de apoio e de comunicação de suas atividades. Esta página vem sendo bastante acessada e os assuntos tratados disseminados nas redes sociais e debates.

Com o objetivo de facilitar o acesso a informações ao público final, ou seja os beneficiários dos planos privados de assistência à saúde e a população em geral, foi criada a página “Você Saudável”. Hospedado no Portal da Inovação na Gestão do SUS (<http://apsredes.org/site2013/vocesaudavel/>) e com link direto a partir do site da ANS, a página traz informações em linguagem acessível sobre fatores de risco, alimentação saudável, envelhecimento ativo, atividades físicas, autocuidado e ações de promoção e prevenção.

Alguns resultados preliminares do processo de implantação do Laboratório de Inovações vêm sendo relatados pela equipe da Agência. Apesar de dificilmente mensuráveis diretamente, vem sendo relatado um aumento na procura por parte das operadoras por informações a respeito da elaboração e gestão de programas de promoção e prevenção, assim como um aumento na apresentação de propostas e uma melhoria qualitativa dos projetos que vêm sendo submetidos à avaliação técnica da Agência.

Outros produtos já desenvolvidos serão apresentados nos próximos capítulos desta publicação e vêm contribuindo para subsidiar as ações de regulação e desenvolvimento de políticas da ANS, além de catalisar a promoção de mudanças nas operadoras de saúde com relação ao modelo de atenção desenvolvido aos usuários.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANAMARA, N.; LANDRY, R.; & DOLOREUX, D. Patterns of Innovation in Knowledge Intensive Business Services. *The Service Industries Journal*, 29(4): 407-412, 2009.

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

_____, 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

_____, 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

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, 2011. 137 p.: il. (NAVEGADORSUS, 3). Disponível em www.apsredes.org.

_____. Organização Pan-Americana da Saúde.: Inovação nos sistemas logísticos : resultados do laboratório de inovação sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS. Eugênio Vilaça Mendes (coord.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 120 p.: il. (NAVEGADORSUS, 1). Disponível em www.apsredes.org.

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

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

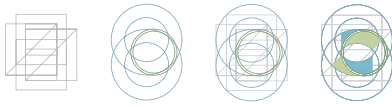
FERRARI, B. O Google se Reinventa: O Google tornou-se a mais poderosa companhia do mundo virtual; agora, com sua fórmula vencedora de inovação, quer brigar nos mercados do mundo real. *EXAME* 1050, ano 47, nº18: 36-48. São Paulo, 2013.

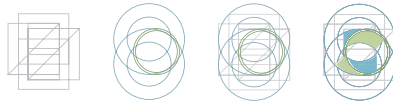
GADELHA, C.A.G. O Complexo Industrial da Saúde e a Necessidade de um Enfoque Dinâmico na Economia da Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2): 521-535, 2003.

LUNDEVALL, B. Innovation as an interactive process: from user-production interaction to the national system of innovation. In G Dosi et al. *Technical Change and Economic Theory*. Londres, 1988.

PRICEWATERCOOPERS. 14ª Pesquisa Global Anual de CEOs. PWC, 2011. Disponível em http://www.pwc.com.br/pt_BR/br/estudos-pesquisas/assets/rethinking-gover-11.pdf. Acesso em 05 de outubro de 2013.

SCHUMPETER, J. *Capitalismo, Socialismo e Democracia*. Editora Fundo de Cultura: Rio de Janeiro, 1961.





SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRO

Alberto José N. Ogata
Martha Regina Oliveira

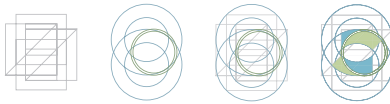
A Constituição Federal do Brasil (1988) estabelece o direito à saúde e permite a criação de um Sistema Nacional de Saúde, bem como impõe ao Estado o dever de conceder garantia à saúde, assegurando ao cidadão brasileiro o acesso universal e igualitário às ações e serviços que visam à promoção, à proteção e à recuperação da saúde (art.196) e refere que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, podendo esta participar de forma complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS) mediante diretrizes do Poder Público (art.199). Deste modo, o Estado brasileiro tem como papel a definição da forma e dos princípios da prestação da assistência à saúde, a ordenação das políticas públicas e privadas e a regulação do setor como um todo. A Constituição Federal define os seus princípios, materializados no Sistema Único de Saúde, que se propõe universal, integral e equânime. Ao setor privado, cabe organizar-se de forma complementar e suplementar ao público (Brasil, 1988).

Uma característica do sistema de saúde, anteriormente ao marco constitucional de 1988, era a livre atuação entre iniciativas públicas e privadas no que tange ao oferecimento, ao financiamento e à operação dos serviços de saúde. Devido ao aumento crescente do setor privado no financiamento e na oferta dos serviços de saúde, por meio de empresas que intermediavam o pagamento dos serviços dispensados às pessoas que os contratavam, o Estado passa a assumir novo papel, agora na regulação desse tipo de assistência prestada por meio de empresas privadas (Salvatori & Ventura, 2012).

Em 1998, foi aprovada pelo Congresso Nacional a Lei nº 9656, que regulamentou os planos privados de assistência à saúde. Esta Lei representou duas alterações fundamentais: (a) o fortalecimento do pólo assistencial da regulação (b) o conseqüente fortalecimento do papel do Ministério da Saúde no processo (Figueiredo & Vecina Neto, 2011). Entende-se que o debate sobre modelos assistenciais na saúde suplementar não deve ser desvinculado do entendimento global do funcionamento do SUS. A compreensão e a regulação da saúde supletiva podem ser estudadas e compreendidas a partir das experiências e modelagens produzidas no público, com o objetivo de compará-las e de estabelecer novos conhecimentos. (Brasil, 2008).

Em 2000, a Lei nº 9.961, criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), uma autarquia que reúne em um único órgão vinculado ao Ministério da Saúde, as atribuições de regulação do setor de saúde suplementar, ou seja, “órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde” que tem “por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País”. Esse processo caracterizou-se pela introdução de uma cultura regulatória não centrada somente no saneamento econômico e seus aspectos gerenciais, mas na busca de uma expressiva mudança da atenção à saúde, referendada pelo fato de essa regulação se dar no âmbito do Ministério da Saúde.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar tem sede no Rio de Janeiro e 12 núcleos de atendimento nas cinco regiões do Brasil. Vem desenvolvendo ações em todo o território Nacional como instituição de regulação com autonomia financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos e de decisões



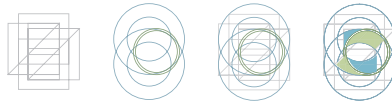
técnicas. Sua instância de decisão deliberativa é a diretoria colegiada, composta por até cinco diretores com mandatos não coincidentes (Brasil, 2012).

Por definição, um plano privado de assistência à saúde se refere a um contrato de prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré-estabelecido ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, e com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde (Brasil, 2013).

As operadoras de saúde privadas brasileiras se agrupam, basicamente, em oito categorias, cada uma com sua forma de operar, mas todas submetidas à regulação da ANS, a saber, (Brasil, 2013):

1. Administradora de benefícios – pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos. Ela representa a empresa, conselho, sindicato ou associação profissional contratante.
2. Autogestão – entidade que opera serviços de assistência à saúde ou empresa que se responsabiliza pelo plano privado de assistência à saúde, destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos de uma ou mais empresas, associados integrantes de determinada categoria profissional, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos.
3. Cooperativa médica – operadora que se constitui na forma de associação de pessoas sem fins lucrativos (Lei nº 5.764/71) formada por médicos e que comercializa ou opera planos de assistência à saúde
4. Cooperativa odontológica – operadora que se constitui em associação de pessoas sem fins lucrativos (Lei nº 5.764/71) formada por odontólogos, e que comercializa ou opera planos de assistência exclusivamente odontológicos.
5. Filantropia – operadora se constitui em entidade sem fins lucrativos, que opera planos privados de saúde e que tenha obtido certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS).
6. Medicina de Grupo – operadora que se constitui em sociedade que comercializa ou opera planos privados de saúde, excetuando-se as classificadas nas modalidades administradora, cooperativa médica, autogestão, filantropia e seguradora especializada em saúde.
7. Odontologia de grupo – operadora que se constitui em sociedade, que comercializa ou opera planos odontológicos.
8. Seguradora especializada em saúde – empresa constituída em sociedade seguradora com fins lucrativos, que comercializa seguros de saúde e oferece, obrigatoriamente, reembolso de despesas médico-hospitalares ou odontológicas, ou que comercializa ou opera seguro que preveja a garantia de assistência à saúde (Lei nº 10.185/2001), sendo vedada a operação em outros ramos de seguro.

A intervenção normativa da ANS tem sido orientada para garantir o desenvolvimento de novos contratos que contemplem a equidade nas condições de cobertura, e a qualidade mínima nos padrões de atenção. O desenvolvimento da política governamental, no mercado de seguro de saúde, apresenta as características esperadas para as funções regulatórias, mas não explicita uma proposta clara para a estrutura de mercado. O desafio normativo para a Agência refere-se, sobretudo, à clara avaliação dos efeitos gerados pelo regime regulatório sobre a estrutura das empresas ao definir regras importantes para se evitar a seleção de risco dos contratos individuais e para as firmas permanecerem e entrarem no mercado. A ANS surge em função das falhas observadas entre as empresas e os consumidores. Suas funções se orientam à correção dos desequilíbrios nas relações entre empresas, prestadores e clientes. Esta correção exigirá, ainda assim, uma maior definição do padrão de competitividade proposto para o setor. O desenho de um modelo regulatório que gere eficiência das empresas, responsabilidade social e qualidade na atenção à saúde constituem-se,



de fato, em um desafio, pelo aprendizado que pode trazer para a gestão pública na saúde (Brasil, 2009).

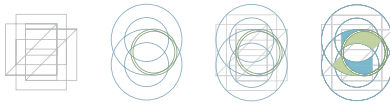
O regime regulatório é definido como o modo que as instituições estatais (organizações e agentes públicos) atuam sobre um setor da economia. As reformas regulatórias derivam, em suas características essenciais, da forma como instituições estatais localizadas no Executivo mediaram suas relações com os interesses organizados do mercado. A reforma regulatória objetiva ampliar o padrão de eficiência macroeconômica, pela indução à concorrência em áreas de monopólio natural e criar novos mecanismos para a implementação de políticas públicas no contexto pós reforma patrimonial do Estado (Costa, 2008).

O marco conceitual da regulação refere-se ao papel pró-ativo do Estado na definição e intervenção em políticas sociais e, no caso, especificamente, de instrumentos de planejamento de políticas de saúde públicas e privadas. Entende-se que o modo de regulação sobre a prática contratual e a intervenção de mecanismos adequados para melhorar a qualidade médico-assistencial dos prestadores privados poderiam gerar mecanismos que acionem a totalidade de formas institucionais, rede e normas explícitas e implícitas, capazes de assegurar a compatibilidade das relações no marco de um regime de acumulação de capital (lucro) em correspondência com o estado das relações sociais, mas também transcendendo sua natureza conflitiva.(Gerschman,2012).

Neste contexto, a complexidade do campo relacional que constitui a articulação público/privada reside na grande quantidade de atores e na multiplicidade de interesses envolvidos no financiamento e na alocação de recursos para a assistência à saúde. Empresas prestadoras, operadoras de planos de saúde, agenciadoras e intermediários na relação de compra e venda de pacotes de serviços estabelecem uma teia de relações entre si, o mercado financeiro e o Estado criando um obstáculo ao planejamento das ações de assistência à saúde, porque instaura uma dinâmica de articulação fragmentada e pouco transparente (Sestelo et al., 2013).

No início da regulação, o foco primordial da ANS se deu na regulamentação econômico-financeira e de garantias para o funcionamento dessas empresas. A partir de então, o foco passou a ser também assistencial, com suas garantias e foco na qualidade da atenção prestada. Para sua atuação, a ANS se apoia em sistemas de informações, como:

- SIP - O Sistema de Informações de Produtos tem como finalidade acompanhar a assistência prestada pelas operadoras aos seus beneficiários. Com periodicidade trimestral e obrigatoriedade de envio semestral à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) pelas operadoras, o SIP é o principal sistema de extração de dados para a realização de avaliações assistenciais. Instituído pela Resolução de Diretoria Colegiada – RDC n.º 85, de 21 de setembro de 2001, o SIP continua vigente por meio da Resolução Normativa – RN n.º 205, de 08 de outubro de 2009, e posteriores alterações. A cada alteração normativa foram incorporados novos dados coletados pelas operadoras, visando dar maior abrangência e eficiência ao instrumento (Brasil, 2013).
- SIB - O Sistema de Informação de Beneficiários tem como finalidade acompanhar as informações cadastrais dos beneficiários nas bases de dados das operadoras na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2009).
- CADOP - Cadastro de Operadoras, que é o sistema que contém todas as informações cadastrais das operadoras.



- DIOPS - Documento de informações periódicas das operadoras planos de assistência à saúde - sistema que detém as informações econômico- financeiras das operadoras.
- RPS - Registro de Planos de Saúde – sistema nacional de registro dos contratos dos planos de saúde.

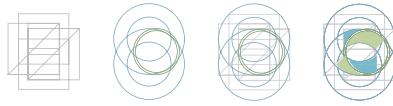
A ANS faz uso do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como identificador do prestador de serviço que atende aos referidos planos privados de assistência à saúde, cujos registros são solicitados pelas operadoras do setor (BRASIL, 2000).

Uma iniciativa importante da ANS refere-se ao padrão de Troca de Informação em Saúde Suplementar (TISS) para registro e intercâmbio de dados entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde (ANS, 2007). A proposta da ANS utiliza padrões já existentes e disponíveis em outros bancos de dados e em sistemas de informações, permitindo uma compatibilização com os diversos sistemas de informação em saúde hoje existentes e possibilitando melhorias na utilização das informações coletadas.

Para regular o setor de Saúde Suplementar, várias ações foram utilizadas pela ANS, desde seu início, inclusive inovando e interferindo na produção do cuidado e na qualidade dos serviços prestados:

- Regulação da entrada e saída das empresas de planos privados e Intervenção no setor caso haja desequilíbrio econômico ou assistencial: esta é uma das ações regulatórias de maior espectro adotadas pela ANS, porque ela abrange a regulação administrativa, a econômica e a da qualidade.
- Exigência de garantias financeiras: esta é uma ação regulatória econômica, com forte impacto na qualidade do serviço prestado, aumentando, desta forma, a sustentabilidade, a segurança e a concorrência do setor.
- Cobrança do cumprimento dos contratos, isto é, o cumprimento da Lei, na prestação dos serviços pelas operadoras de planos de saúde e fiscalização das operadoras setoriais, ativamente e reativamente. Possível verificar seu aspecto social e de qualidade dos serviços prestados.
- Regulação dos aspectos vinculados à assistência: esta regulação é também inovadora e vai além do cumprimento dos contratos e do direito do consumidor.

A ANS tem realizado ações que obrigam as operadoras a enxergarem os consumidores como beneficiários de um produto de saúde e não como um usuário simples. Desta forma, a ANS induz às operadoras mudarem seus modelos assistenciais a partir de ações de promoção, prevenção e para o cuidado em saúde.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL – Constituição da República Federativa do Brasil – Brasília, 1998. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm . Acesso em 5 de setembro de 2013.

BRASIL Lei nº 9961 de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. - Brasília, 28 jan.2000.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar, 2ª edição. Rio de Janeiro, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar - Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar, 3ª edição. Rio de Janeiro, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Instrução Normativa nº 24 - Diretoria de Normas e Habilitações de Produtos – DIPRO, Rio de Janeiro, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Programa de Qualificação da Saúde Suplementar / Agencia Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). – Rio de Janeiro, 2009.

BRASIL – Ministério da Saúde - Agência Nacional de Saúde Suplementar. Atenção à saúde no setor suplementar: evolução e avanços do processo regulatório – Rio de Janeiro: ANS, 2009, 80 p.

BRASIL, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar– Mapa Assistencial 2012 – Rio de Janeiro: 2012.

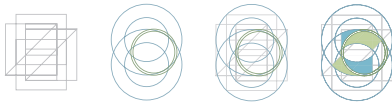
BRASIL, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar– Mapa Assistencial 2013 – Rio de Janeiro: 2013.

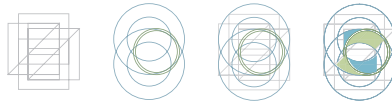
COSTA, N.R. – O regime regulatório e o mercado de planos de saúde no Brasil. – Ciência & Saúde Coletiva 13(5): 1453-1462 2008.

FIGUEIREDO, L.F., VECINA NETO, G – A Estrutura dos Serviços Privados de Saúde no Brasil. In: VECINA NETO, G., MALIK, A.M. – Gestão em Saúde, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2011.

GERSCHMAN, S., UGÁ, M.A.D., PORTELA, M., LEMOS LIMA, S.M. – O papel necessário da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação das relações entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços – Physis Rev. De Saúde Coletiva 22(2)463-476, 2012.

Salvatori, R.T., Ventura, C. A. A. - A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS: onze anos de regulação dos planos de saúde.- Organ. Soc., 19,(62)471-488, 2012





AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS E AS AÇÕES EM PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE RISCOS E DOENÇAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Alberto José N. Ogata
Martha Regina Oliveira

Nas últimas duas décadas, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) se tornaram a principal causa de morte em todo o mundo, sendo que as quatro principais patologias (doença cardiovascular, câncer, doença obstrutiva pulmonar crônica e diabetes) são responsáveis por mais de 60% de todos os óbitos (Gaziano & Pagidipati, 2013). Ao propor que o enfrentamento das DCNT enfocasse prioritariamente as quatro doenças, a Organização Mundial da Saúde elegeu também como alvo seus quatro principais fatores de risco – fumo, inatividade física, alimentação inadequada e uso prejudicial do álcool que são comuns no Brasil. (WHO, 2008, Duncan et al., 2012,).

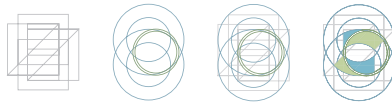
Considerando-se a transição epidemiológica com redução na mortalidade e a substituição dos componentes tradicionais (desnutrição na infância e doenças infecciosas) pelas doenças crônicas não transmissíveis, vários estudos demonstraram que a saúde é importante para o desenvolvimento econômico dos países, sendo comparável a componentes como renda per capita, localização geográfica, política econômica, nível inicial de educação e investimentos em educação. Um país em que os cidadãos têm vida longa e saudável tem desempenho superior em relação a outro com o mesmo produto interno bruto em que os cidadãos são mais doentes e morrem mais precocemente (Jamison, et al, 2006).

Calcula-se que aproximadamente 25 a 50% da redução da mortalidade por doença cardiovascular esteja relacionado às modalidades de tratamento e o restante seja decorrente do controle de fatores de risco. Com relação aos tratamentos, cerca de metade dos benefícios estão relacionados aos atendimentos emergenciais e intervenções invasivas nestas situações. (Gaziano & Pagidipati, 2013).

Um estudo de coorte multicêntrico com adultos entre 35 e 74 anos, envolvendo funcionários de instituições públicas de ensino e pesquisa focado nas DCNT (Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto – ELSA-Brasil) teve sua primeira avaliação entre 2008 e 2010 e mostrou elevada prevalência de fatores de risco, como a atividade física baixa (76,9%), não comer verduras e legumes diariamente (48,1%), não comer frutas diariamente (42,5%) e consumo prejudicial de álcool (esporádico em 13,2% e excessivo em 7,5%). A análise das condições e doenças crônicas na linha de base revelou que 63,1% dos participantes estavam com sobrepeso ou obesidade, 36,1% eram hipertensos e 8,8% com diabetes relatado. A segunda onda de questionários e exames se iniciou em 2012. (Duncan et al, 2012).

De acordo com o relatório – “*World Health Statistics 2013*” da Organização Mundial da Saúde, o Brasil apresenta o seguinte cenário no que se refere a fatores de risco para doenças crônicas:

- Diabetes (homens)	-	10,4%
- Diabetes (mulheres)	-	10.0%
- Hipertensão arterial (homens)	-	39.4%
- Hipertensão arterial (mulheres)	-	26.6%
- Tabagismo (adultos – homens)	-	22%

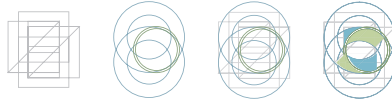


- Tabagismo (adultos – mulheres)	-	13%
- Tabagismo (adolescentes – homens)	-	29%
- Tabagismo (adolescentes – mulheres)	-	31%
- Uso abusivo do álcool	-	10.1 litros/ano
- Obesidade (homens)	-	16.5%
- Obesidade (mulheres)	-	22.1%

A análise do presente relatório revela que o uso abusivo do álcool merece a atenção dos gestores de programas de saúde no Brasil. O critério utilizado foi o total de álcool consumido por adulto com mais de 15 anos de idade em um ano, em litros. O consumo de álcool se refere às estatísticas oficiais (produção, importação, exportação e vendas). Outra informação que chama a atenção é a alta prevalência de adolescentes fumantes no Brasil, que certamente exigirá políticas amplas de controle do tabagismo, incluindo o controle da publicidade e a elevação dos preços através dos impostos, além de campanhas educativas e alternativas de tratamento.

Constata-se uma superposição dos fatores de risco para doenças cardiovasculares e câncer, pois tabagismo, obesidade, inatividade física e alimentação não saudável são responsáveis por 60% dos casos de câncer. (Gaziano & Pagidipati, 2013). Neste contexto, as intervenções em estilo de vida são centrais também para o controle do diabetes (alimentação e atividade física) podendo retardar ou mesmo prevenir a doença (Tuomilehto et al, 2001). No entanto, de acordo com Freitas e Garcia (2012), no Brasil, a análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios do IBGE em 1998, 2003 e 2008 revelou que o coeficiente de prevalência padronizada de diabetes elevou-se 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. As regiões Centro-Oeste e Nordeste registraram aumento mais acentuado dos coeficientes, embora, em 2008, os coeficientes mais elevados tenham sido registrados nas regiões Sudeste e Sul. Concluem os autores que a prevalência de diabetes e hipertensão associada está crescendo rapidamente no Brasil.

De acordo com uma comissão internacional de especialistas e pesquisadores, o câncer emerge como um tópico de importância fundamental para a saúde em países em desenvolvimento. O estudo (Goss et al, 2013) aborda o planejamento do controle do câncer na América Latina e Caribe trouxe informações importantes. Apesar da incidência de câncer ser menor na América Latina (163/100.000 habitantes) em relação à Europa (264/100.000 habitantes) ou aos Estados Unidos (300/100.000 habitantes), a mortalidade é maior, provavelmente pelo diagnóstico em estágios mais avançados da doença ou pelo menor acesso a tratamento. Por exemplo, nos Estados Unidos, cerca de 60% dos cânceres de mama são diagnosticados em estágios mais precoces, mas no Brasil este índice é de apenas 20%. Além disso, na área pública, a maioria das mulheres com câncer de mama recebe quimioterapia de primeira geração (ciclofosfamida, metotrexate e fluoracil), em comparação com a saúde suplementar onde este esquema é ministrado para um terço das pacientes. Fatores como estes fazem, que a sobrevivência em cinco anos após o tratamento do câncer de mama seja de 80% nos países de maior renda e de 40% nos países mais pobres. Com relação à saúde suplementar no Brasil, o Mapa Assistencial da Saúde Suplementar 2013, da ANS, apontou que a principal causa de mortalidade entre mulheres beneficiárias da saúde suplementar de 20 a 59 anos foram as neoplasias, com destaque para os cânceres de mama e colo de útero. A mesma publicação mostrou que cerca de 4,49 milhões de mulheres de 50 a 69 anos realizaram mamografias em 2012 e 4,5 milhões em 2011. Com relação ao exame de citopatologia cérvico vaginal (exame de Papanicolaou), cerca de 6,3 milhões de mulheres de 25 a 59 anos realizaram este exame em 2012 e 6,4 milhões o fizeram em 2011 (Brasil, 2013). A pesquisa VIGITEL Saúde Suplementar 2011 revelou que o percentual de mulheres de



25 a 59 anos de idade, que realizaram citologia oncótica nos últimos anos, variou de 68% (Aracaju) a 91% (Curitiba). Estes “gaps” na prevenção do câncer de colo do útero redundaram em um aumento do número de internações para tratamento destes tumores de 2011 (23.436) para 2012 (24.656)(Brasil,2012).

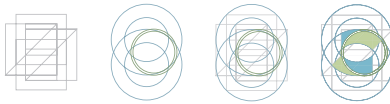
O Brasil lançou o “Plano de Ações Estratégicas Para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, 2011-2022” (Brasil,2011, Malta e col, 2013) que aborda os quatro principais grupos de doenças (cardiovasculares, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e seus fatores de risco em comum modificáveis (tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade) e define três diretrizes estratégicas ou eixos de atuação:

- (a) Vigilância, Informação, Avaliação e Monitoramento,
- (b) Promoção da Saúde,
- (c) Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não transmissíveis.

As atividades de vigilância em saúde, relacionadas às doenças e agravos não transmissíveis, são primordiais para algumas das funções essenciais de saúde pública, como a monitoração e a análise da situação de saúde e a intervenção e o controle de riscos e danos nas populações (Brasil, 2012). Desde 2006, o Ministério da Saúde possui um sistema de vigilância telefônica de fatores determinantes e condicionantes de doenças crônicas não-transmissíveis nas capitais dos Estados e Distrito Federal. Em 2008 e 2011, realizou-se também a análise da frequência e distribuição dos fatores de risco e proteção das doenças crônicas na população de beneficiários de planos privados de saúde. Foram incluídas em 2001 algumas outras variáveis sobre fatores de risco relacionados ao hábito de fumar, ao excesso de peso, ao consumo de refrigerantes e de alimentos fonte de gordura saturada, ao sedentarismo e ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas, além da referência ao diagnóstico médico de hipertensão arterial e diabetes e à realização de mamografia e citologia oncótica para detecção de câncer de colo de útero. Dentre os fatores de proteção, foram incluídos a prática de atividade física no tempo livre e no deslocamento para o trabalho, curso ou escola; o consumo de frutas e hortaliças e de feijão; e a realização de exames para detecção precoce de câncer (Brasil, 2012).

O funcionamento adequado dos sistemas de saúde é crítico para que se possa fazer frente às demandas relacionadas às doenças crônicas e se faz necessário buscar inovações que tragam melhores resultados. Sabe-se que os mesmos são sistemas abertos com componentes interligados que interagem constantemente. Neste contexto, o pensamento sistêmico pode contribuir para lidar com as abordagens lineares e reducionistas que predominam nos sistemas de saúde, onde se levam em conta as estruturas, padrões de interação e componentes organizacionais, possibilitando que se antecipe, e não somente se reaja aos eventos e se esteja mais preparado para os crescentes desafios (Atun, 2012).

Em termos de doenças crônicas não transmissíveis, os sistemas de saúde devem focar inicialmente nos fatores de risco modificáveis (tabagismo, alimentação não saudável, inatividade física e uso abusivo do álcool) nos níveis individual e populacional. Por outro lado, são necessárias ações multi setoriais por períodos prolongados para outros fatores de risco modificáveis, como: condições intrauterinas ou na infância precoce e determinantes sociais da saúde (renda, educação, emprego, moradia, suporte familiar e social, exclusão social, estigma, educação em saúde) que atuam de maneira sinérgica para a emergência e progressão das doenças crônicas e a multimorbidade. O uso das informações individuais de saúde combinado com metodologia apropriada de análise permite avaliar o perfil das pessoas e populações para planejar as intervenções visando à gestão das doenças crônicas e a multi morbidade. Esta modelagem



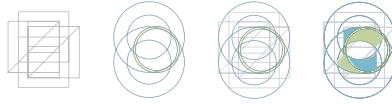
permite intervenções mais intensas para indivíduos com maior número de fatores de risco (Atun et al, 2013). As evidências científicas demonstram a importância da abordagem ampla, de âmbito populacional para manter as pessoas saudáveis, melhorar o nível de saúde das pessoas de alto risco e gerenciar de maneira adequada o tratamento das pessoas com doenças crônicas. No entanto, a sua efetividade exige atenção integrada dos diferentes atores do sistema de saúde (Pronk, 2012). Para prevenir a morte ou a morbidade por doenças crônicas, de maneira economicamente sustentável, uma intervenção deve preencher pelo menos duas condições:

- (1) as evidências devem demonstrar que a intervenção é custo-efetiva no ambiente em que ela será implementada.
- (2) deve haver evidências de que a ampliação da intervenção em escalas maiores é viável em países com menores recursos (Gaziano & Pagidipati, 2013).

Os programas de promoção de saúde são criados para gerar resultados específicos ou efeitos em um grupo relativamente bem definido de pessoas, em um determinado período de tempo e frequentemente são desenvolvidos para promover mudanças nos conhecimentos, atitudes e/ou comportamentos das pessoas utilizando múltiplos canais de comunicação (Valente, 2002).

Em uma pesquisa realizada em 2005, através de entrevistas com os atores-chave (dirigentes das operadoras selecionadas e prestadores), onde se buscou mapear outras lógicas assistenciais que fogem à lógica tradicional de oferta de procedimentos, foi possível perceber práticas fragmentadas, embora já se observasse uma tendência, em algumas operadoras, em se contrapor a essa lógica, estimulando práticas de promoção/prevenção, identificação de riscos, assim como o gerenciamento do cuidado desses pacientes de risco. A pesquisa destaca que o modelo comumente praticado na saúde suplementar ainda consiste em uma prática fragmentada, centrada em produção de atos, predominando a desarticulação e inúmeras queixas dos usuários. Segundo os autores, para a superação desse cenário, impõe-se um novo referencial, assentado no compromisso ético com a vida, com a promoção e a recuperação da saúde. Nesse sentido, ressalte-se a importância de abordar a assistência de forma integrada, buscando articular todos os recursos para a produção do cuidado e restabelecimento da saúde. Segundo os autores, já em 2005 existiam novas experiências em curso, que têm a possibilidade de levar as operadoras a se constituírem em promotoras e gestoras do cuidado. Essas experiências, ainda que não hegemônicas, apontam para a possibilidade de se estabelecer um acompanhamento mais próximo e com ênfase no cuidado à saúde de grupos de pacientes ou patologias.

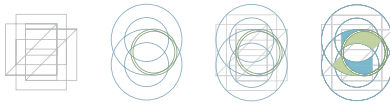
Atribui-se isso a razões diversas, muitas vezes incluindo a econômica, visto que a prática do cuidado pode, inclusive, resultar em redução de eventos e de custos. Identificou-se que essa prática pode e deve ser regulada pelo Estado, ampliando-se o entendimento de que se deve intervir também na regulação do cuidado à saúde, praticado pelas operadoras. Isso implica um avanço do processo regulatório praticado pela ANS sobre o território da microrregulação, tendo em vista a sua estreita imbricação com os modos de se construir o cuidado, como temos destacado. Segundo a mesma pesquisa, o mercado em saúde suplementar não trabalha com o conceito de produção da saúde, mas com a ideia de evento/sinistralidade e que passa, por exemplo, pela forma de remuneração classicamente adotada, ou seja, a remuneração dos procedimentos/consultas. Constatou-se também uma falta de informação sobre a saúde dos beneficiários. Normalmente não se tem registros para identificar os hipertensos atendidos nas urgências, os diabéticos descompensados, as grávidas hipertensas, o que possibilitaria, por esses registros, a captação e acompanhamento dessa população, embora algumas operadoras já consigam monitorar alguns eventos



considerados prioritários e a posterior captação de “pacientes em situação de risco” para seguimento mais integral e contínuo. A regra geral consiste no não monitoramento dos resultados e/ou indicadores de saúde, não se constituindo esta como uma preocupação central. O que prepondera é o acompanhamento do desempenho financeiro dos prestadores, o controle dos gastos, a produção de procedimentos por prestador, o percentual de exames acima da média esperada, enfim, a prática mais comum constitui em avaliação de gastos e de consumo. Os autores concluem que o grande desafio visando à integralidade e à qualidade do cuidado prestado no setor suplementar é o de tornar mais pública a dinâmica microdecisória, a ponto de ter os usuários e suas necessidades como o eixo central definidor dos processos gerenciais e de regulação. A pesquisa apontou a necessidade e possibilidade de se ter um sistema suplementar regulado pela lógica da eficiência e da integralidade da assistência prestada, com um grau crescente de controle público e que se pautar pelos interesses do usuário cidadão. Por tal lógica, o setor suplementar deve ordenar sua gestão em torno da busca da otimização entre os recursos disponíveis e benefícios produzidos, utilizando um rico arsenal das técnicas de gestão organizacional de forma a não substituir a racionalidade da produção do cuidado e da promoção da qualidade de vida das pessoas pela lógica econômica (Brasil, 2005).

Neste contexto, de acordo com O’Donnell (2012), as operadoras de saúde têm assumido um papel cada vez mais importante na promoção da saúde e prevenção de doenças atuando em sinergia com as empresas, particularmente propiciando aos seus gestores o acesso aos dados que comprovam a conexão entre as condições de saúde e os custos de assistência médica. Através desta informação, as operadoras de saúde podem ajudar as empresas clientes a modelar programas que direcionem adequadamente os investimentos, bem como mensurar o impacto dos programas nos custos médicos. Além disso, as irrefutáveis evidências científicas que demonstram a conexão entre o estilo de vida (atividade física, alimentação, tabagismo, obesidade, stress) e o risco de morte prematura e doenças crônicas com as inevitáveis conseqüências na redução da produtividade e aumentos dos custos em assistência médica. Isso exige programas mais bem elaborados e baseados em fortes evidências científicas.

Nesse cenário, desde 2005, na busca por estabelecer políticas setoriais em harmonia com o Sistema Único de Saúde (SUS), a ANS tem estimulado o desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças no setor. Estas ações são consideradas como um conjunto heterogêneo de estratégias na consolidação de políticas, que visa à saúde da população. Com o incentivo da ANS, programas de promoção e prevenção da saúde entraram na agenda da Saúde Suplementar, em específico das operadoras. Embora ainda se perceba limitações neste setor, há que se reconhecer que importantes avanços já ocorreram neste sentido, ao se observar o crescimento de programas por operadoras de saúde em todo o país, em diferentes estágios de implantação e funcionamento, diversificando o que até então era conhecido como um setor com processo de produção do cuidado fortemente medicalizado. Neste sentido, observam-se muitas alternativas e caminhos para o cuidado integral, na medida em que alguns relatos apontam para a emergência de novas profissões na Saúde Suplementar, a partir da Promoção da Saúde. Os profissionais em geral se consideram implicados neste processo, e utilizam a autonomia do seu trabalho vivo para trabalhar com os desejos e expectativas dos usuários nos contextos em que estão inseridos. A integralidade do cuidado é um valor a ser defendido numa perspectiva que potencialize a realização de um projeto de vida e felicidade dos sujeitos e aumente a capacidade dos indivíduos para que consigam lidar com o que denominam de problema de saúde e necessidade de cuidado. Nota-se que os programas de promoção da saúde e prevenção das doenças têm balizado a co-responsabilização do usuário na produção do cuidado e nas práticas de produção de autonomia. É preciso manter um olhar crítico sobre a implementação destes programas, para que as práticas de cuidado produzidas neste processo sejam também produtoras da emancipação dos próprios trabalhadores (Freitas et al, 2011).

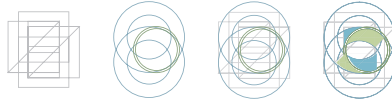


Cada vez mais os programas devem abordar as diferentes dimensões da saúde. Por exemplo, a saúde mental e emocional assume importância cada vez maior, pela elevada prevalência de agravos, aumento crescente do número de internações psiquiátricas e consultas psicoterápicas na saúde suplementar e impactos relevantes nos custos de assistência médica. Estudo com uma amostra significativa de adultos na cidade de São Paulo realizado por Andrade e col. (2012) revelou que cerca de 30% dos respondentes relataram um distúrbio mental, de gravidade variável, com destaque para os distúrbios de ansiedade. Os autores constataram que apenas um terço dos casos considerados sérios recebeu algum tipo de tratamento no ano anterior. Fagundes & Costa (2011) analisaram o Sistema de Informação de Produtos (SIP) da ANS e constataram um crescimento da ordem de 28% nas internações psiquiátricas do ano de 2005 até 2010. Além disso, apenas 5% das operadoras apresentaram programas específicos para egressos de internações psiquiátricas.

Considerando-se a importância dos fatores de risco e o estilo de vida, constata-se a necessidade de um movimento de transformação de um modelo baseado no cuidado da saúde (ou doença) para um maior foco na promoção da saúde e prevenção de doenças. No entanto, apesar de se ter constatado algum avanço, as ações para a melhoria do estado de saúde, prevenção da morte prematura e a compressão da morbidade ainda são fragmentadas e com baixa sinergia entre os diferentes atores do sistema. Exige-se uma abordagem multifacetada e, neste contexto, as clínicas e os serviços de saúde são partes importantes do sistema, mas, na verdade, as pessoas não vivem nestas instalações. Elas vivem nas empresas, nos supermercados e *shopping centers*, assistem TV, usam *smartphones* e computadores. Somente uma abordagem ampla de todos os *stakeholders* será efetiva (Novelli, 2012).

Bousquat e col. (2012) constataram que os beneficiários da saúde suplementar, pelo seu perfil demográfico, utilizam pouco os recursos do programa de saúde da família (PSF). Os autores sugerem que esta parcela da população tem uma inserção mais geral no espaço urbano o que leva a constrangimentos na utilização de equipamentos de saúde que foram configurados numa lógica territorial alicerçada no local de moradia. Ademais os horários de funcionamento não são compatíveis com a maioria das jornadas de trabalho. Sem dúvida, este fator é bastante relevante e deve ser levado em consideração no planejamento dos programas de promoção de saúde.

Os melhores resultados na gestão e prevenção de doenças crônicas não são obtidos somente com ações e programas isolados e pontuais, mas exige-se uma reorganização do sistema de saúde, privilegiando a atenção primária como o ponto central no processo de gestão (Fortin et al, 2013). A adoção, por exemplo, do modelo de atenção crônica (“chronic care model”) - CCM - que foi desenvolvido como resposta às situações de saúde de alta prevalência de condições crônicas pode ser a base para o planejamento e articulação das ações (Wagner, 1998; Mendes, 2012). O CCM compõe-se de seis elementos, subdivididos em dois grandes campos: o sistema de atenção à saúde e a comunidade. No sistema de atenção à saúde, as mudanças devem ser feitas na organização de atenção à saúde, no desenho do sistema de prestação de serviços, no suporte às decisões, nos sistemas de informação clínica e no auto cuidado apoiado (Mendes, 2012). A integração destes elementos garante a efetividade das ações, evitando-se a fragmentação e o desperdício de recursos humanos e materiais, que é observado com a utilização de atividades isoladas, com serviços próprios ou de terceiros, sem acesso a informações críticas, sem utilização de protocolos clínicos baseados em evidências e unicamente centrados nas atividades médicas. Fortin e col. (2013) aplicaram um protocolo de intervenção baseado no CCM, no Canadá, e observaram, no curto prazo, a melhora na auto-eficácia, empoderamento e auto-cuidado dos pacientes. No longo prazo, constata-se a redução nos fatores de risco, com melhora na qualidade de vida e redução no stress psicossocial. No âmbito organizacional ocorre maior



coordenação na prestação dos serviços, nos mecanismos de acompanhamento dos pacientes e, também maior colaboração inter-profissional. Ressaltam que a avaliação é etapa fundamental na adaptação para o modelo de atenção primária e ela deve ser planejada, conduzida e relatada de maneira que facilite o acompanhamento dos participantes e dos tomadores de decisão. A implementação deste modelo exige novos conceitos e orientações que são dirigidas pelos indicadores de resultado. No entanto, é possível realizar as modificações e inovações de maneira gradual, mas com o correto embasamento teórico. Tsai e col. (2005) realizaram meta análise das intervenções para melhorar a qualidade do cuidado de doenças crônicas e constataram que as ações que contemplem pelo menos um elemento do modelo de atenção crônica já oferecem melhora nos resultados em termos clínicos e do processo de cuidado, bem como da qualidade de vida dos pacientes.

Dando continuidade à política de regulação por incentivos, a ANS publicou, em agosto de 2011, a Resolução Normativa nº264, que dispõe sobre Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, define conceitos e estabelece as modelagens dos programas, e a Resolução Normativa nº265, que dispõe sobre os incentivos para a participação dos beneficiários nos programas, mediante a oferta de descontos e prêmios (Brasil,2011).

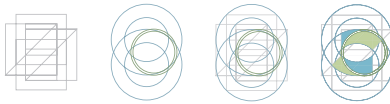
Nesse sentido, um programa para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças pode ser definido como um conjunto orientado de estratégias e ações programáticas integradas e transversais que objetivam a promoção da saúde; a prevenção de riscos, agravos e doenças; a compressão da morbidade; a redução dos anos perdidos por incapacidade e o aumento da qualidade de vida dos indivíduos e populações. Por esta Resolução, foram definidas as seguintes modelagens de programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças:

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

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

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

A implementação de um programa de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças crônicas é uma tarefa complexa que passa por diferentes etapas de um processo gradual e contínuo, que exige metodologia adequada, gerenciada por equipe profissional capacitada e devidamente treinada.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE L.H. et al. - Mental Disorders in Megacities: Findings from the Sao Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. PLoS One 2012; 7(2):1-11.

ATUN,R. – Health systems, Systems Thinking and Innovation – Health Policy and Plan. 27:4-8, 2012.

ATUN, R. et al – Improving responsiveness of health systems to non-communicable diseases – Lancet 381:690-697, 2013.

BOUSQUAT, A, GOMES, A, ALVES, M.C.G.P. – Acesso realizado ao Programa de Saúde da Família com área com “alta” cobertura do subsistema privado – Ciência & Saúde Coletiva 2012; 17(11)2913-2921.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar, 2ª edição. Rio de Janeiro, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar - Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar, 3ª edição. Rio de Janeiro, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar .Instrução Normativa nº 24 - Diretoria de Normas e Habilitações de Produtos – DIPRO, Rio de Janeiro, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Programa de Qualificação da Saúde Suplementar / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). – Rio de Janeiro, 2009.

BRASIL – Ministério da Saúde - Agência Nacional de Saúde Suplementar. Atenção à saúde no setor suplementar: evolução e avanços do processo regulatório – Rio de Janeiro: ANS, 2009, 80 p.

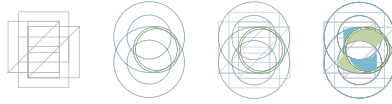
BRASIL, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar– Mapa Assistencial 2012 – Rio de Janeiro: 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar– Mapa Assistencial 2013 – Rio de Janeiro: 2013.

DUNCAN,B.B. et al – Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: Prioridade para Enfrentamento e Investigação. Rev. Saúde Pública; 46 (Supl.)126-134, 2012.

FAGUNDES, P, COSTA, N.R. – Saúde Mental e os Planos de Saúde no Brasil – Ciência & Saúde Coletiva 2011; 16(12)4653-4664.

FREITAS,R.S.L., GARCIA,L.P. – Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesq. Nacional por Amostra de Domicílios, 1998,2003 e 2008 – Epidemiol.Serv.Saúde :21(1)7-19, 2012.



FORTIN, M. et al – Evaluating the integration of chronic disease prevention and management services into primary health care – BMC Health Services Research 2013; 13:132-145.

GAZIANO, T.A., PAGIDIPATI, N. – Scaling Up Chronic Disease Prevention Interventions in Lower and Middle-Income Countries – Ann.Rev. Public Health 2013; 34:137-335.

GOSS,P.E. et al – Planning cancer control in Latin America and the Caribbean – Lancet Oncol. 2013; 14:391-436.

JAMINSON,D.T. et al(ed) – Disease Control Priorities in Developing Countries – 2.a edição - The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, Washington, DC, 2006.

MALTA,D.C. – Balanço do Primeiro Ano da Implantação do Plano de Ações Estratégicas Para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022 – Epidemiol.Serv.Saúde 2013; 22(1)171-178.

MENDES, E.V. – O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária da Saúde: O Imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família – Organização Panamericana da Saúde, Brasília, 2012.

NOVELLI, W.D. – Transforming Health and Health Care Through the Power of Collaboration in AMERICA'S HEALTH INSURANCE PLANS – Innovations in Prevention, Wellness and Risk Reduction, 2012

O'DONNELL, M. – The Business Imperative for Health Promotion in AMERICA'S HEALTH INSURANCE PLANS – Innovations in Prevention, Wellness and Risk Reduction, 2012

PRONK, N. – Designing a Multi Sector Approach to Improving Health and Wellness in AMERICA'S HEALTH INSURANCE PLANS – Innovations in Prevention, Wellness and Risk, 2012

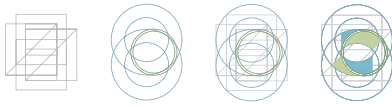
SESTELO,J.A.F., SOUZA, L.E.P.F, BAHIA, L. – Saúde Suplementar no Brasil: Abordagens sobre a Articulação público/privada na Assistência à Saúde – Cad. Saúde Pública 29(5)851-866,2013.

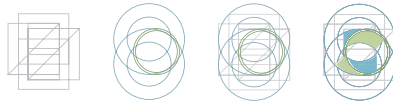
TUOMILEHTO, J et al – Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. N.Engl.J.Med. 2001, 344:1343-1350, 2001.

WAGNER,E.H. – Chronic Disease management: what will take to improve care for chronic illness ? – Effect Clin.Pract. 1998.1:2-4.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - 2008-2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of non- communicable diseases : prevent and control cardiovascular diseases, cancers, chronic respiratory diseases and diabetes - World Health Organization, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – World Health Statistics, 2013 – Geneva, WHO Press, 2013.





HISTÓRICO DA REGULAÇÃO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE RISCOS E DOENÇAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

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

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).

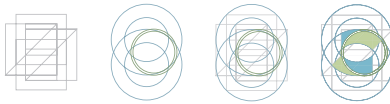
A Lei nº 9.961 estabelece que a missão da ANS consiste em buscar o equilíbrio do mercado, conciliando os interesses das operadoras, dos prestadores e dos beneficiários, conduzindo o processo regulatório segundo as diretrizes da política nacional de saúde empreendida pelo Ministério da Saúde.

No início da regulação, sob o ponto de vista da atenção à saúde, alguns autores observaram 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. Essa 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 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 sobreutilização 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, discutir 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:

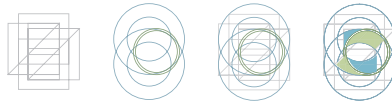
- (1) contribuir para o desenvolvimento de ações para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças no setor de saúde suplementar;
- (2) induzir a reorientação dos modelos assistenciais vigentes;
- (3) contribuir para a qualificação da gestão em saúde no setor de saúde suplementar, incentivando as 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
- (5) 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) nº94. A RN nº94, de 23 de março de 2005, em ação conjunta entre a Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE) e a Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO), que 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, sustentado 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 organizadas 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.

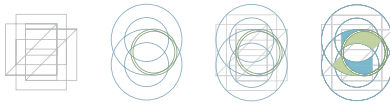
A publicação da 2ª edição do Manual enfocou a prevenção e o controle dos fatores de risco como uma abordagem relevante, independentemente da área de atenção à saúde na qual a operadora estrutura seus programas. A área de atenção à saúde do trabalhador foi acrescentada. A avaliação dos programas também recebeu destaque nessa 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 desdobramento 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 pesquisa por meio 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 (SIB) da ANS, 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%) informaram 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 era oferecida 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).

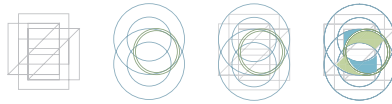
Em 2008, com base no fundamento teórico citado, a ANS adotou uma nova estratégia para estímulo econômico-financeiro ao desenvolvimento dos Programas, por meio da Instrução Normativa Conjunta (INC) DIOPE e DIPRO nº 02, de julho de 2010 e suas alterações. Essa Instrução Normativa dispõe sobre o cadastramento, 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 poderiam 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, as comunidades e para a sociedade em geral, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza.

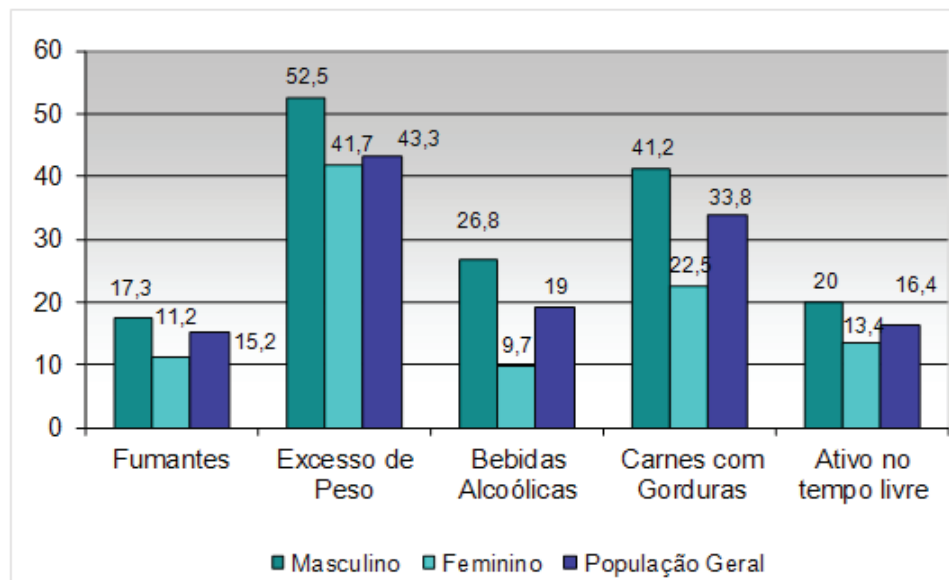
Uma das estratégias definidas pelo comitê foi a inclusão de perguntas sobre planos de saúde na pesquisa denominada Vigilância dos Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico “Vigitel”, realizada pelo Ministério da Saúde.

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 nesse grupo populacional, conforme Gráfico 1.



Alguns resultados do Vigitel 2008 são apresentados no Gráfico 1:

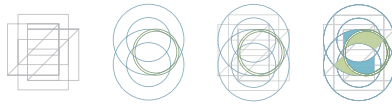
Gráfico 1. Fatores de risco e proteção na população masculina e feminina de beneficiários de planos de saúde e na população brasileira em geral, 2008



Outra medida de incentivo que merece destaque foi a publicação da Instrução Normativa nº10, de dezembro de 2010, que atribuiu uma pontuação bônus à Dimensão de Atenção à Saúde do Programa de Qualificação das Operadoras, para as operadoras com programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças aprovados junto à ANS. Posteriormente, como estímulo para o desenvolvimento de incentivos aos beneficiários da terceira idade, a Instrução Normativa nº11, de dezembro de 2011, estabeleceu uma bonificação maior (15%) para as operadoras com programas direcionados especificamente para a área de atenção ao idoso.

Em 2011, tendo por diretriz a Agenda Regulatória 2011/2012, iniciou-se uma nova etapa de regulação por incentivos. 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. 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.

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

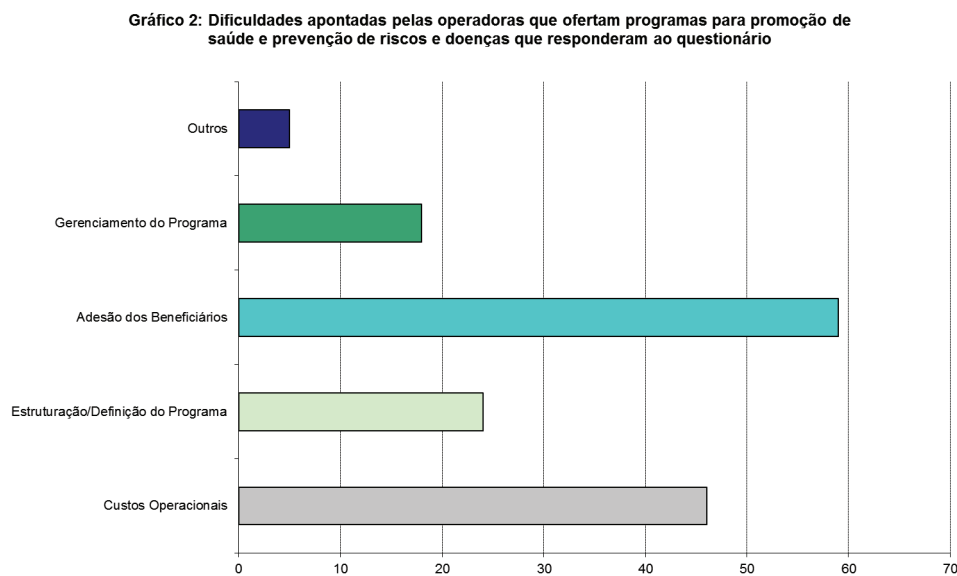


operadoras de planos privados de assistência à saúde. Tornou-se necessário, então, discutir os benefícios a serem alcançados, também, pelos beneficiários de planos privados de saúde.

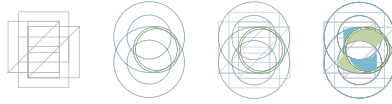
Paralelamente à elaboração de proposta normativa pelo grupo técnico, iniciou-se o processo de Análise do Impacto Regulatório (AIR) do tema Promoção de Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar. A Análise do Impacto Regulatório consiste em uma abordagem sistêmica para avaliar criticamente 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 ao escopo das modelagens dos programas. Tornou-se importante, também, dispor de instrumento normativo específico para estabelecer formas de incentivos a serem ofertados aos beneficiários para a adesão aos programas. Em agosto de 2011,



foram publicados os seguintes normativos.

Resolução Normativa nº264

Por meio da Resolução Normativa n. 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.

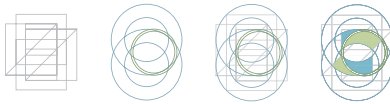
O conceito de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças no contexto da saúde suplementar foi abordado como o processo político que articula ações sanitárias, sociais, ambientais e econômicas voltadas para a redução das situações de vulnerabilidade e dos riscos à saúde da população; capacitação 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 é facultado 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 nº264 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.

Instrução Normativa nº35

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 a 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 na RN nº264, de 2011.



Resolução Normativa nº265

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 seguintes conceitos: 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, estabelecidas entre as partes, poderá obter prêmios ou desconto na mensalidade, sendo vedado o condicionamento ao alcance de metas ou resultados em saúde e a discriminação por idade ou por doença preexistente. O desconto na mensalidade ou a premiação estará vinculado apenas à participação no programa.

Instrução Normativa nº36

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

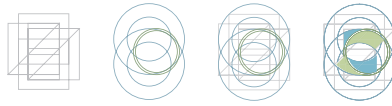
Para além dos normativos, outro desdobramento da Consulta Pública nº42 foi a elaboração da Cartilha para a Modelagem dos Programas para Promoção de Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, documento que disponibiliza às operadoras referências e informações necessárias para auxiliar a estruturação e implementação 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.

Em 2012, houve uma alteração do estímulo econômico-financeiro oferecido às operadoras para o desenvolvimento dos Programas. Anteriormente, as operadoras poderiam contabilizar os valores aplicados nos programas aprovados pela ANS, como Ativo não Circulante Intangível. A partir da vigência da Instrução Normativa Conjunta (INC) DIOPE e DIPRO nº07, de novembro de 2012, que revogou a norma anterior e dispôs sobre o cadastramento, o monitoramento e os investimentos em programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças. As operadoras que tiverem programas aprovados pela ANS deverão registrar contabilmente as despesas com programas para promoção a saúde e prevenção de riscos e doenças em conta específica, conforme Plano de Contas Padrão da ANS. O total de despesas com esses programas reduzirá a exigência mensal de margem de solvência do exercício corrente, desde que observados os requisitos da referida norma.

Instrução Normativa Conjunta nº 07

Dispõe sobre o cadastramento, o monitoramento e os investimentos em programas para promoção da saúde



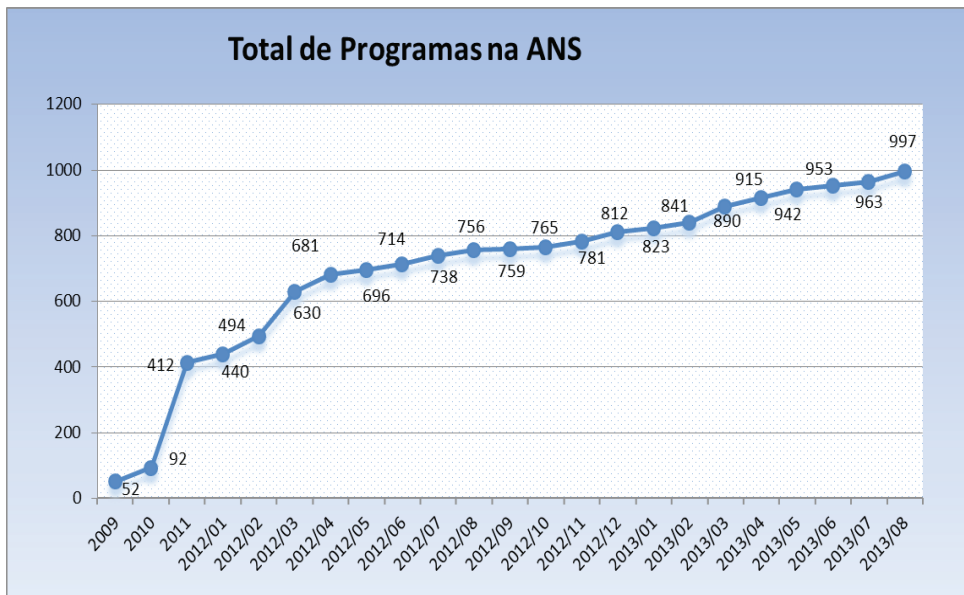
e prevenção de riscos e doenças por parte das operadoras de planos privados de assistência à saúde, revogando a Instrução Normativa Conjunta nº02, da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE e da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO.

Resultados dos programas

Até agosto de 2011, anteriormente à publicação das Resoluções Normativas nº264 e nº265, a ANS possuía um banco de 127 programas aprovados com a estimativa de participação de 198 mil beneficiários.

Após dois anos da vigência dos novos normativos, um total de 997 programas informado para a ANS, com a projeção de participação de 1.400.839 de beneficiários, o que representa um aumento de mais de seis 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, agosto de 2013.



Fonte: Sistema de Informação PromoPreve/ANS

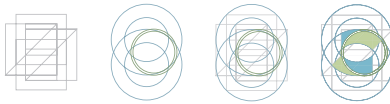
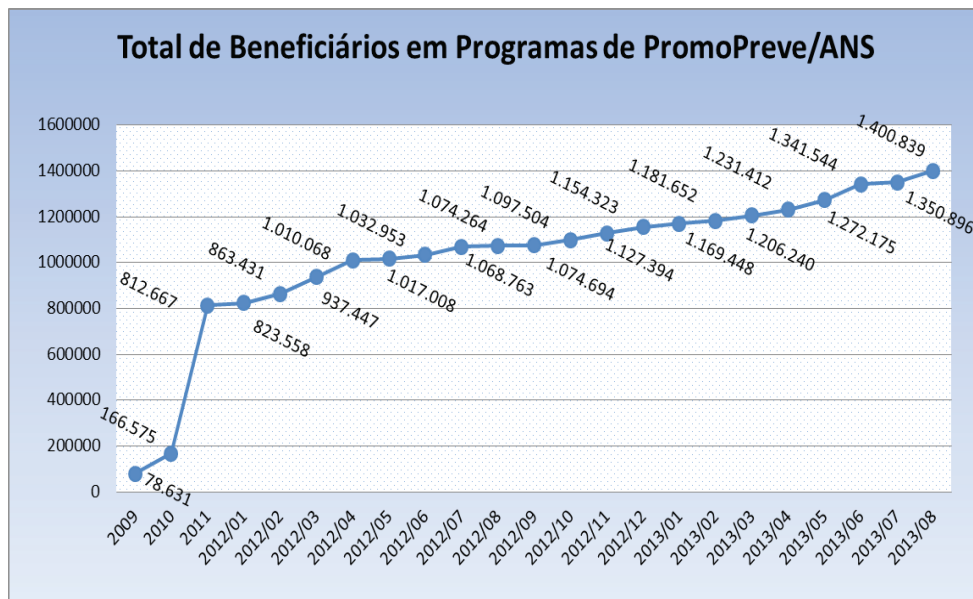


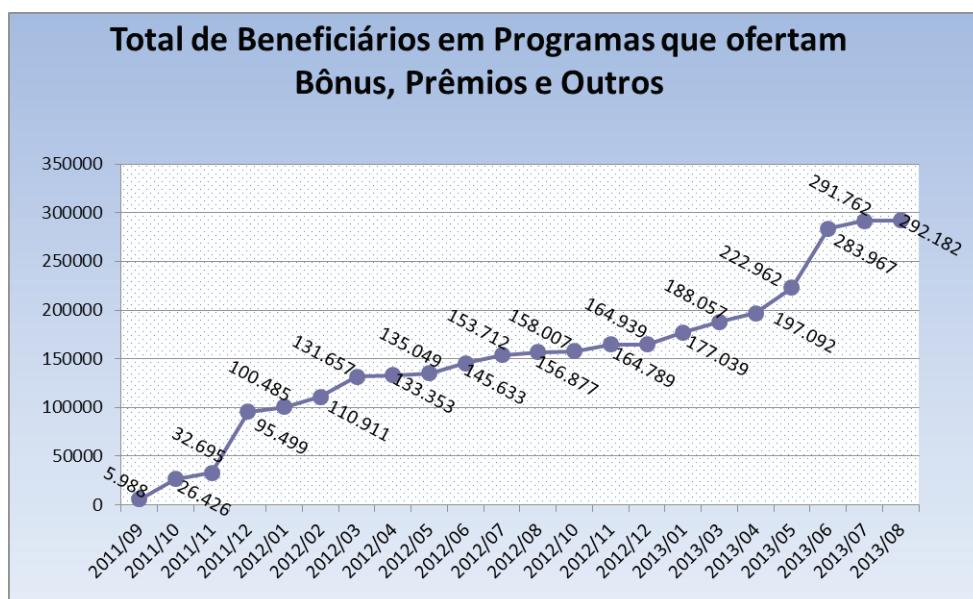
Gráfico 4. Estimativa de beneficiários participantes de Programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças informados à ANS, agosto de 2013.



Fonte: Sistema de Informação PromoPreve/ANS

Cabe destacar que, deste total de programas, 207 oferecem prêmios e descontos como incentivo para a participação, beneficiando aproximadamente 292.182 indivíduos, conforme os gráficos 5 e 6.

Gráfico 5. Número de Programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças informado à ANS com oferta de prêmios e descontos, agosto de 2013.



Fonte: Sistema de Informação PromoPreve/ANS

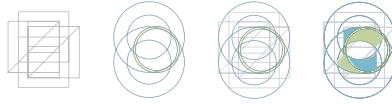
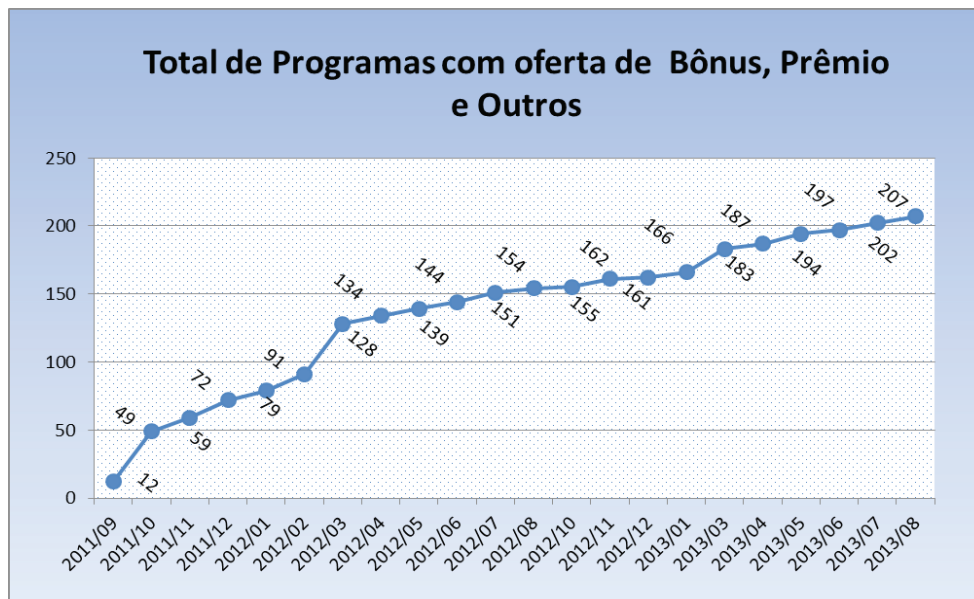


Gráfico 6. Número de participantes de Programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças beneficiados pela oferta de prêmios e descontos, agosto de 2013.



Fonte: Sistema de Informação PromoPreve/ANS

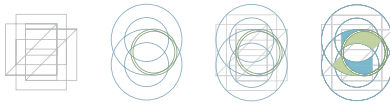
Os programas possuem enfoque em atividades voltadas para o estímulo à atividade física, alimentação saudável e prevenção de tabagismo e doenças como câncer, doenças sexualmente transmissíveis, osteoporose, hipertensão, diabetes e obesidade. Outra área de atenção com grande destaque é a saúde do idoso.

Por meio do monitoramento realizado pela Agência, foi possível verificar alguns resultados alcançados por esses programas, tais como: diminuição da exposição a fatores de risco, como inatividade física, alimentação inadequada e tabagismo; adoção de hábitos saudáveis; aumento da capacidade funcional; aumento da utilização de exames preventivos e tratamento precoce do câncer; diminuição da taxa de internação por doenças crônicas; mudanças de hábitos e do ambiente doméstico para evitar quedas em idosos; retorno financeiro comprovado do investimento feito pelas operadoras nos programas.

Laboratório de Inovação na Saúde Suplementar

No âmbito da cooperação técnica OPAS/OMS Brasil e ANS, foi proposta uma parceria para tratar alguns temas relevantes no campo assistencial no âmbito da saúde suplementar. Dentre eles, estavam o monitoramento e avaliação dos programas para promoção, prevenção e qualidade do cuidado aos portadores de condições crônicas; a coordenação e integração da rede assistencial, visando mais qualidade; a sustentabilidade econômico-financeira e a introdução de ferramenta do modelo de crônicas. 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 e instrumentos inovadores que pudessem fomentar a ANS, 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.

Dessa forma, o Laboratório de Inovação na Saúde Suplementar tem por objetivo identificar e compartilhar

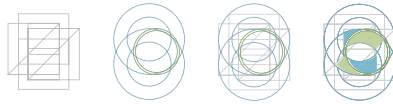


experiências significativas de inovação nas práticas de gestão assistencial das operadoras de planos privados de assistência à saúde, resgatando e analisando os processos, ferramentas e instrumentos desenvolvidos, permitindo transformar o conhecimento tácito em conhecimento explícito e disponibilizando-o à sociedade e ao setor de saúde suplementar. O seu objetivo 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 vem acontecendo a partir da construção de uma metodologia de avaliação e monitoramento dos programas de promoção e prevenção da saúde suplementar no Brasil; da avaliação dos programas ativos de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, aprovados pela ANS; da integração e divulgação de informações importantes de várias fontes de dados que sirvam como base para o desenvolvimento e aprimoramento de programas existentes; e do incentivo à elaboração de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças (inclusive as ações de envelhecimento ativo) baseados em evidências.

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

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Resolução Normativa n. 94, de 23 de março de 2005 da Diretoria de Normas e Habilitações de Produtos "C DIPRO. Disponível em : <http://www.ans.gov.br>.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Resolução de Diretoria Colegiada - RDC n. 77, de 17 de julho de 2001 Disponível em : <http://www.ans.gov.br>.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar. 1a ed. Rio de Janeiro; 2006. Disponível em : <http://www.ans.gov.br>.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar. 2a ed. Rio de Janeiro; 2007. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Instrução Normativa Conjunta n. 2 de 07 de julho de 2010 da Diretoria de Normas e Habilitações de Operadoras "C DIOPE e da Diretoria de Normas e Habilitações de Produtos DIPRO. Disponível em : <http://www.ans.gov.br>.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Instrução Normativa n. 10, de 8 de dezembro de 2010 da Diretoria de Gestão DIGES. Disponível em : <http://www.ans.gov.br>.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Instrução Normativa n. 11, de 20 de dezembro de 2011 da Diretoria de Gestão DIGES. Disponível em : <http://www.ans.gov.br>.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Resolução Normativa n. 264, de 19 de agosto de 2011 da Diretoria de Normas e Habilitações de Produtos DIPRO.

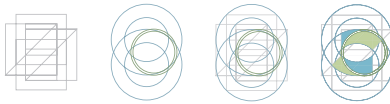
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Instrução Normativa n. 35, de 19 de agosto de 2011 da Diretoria de Normas e Habilitações de Produtos DIPRO.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Resolução Normativa n. 265, de 19 de agosto de 2011 da Diretoria de Normas e Habilitações de Produtos DIPRO.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Instrução Normativa n. 36, de 19 de agosto de 2011 da Diretoria de Normas e Habilitações de Produtos DIPRO.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar. 3a ed. Rio de Janeiro; 2009.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar. 4a ed. Rio de Janeiro; 2011.



AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Instrução Normativa Conjunta n. 07, de 23 de novembro de 2012 DIOPE DIPRO. Disponível em : <http://www.ans.gov.br>.

BRASIL. Lei n. 9956 de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 jun, 1998. Disponível em : <http://www.ans.gov.br>.

BRASIL. Lei n. 9961 de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar "C ANS e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 jan. 2000. Disponível em : <http://www.ans.gov.br>.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Vigitel Brasil 2008 "C Saúde Suplementar: Vigilância de Fatores de Risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Série G Estatística e Informação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil - 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

CECILIO LCO, MERHY EE. A Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Campinas (SP); 2003.

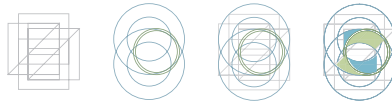
CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION.- Ten Great Public Health Achievements-United States, 2001-2010. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2011 [cited 2011 May 27];60(19):619-23. Available from: http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6019a5.htm?s_cid=mm6019a5_w

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 et al - Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension among United States adults 1999-2004. Hypertension. 2007;49(1):69-75.

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

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT – (OECD). Regulatory Impact Analysis: Best Practices in OECD Countries. OECD Publishing, 1997.



PERFIL DOS PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE RISCOS E DOENÇAS APROVADOS PELA ANS. PRÁTICAS INOVADORAS

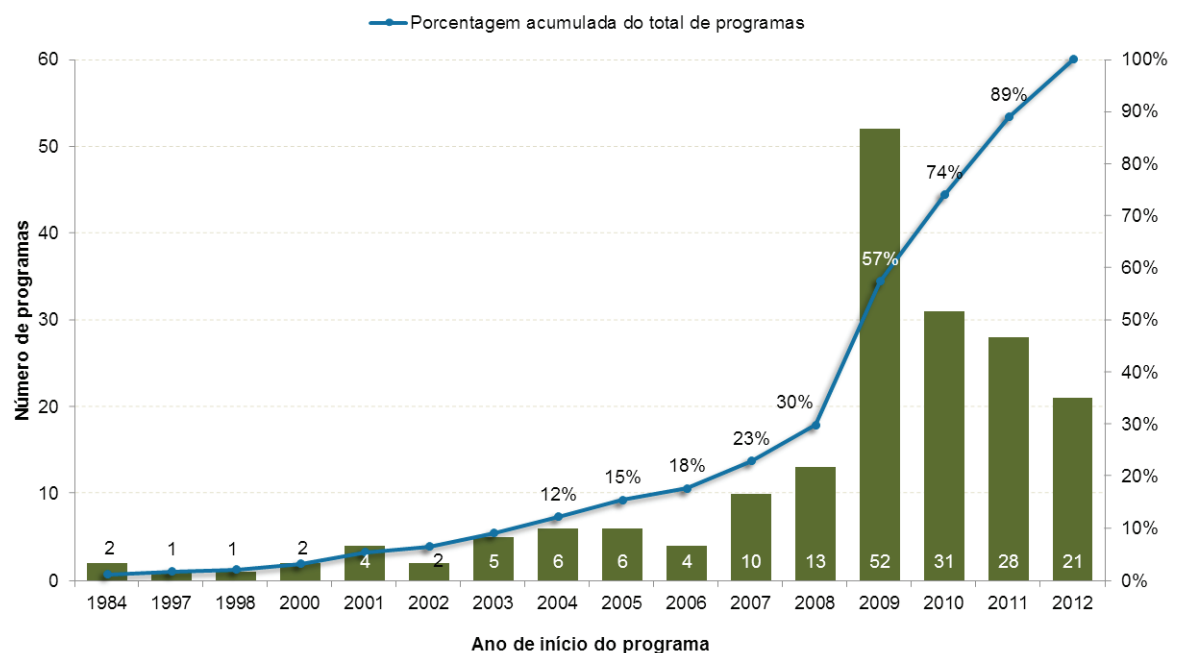
Katia Audi
Thiago Pavin

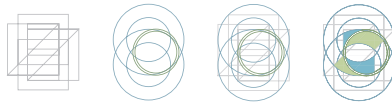
Neste capítulo será apresentado o perfil dos 188 programas de promoção de saúde e prevenção de doenças aprovados e acompanhados pela ANS. Foram considerados os programas aprovados até fevereiro de 2013. Posteriormente, serão apresentadas algumas práticas inovadoras implementadas dentro desses programas, sendo parte delas com foco em melhorar o cuidado em saúde e outra parte com foco na gestão. Finalmente, os leitores que pretendem conhecer os detalhes metodológicos adotados na condução dessa pesquisa encontrarão informações no último tópico deste capítulo.

O perfil dos programas aprovados na ANS

Como visto nos capítulos anteriores, há aproximadamente cinco anos a ANS instituiu um conjunto de normas para induzir as operadoras de saúde à submeter seus programas de promoção/prevenção ao crivo da Agência. Desde então, um número crescente de programas foi cadastrado, chegando ao total de 188 em fevereiro de 2013 – época em que a pesquisa foi realizada. A figura 1 mostra o ano em que os programas iniciaram suas atividades (barras) e também a evolução do cadastramento na ANS (linha com as porcentagens acumuladas).

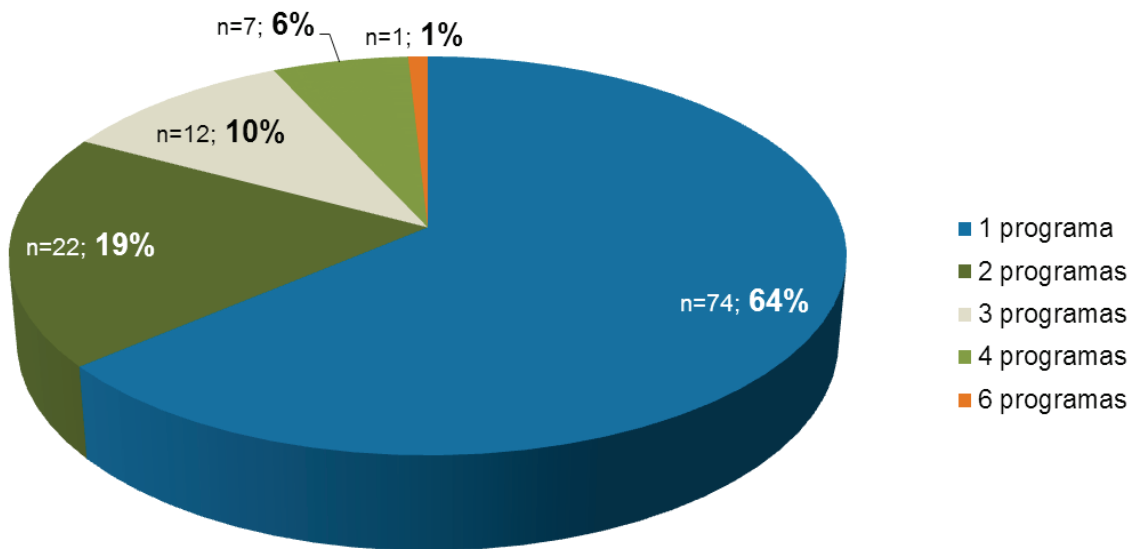
Figura 1. Número de programas aprovados de acordo com o ano que iniciaram e o incremento ao longo dos anos (n total=188)





Esses 188 programas pertencem a 116 Operadoras. Observando a figura 2, pode-se notar que apenas uma operadora tinha seis programas aprovados; 7 operadoras (6% aproximadamente) tinham quatro programas; 12 (10%) três programas; 22 (19%) com dois programas; e a ampla maioria, 74 operadoras (64%) tinham um programa aprovado.

Figura 2. Distribuição das operadoras de acordo com o número de programas aprovados na ANS



Modalidade e porte das operadoras donas dos programas

Mais da metade dos programas aprovados pertenciam às operadoras da modalidade Cooperativa Médica, com 54% destes. Em segundo lugar, aparecem as Medicinas de Grupo (33% dos programas), depois as operadoras de Autogestão (8%), em seguida as operadoras Filantrópicas (3%) e, por último, as Seguradoras Especializadas em Saúde (2%). Quanto ao porte, a ampla maioria dos programas era composta de médias ou grandes operadoras: em primeiro lugar destacaram-se as operadoras com 10 a 51 mil beneficiários, que detinham 44% dos programas; depois aquelas com mais de 100 mil usuários, com 34% dos programas; e, na terceira posição, com 14% as operadoras com 50 a 100 mil beneficiários. As de pequeno porte tinham apenas 8% dos programas, sendo 7% nas de 1 a 10 beneficiários e 1% delas nas de 1 a 100.

Não há dúvidas de que os programas de promoção de saúde e prevenção de doenças demandam investimentos e organização para surtirem algum efeito na população-alvo e se tornarem perenes. Os investimentos declarados nos formulários pelos coordenadores variaram entre aproximadamente R\$10 mil/mês à mais de R\$1 milhão/ano, dependendo da abrangência e complexidade do programa. Talvez isso ajude a explicar o fato de a maior parte dos programas cadastrados se concentrarem nas operadoras de médio e grande porte. Olhando-se atentamente a tabela 1, verifica-se praticamente a inexistência de programas entre as operadoras de pequeno porte, independentemente da modalidade. Além disso, os três programas de Seguradoras Especializadas em Saúde se concentram nas de grande porte (mais de 100 mil beneficiários). Também é possível notar que boa parte dos programas se concentram nas (1º) Cooperativas Médicas de médio porte, (2º) Medicinas de Grupo de grande porte e (3º) Cooperativas de grande porte (setas destacando as caselas da tabela).

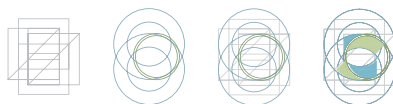


Tabela 1. Distribuição dos 188 programas aprovados de acordo com a modalidade e o porte das Operadoras

Modalidade ► Porte ▼	Seguradora Especializada em Saúde				Total
	Autogestão	Cooperativa Médica	Filantropia	Medicina de Grupo	
1 a 100	---	---	---	1 0,5%	1 0,5%
101 a 1 mil	---	---	---	---	0 0,0%
1.001 a 10 mil	---	8 4,3%	2 1,1%	4 2,1%	14 7,4%
10.001 a 50 mil	6 3,2%	53 28,2%	1 0,5%	22 11,7%	82 43,6%
50.001 a 100 mil	4 2,1%	16 8,5%	2 1,1%	5 2,7%	27 14,4%
Mais de 100 mil	5 2,7%	25 13,3%	---	31 16,5%	64 34,0%
Total	15 8,0%	102 54,3%	5 2,7%	63 33,5%	188 100,0%

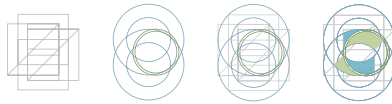
Abrangência dos programas, sua população, público-alvo e cobertura

Aproximadamente 88% dos programas de prevenção e promoção de saúde acompanhadas pela ANS tinham abrangência local, ou seja, Municipal (59%) ou Regional (29%). Quase 5% abrangência Estadual, 1% abrange populações de mais de um Estado e 6% são de abrangência Nacional.

Na época do cadastro, as 116 operadoras que detinham os 188 programas somavam 22.320.986 beneficiários em suas carteiras, variando de 2.031 a 4.988.879, com mediana de 41.815 pessoas seguradas. Ao responderem os formulários de cadastramento (ou alteração) de cada programa, os responsáveis informaram o número de elegíveis, isto é, as pessoas que preenchiam os critérios de inclusão às intervenções do programa, como, por exemplo, número de obesos ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) para os quais um programa de reeducação alimentar seria oferecido.

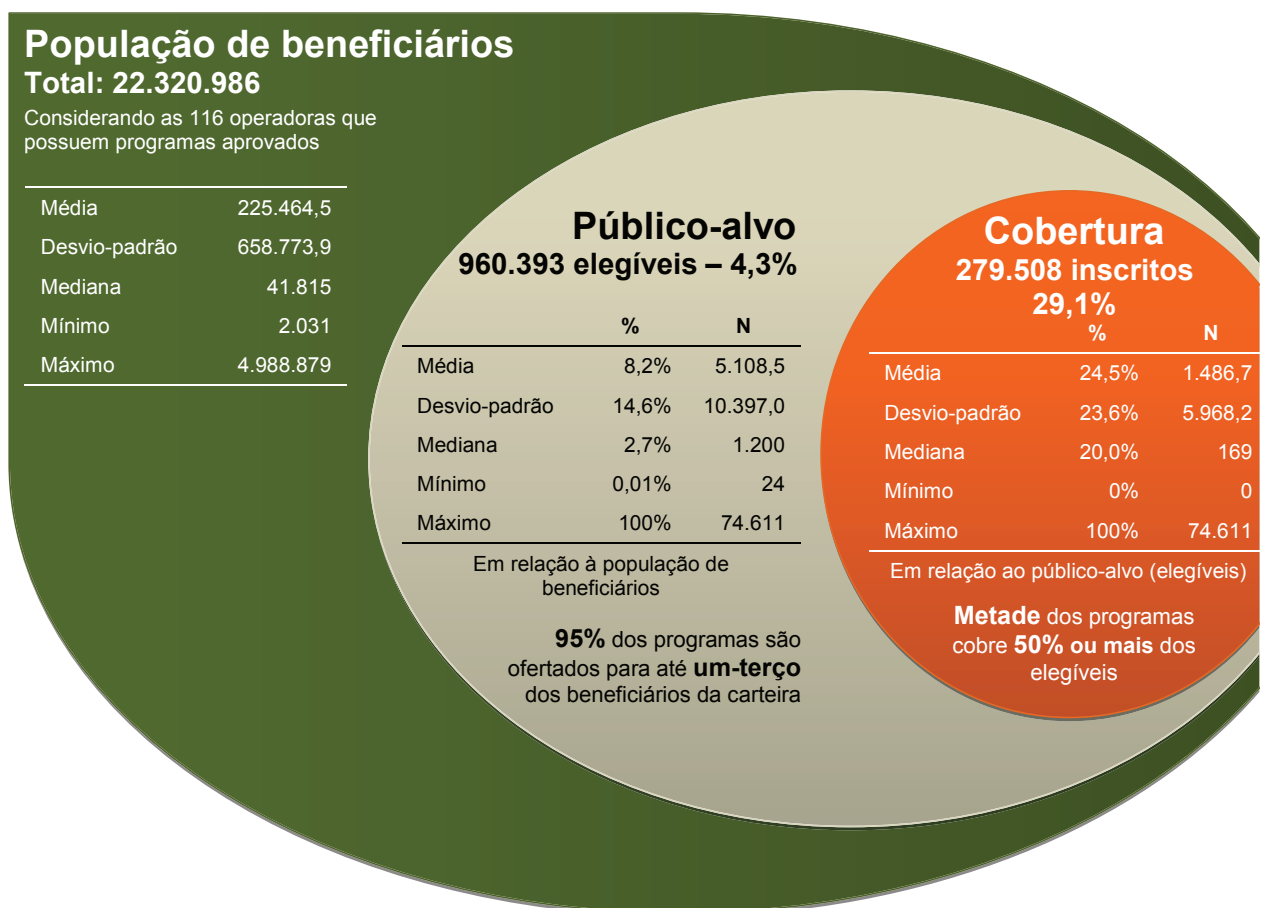
Somando-se o número de elegíveis aos 188 programas diferentes, obteve-se o valor de 960.393, representando 4,3% do total de beneficiários das carteiras agrupadas; variou de 24 (programas que estavam iniciando as atividades) a 74.611 elegíveis, tendo mediana de 1.200 e média de 5.108,5 (Desvio-padrão = 10.397,0). Explicando de outra forma, quer dizer que se utopicamente, os 188 programas fossem oferecidos a 100% dos seus elegíveis e 100% deles aceitassem participar, apenas 4,3% da carteira de beneficiários seria contemplada em programas de prevenção e promoção de saúde. Um número relativamente baixo considerando os desafios e metas da política brasileira de promoção de saúde. Vale notar ainda que 95% dos programas são destinados a até um-terço dos beneficiários da carteira, sendo a metade deles de operadoras com menos de 50 mil segurados.

Seguindo nessa análise, os responsáveis pelo programa também informam periodicamente à ANS o número de inscritos no programa. O número de inscritos, relativo ao total da população-alvo, constitui o indicador de cobertura, expresso em porcentagem, cuja meta estipulada pela ANS é de no mínimo 20% ao

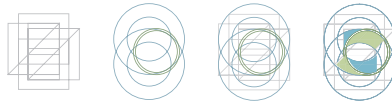


final de um ano. Dos 188 programas aprovados, 23 (12,2%) tinham zero de cobertura na época do cadastro por se tratarem de programas recém-criados ou recém-cadastrados; 16 (8,5%) atingiram menos de 5% de cobertura; 56 (29,8%) de 5 a 20%; 68 (36,2%) apresentaram cobertura de 20 a 50% dos elegíveis; e 22 (13,3%) tinham de 50% a 100% de cobertura. A mediana foi de 20% de cobertura, a média 24,5% (desvio-padrão= 23,6%); em números absolutos, significa que metade dos programas aprovados tinha até 169 participantes (mediana), e a média de inscritos por programa foi de 1.487 (desvio-padrão = 5.968,2). A soma dos beneficiários inscritos em todos os programas conjuntamente totalizou 279.508, ou seja, 29,1% do total daqueles mais de 960 mil que poderiam se beneficiar das intervenções oferecidas. A figura 3 ilustra esses dados.

Figura 3. Relação da população de beneficiários das 116 operadoras com a população-alvo e cobertura dos seus 188 programas aprovados



A abrangência e a cobertura do programa dependem diretamente da abrangência da atuação da própria operadora e sua rede credenciada, posto que dificilmente uma operadora que atua num determinado mercado municipal oferecerá um programa nacional, por exemplo. No entanto, Atun e colaboradores (2013) enfatizam a necessidade de se expandir a cobertura dos programas preventivos e de promoção de saúde para que se obtenha um benefício disseminado no sistema. Defende, portanto, que os programas, embora comecem pequenos e com intervenções complexas, devem se organizar para crescer e atingir cada vez mais elegíveis, sendo que quanto maior a disseminação do cuidado, mais protegida estaria essa população e maior será a sustentabilidade financeira do sistema. Assim, os gestores de programas devem, sempre



que possível e o quanto antes, repensar e redimensionar as intervenções para que tenham *escalabilidade* frente ao desafio da sua abranger a maior parcela do público-alvo.

A *escalabilidade* do programa é desafiada pelos custos. É razoável pressupor que é muito difícil para um gestor de programa de promoção de saúde levar a melhor orientação possível aos seus participantes inscritos, gastar com material e logística. E quanto mais espalhados e distantes estiverem os participantes, maior será a despesa com a logística. Portanto, de acordo com Norman e Yip (2013), para que um programa de saúde ganhe grandes escalas é preciso inovar e muitas vezes reinventar o escopo da intervenção. Defendem que o uso da tecnologia (internet, telefonia, mídias de vários tipos, telemedicina, robótica, etc.) deve ser empregado sempre que possível, mediante todos os tipos de validações técnicas, tanto pela equipe de saúde quanto pela equipe de tecnologia da informação, pois cada uma delas terá um olhar diferente no intuito de favorecer o usuário. O emprego da tecnologia seria, para eles, o meio de superar o desafio de fazer a melhor intervenção chegar aos beneficiários mais distantes a um custo mais acessível.

Contudo, cabe aqui uma pequena ressalva para lembrar o leitor que os custos com esse tipo de tecnologia no Brasil costumam ser mais elevados do que em países mais desenvolvidos. Assim, a implementação de tecnologia na saúde preventiva deve ser cuidadosamente avaliada e minuciosamente planejada, a fim de se evitar desperdício de recursos.

Foco de atenção do cuidado em saúde

Ao se desenhar um programa de promoção de saúde ou prevenção, um passo fundamental é definir o foco do cuidado, pois isso vai direcionar uma série de outras decisões, como o público-alvo, a literatura e *guidelines* que definem os padrões de qualidade das intervenções, os métodos de avaliação, etc. A ANS elenca oito áreas de cuidado em saúde seguindo as prioridades do Ministério da Saúde para a população brasileira. São elas: (1) saúde da criança e (2) do adolescente, (3) saúde do homem, (4) saúde da mulher, (5) saúde do adulto e do idoso, (6) saúde mental, (7) saúde bucal, e (8) saúde do deficiente físico. Dentro de cada uma dessas áreas há temas de interesse, que os coordenadores de programas podem fixar como objetivos e metas a serem alcançadas a curto, médio e longo prazos.

Em determinados programas, mais de uma área de atenção à saúde ou objetivo pode ser enfocada. Por exemplo, um programa que se destina a educar mulheres gestantes sobre cuidados com a mãe e o bebê pode obter, em função das intervenções, resultados positivos tanto no cuidado com a mulher quanto no cuidado com a criança recém-nascida. No entanto, é bastante pertinente selecionar e manter poucos focos de atenção à saúde ao se conduzir um programa de prevenção. Se a gestão e a equipe envolvida não têm os objetivos claros em mente, pode implicar em decisões que levem a desperdício de recursos financeiros e humanos e, conseqüentemente, a falácia nos resultados esperados ou prometidos ao patrocinador do projeto.

A figura 4 apresenta a principal área de atenção à saúde eleita como foco entre os 188 programas aprovados. Nitidamente, a maioria dos programas visava melhorias na saúde do adulto e do idoso, foco de quase um-terço deles (72%), mesmo porque a ANS incentivou essa área por meio de políticas de pontuação. Em segundo lugar, apareceram 20% dos programas que enfocavam a saúde da mulher. Em terceiro, já em porcentagens menos expressivas, apareceram os programas voltados para a saúde da criança. Saúde do homem e saúde bucal empataram em quarto lugar, ambas as áreas sendo foco de 2% dos programas. Finalmente, a saúde mental foi foco de apenas 1 programa (0,5%).

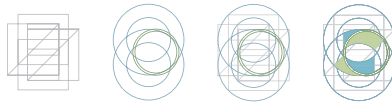
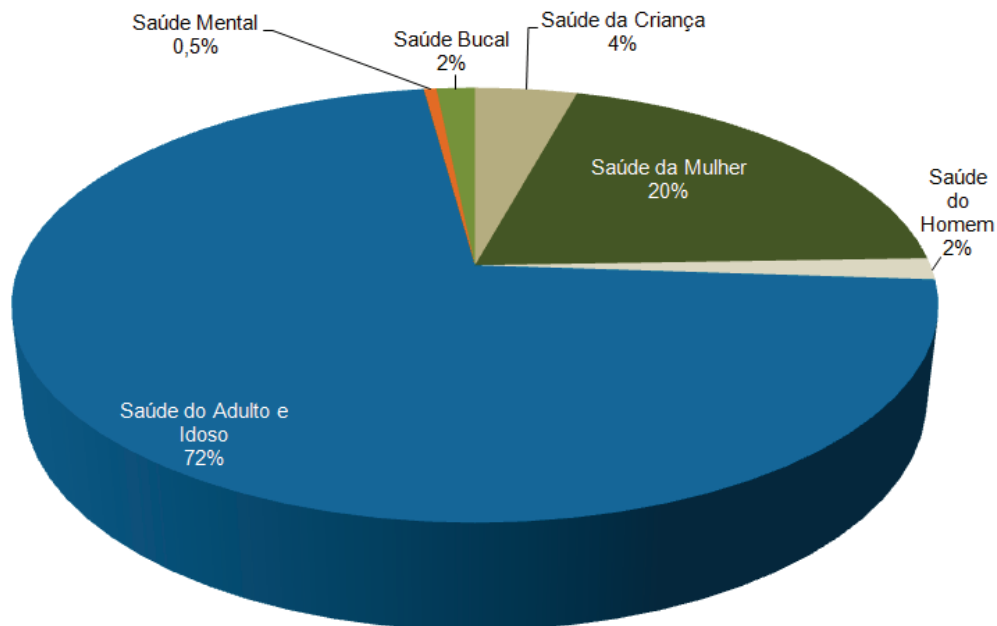


Figura 4. Foco de atenção dos 188 programas aprovados



Infelizmente, constatou-se a ausência de programas enfocando a saúde do adolescente e a saúde do deficiente físico. Essas duas populações são de especial relevância para o sistema de saúde suplementar e merecem ser alvo de ações preventivas e de promoção da saúde. Os adolescentes são, em geral, mais vulneráveis à adoção de novos hábitos que os adultos o que conseqüentemente torna a adolescência uma época oportuna para se estimular comportamentos mais saudáveis que poderão se estender por toda a vida (Bartholomew et al., 2010; Gavin et al., 2011). Já os deficientes físicos devem ser alvo de programas preventivos porque muitas vezes apresentam mais problemas de saúde ou mais complexos, devido às dificuldades de manter uma vida social ativa e assumir papéis de relevância socioeconômica (Girondi e Santos, 2011; Marin et al, 2013). Assim, acabam por apresentar dupla vulnerabilidade – da deficiência em si e dos problemas de saúde decorrentes.

Nas figuras de 5 a 8 são apresentados os principais objetivos dos programas aprovados, segmentados por áreas de atenção à saúde. Note que certos objetivos transcendem a área de atenção eleita como principal, indicando uma área de atuação secundária. O número de objetivos dentro de um mesmo programa variou de 1 a 37. Observa-se que quanto maior o número de opções no formulário da ANS para uma determinada área de atenção à saúde, maior a mediana de objetivos elencados por programas daquela área. Metade dos programas de saúde do adulto e do idoso tem até 15 objetivos (mediana=15,5); para os programas de saúde da mulher esse valor caiu para 2 (mediana=2), variando entre 1 e 9 objetivos; e entres os programas de saúde da criança a mediana foi de 4, variando de 1 a 8 objetivos.

Certamente, manter o foco em 37 objetivos diferentes dificulta a otimização de recursos, colocando em risco a perenidade do programa e os efeitos benéficos à população-alvo atendida até então. De um modo bastante vago nesse primeiro momento, é possível tomar essa informação como indicativo de falta de foco. Quando tudo é importante, nada é prioridade, dizem os estudiosos em gestão de projetos (Luecke, 2010). Assim, a prática gerencial de tais programas devem ser revistas e acompanhadas mais de perto. De certo, um realinhamento dos objetivos e indicadores de processo e resultado derivados pode ser bastante útil e gerar um favorável aprendizado para a equipe multidisciplinar envolvida.

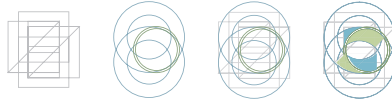


Figura 5. Objetivos dos programas com foco na Saúde do Adulto e do Idoso (n=135)



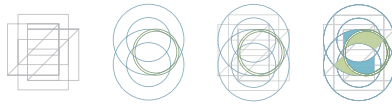
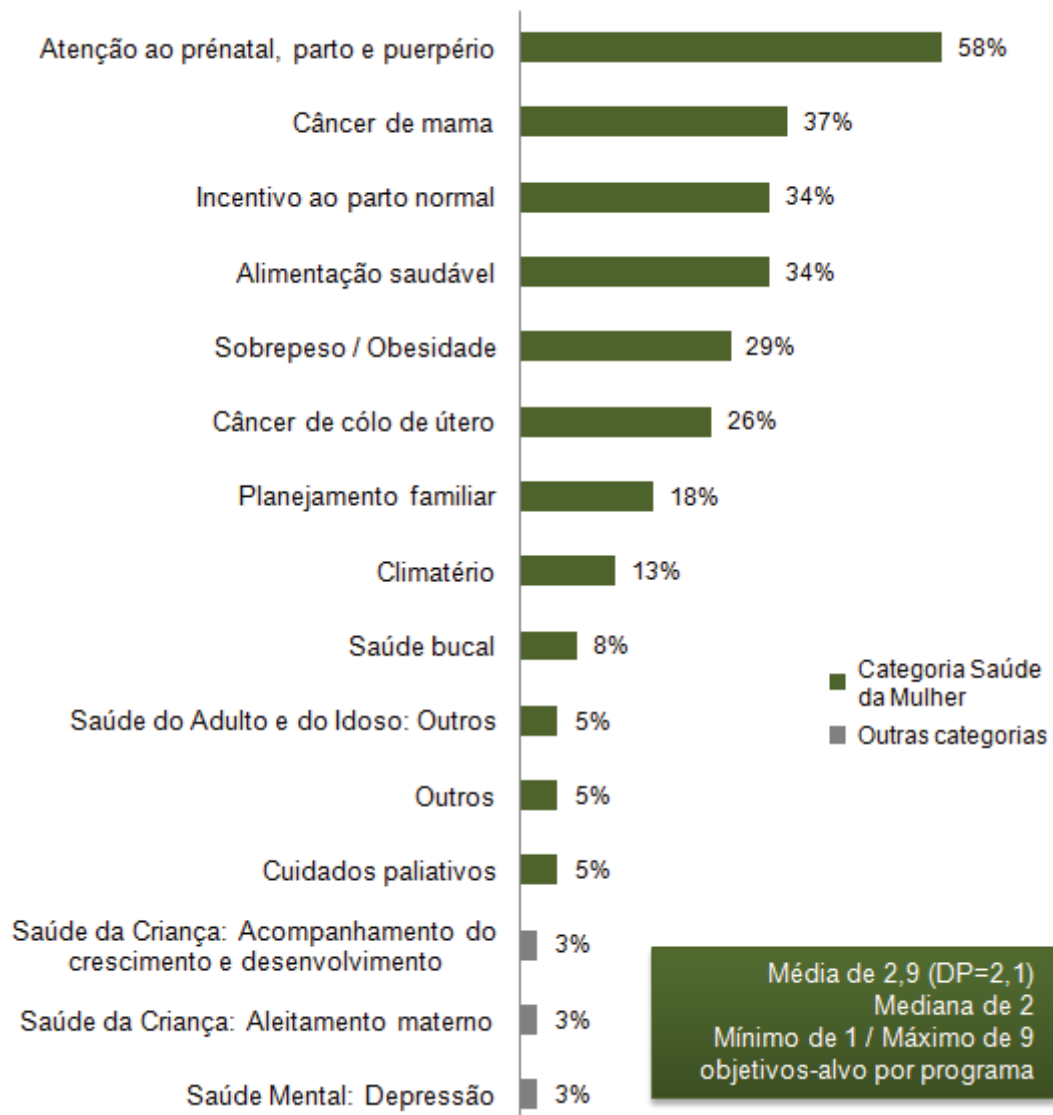


Figura 6. Objetivos dos programas com foco na Saúde da Mulher (n=38)



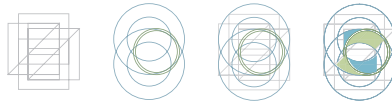
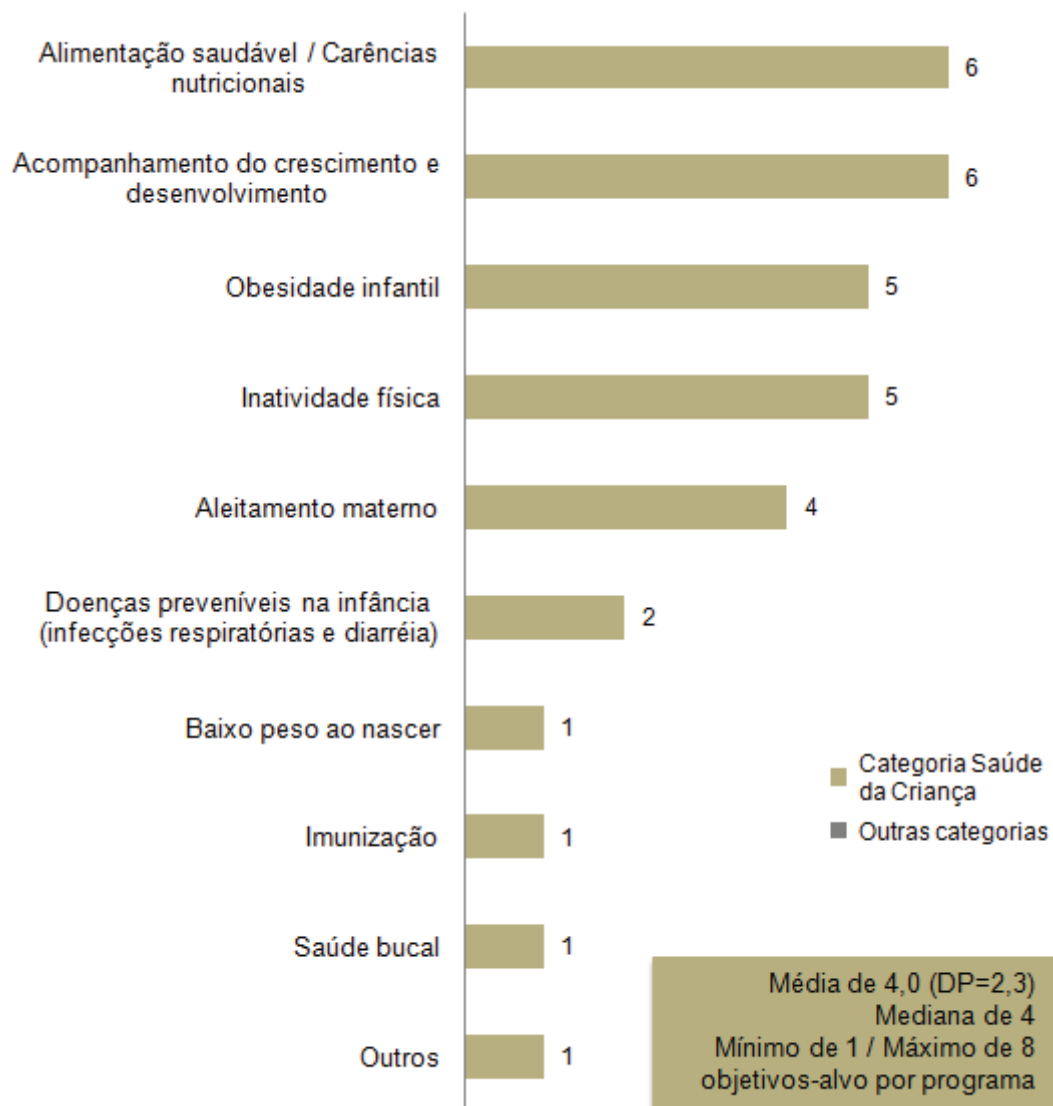


Figura 7. Objetivos dos programas com foco na Saúde da Criança (n=8)



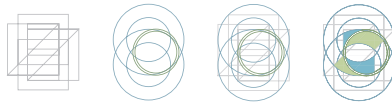
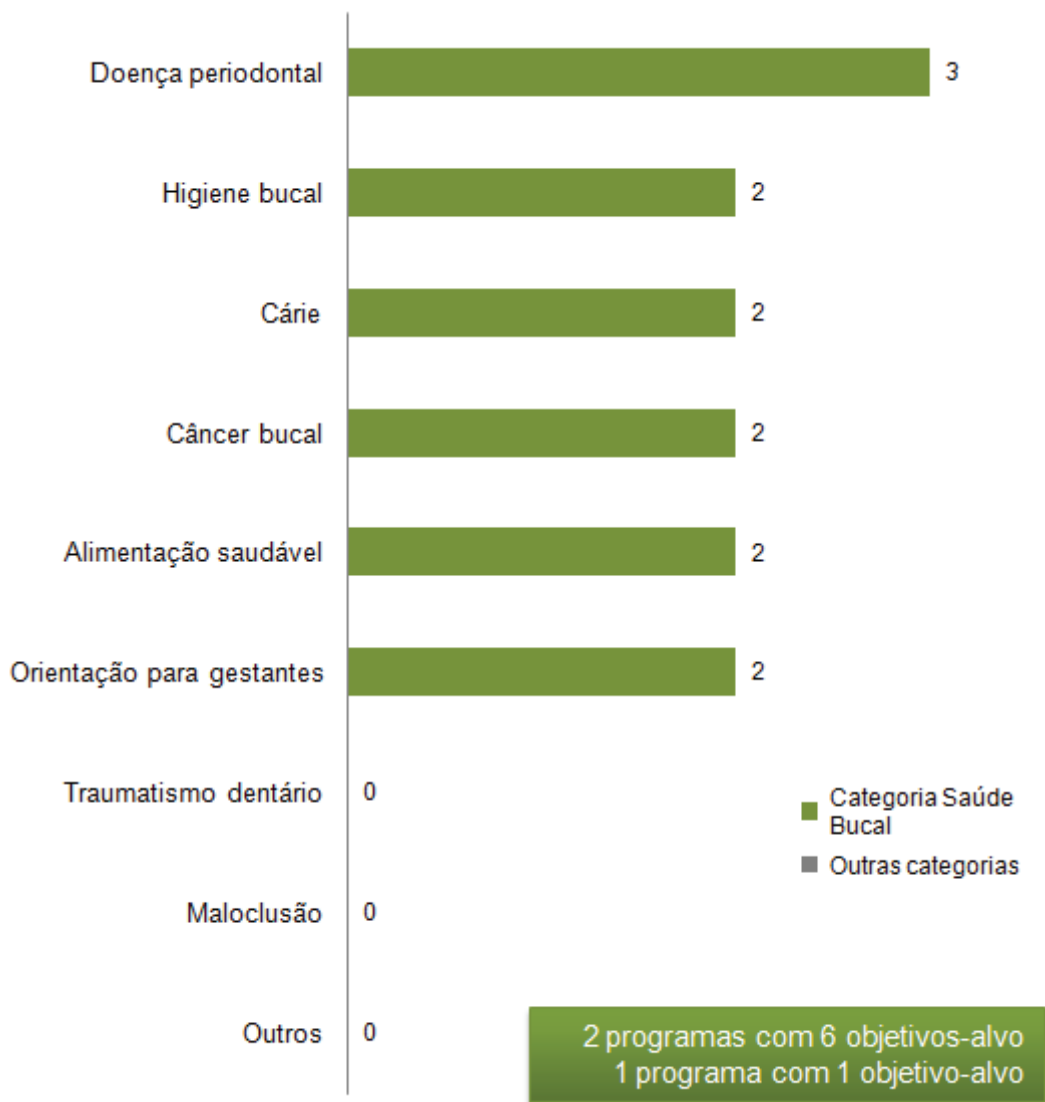
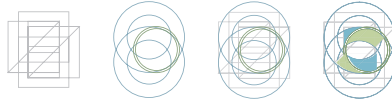


Figura 8. Objetivos dos programas com foco na Saúde Bucal (n=3)



Os três programas aprovados na categoria Saúde do Homem tinham como objetivos “saúde prostática e miccional” e “outros tipos de câncer”. Nenhum deles abordou “acidentes / violência”, ou “disfunção erétil / saúde reprodutiva / planejamento familiar”. Entre os 135 programas do adulto e do idoso, 4% abordavam em segundo plano a “saúde prostática e miccional”.

O único programa de Saúde Mental visava à prevenção do tabagismo. Não há programas aprovados que objetivem “autoajuda”, “depressão”, “esquizofrenia”, “transtorno bipolar” ou “uso de drogas”. Contudo, há de se notar que a saúde mental é abordada secundariamente em programas de outras áreas de atenção. Por exemplo, entre os 135 programas de saúde do adulto e do idoso, 4% abordavam a depressão, 1% abordavam o estresse e 1% forneciam ferramentas de autoajuda. Entre os 38 programas de saúde da mulher, 3% elegeram a depressão como um dos objetivos.



Identificação e ingresso do público-alvo

A saúde é um processo bastante dinâmico, de modo que pessoas saudáveis podem desenvolver sintomas e doenças, assim como pessoas doentes podem se curar ou prevenir um desfecho pior para sua doença. Assim, um programa de promoção de saúde ou prevenção de doenças deve manter-se atento aos indivíduos que se tornam alvo das intervenções, porque passaram a se enquadrar no perfil de risco; ou, contrariamente, indivíduos que antes apresentavam os critérios de inclusão e noutro momento melhoraram suas condições e, logo, desocupariam a vaga no programa para que outro participante mais indicado a ocupe. Essa intrínseca dinâmica de selecionar, incluir e excluir indivíduos de uma população de pessoas é necessária não somente para otimizar os recursos disponíveis, mas também para gerar a maior quantidade de saúde possível ao grupo que mais se beneficiaria da ação em questão. Portanto, na rotina de um programa é fundamental traçar estratégias para rastrear/localizar os elegíveis ao programa para, posteriormente, atraí-los à participação nas atividades.

De acordo com a figura 9, as cinco principais formas de identificação dos elegíveis empregadas nos programas foram: (1) 91% avaliavam pela faixa etária quando um indivíduo entra ou sai de um perfil de risco focado pelo programa; (2) 86% utilizavam dados de prevalência de doenças de fatores de risco na população; (3) também 86% cruzavam informações de utilização de exames, consultas e internações dos beneficiários, identificando padrões compatíveis com doenças elegíveis ao programa; (4) 79% aplicavam, em algum momento, um questionário para mapear o perfil de saúde e de doença dos beneficiários e direcioná-los para o programa; e (5) 78% vasculhavam diretamente fatores de risco, não necessariamente doenças, na população por meio de questionários; e, outras formas de identificação dos elegíveis foram citadas por 30% dos programas.

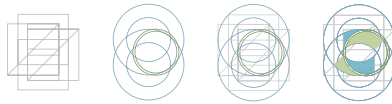


Figura 9. Estratégias de identificação dos elegíveis entre os 188 programas aprovados (mais de uma pode ser empregada)



Como dito, após a identificação do elegível ao programa, o próximo passo é trabalhar para que ele se inscreva e participe. Na figura 10, pode-se notar que a busca ativa para convidar à participação era a estratégia empregada em 92% dos programas; depois, a estratégia de encaminhamento dos elegíveis pelos diferentes prestadores se mostrou presente em 86% dos programas; empatada em segundo lugar, também utilizada por 86%, aparece a demanda espontânea, isto é, quando o paciente procura o programa por conta própria; a captação em sala de espera e outras formas de ingresso aparecem juntas na terceira posição em 46% dos programas.

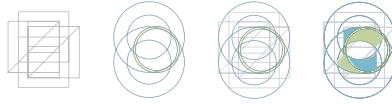
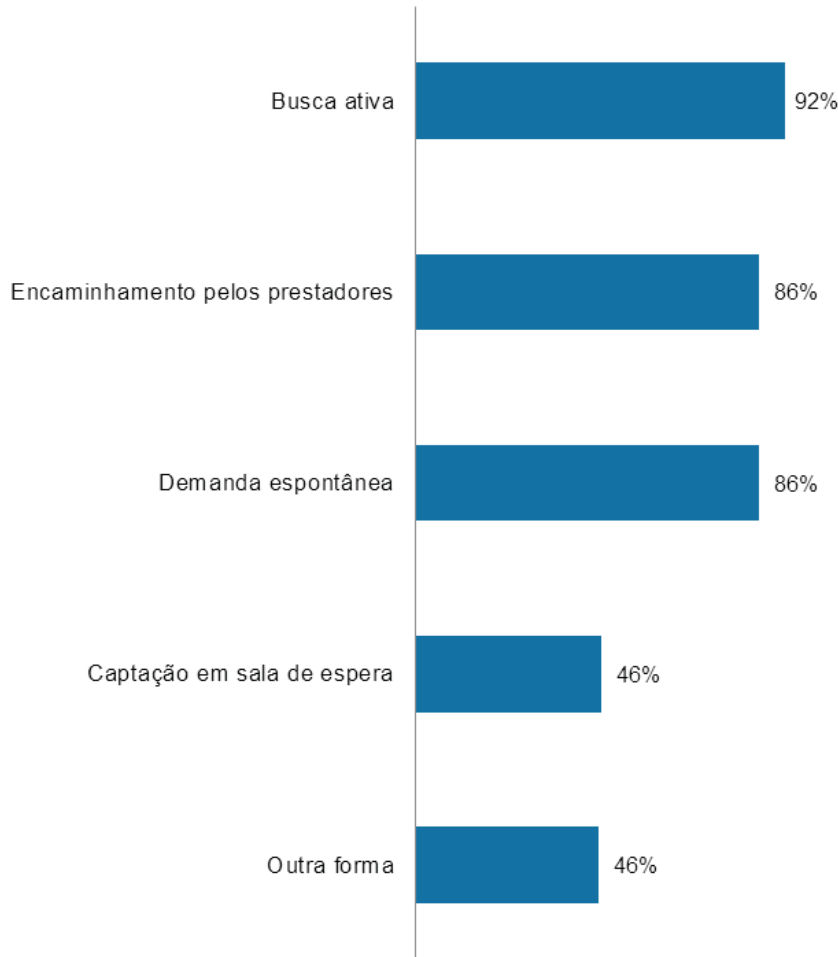


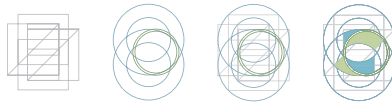
Figura 10. Estratégias de ingresso dos elegíveis nos 188 diferentes programas aprovados (mais de uma pode ser empregada)



Gerenciamento das informações

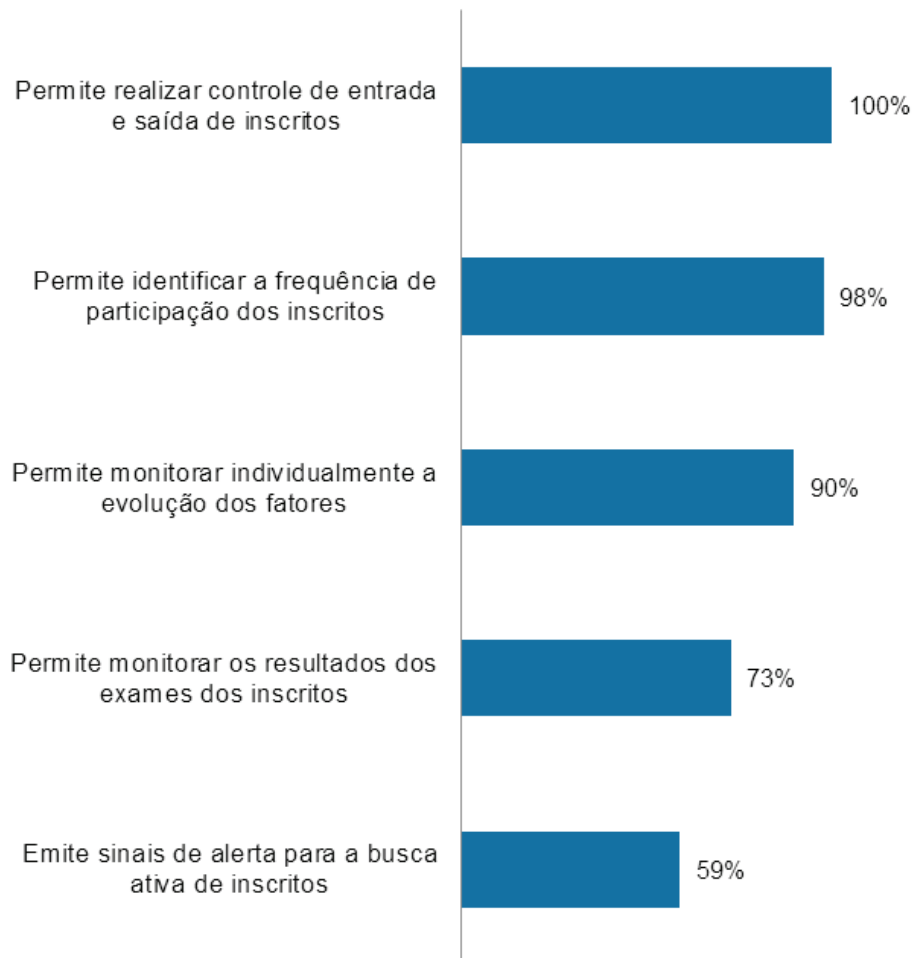
Outro aspecto bastante importante no dia-a-dia dos programas e de qualquer projeto que envolve saúde é a organização das informações. A sistemática e rigor da coleta de dados dos participantes do programa, bem como a sua organização, podem garantir melhor ou pior informação para o gerenciamento do mesmo. Atualmente, os programas computadorizados têm garantido segurança e agilidade nesse processo de reunir, armazenar e processar dados dos clientes, seja no formato de prontuários individuais, seja em bases epidemiológicas. Contudo, os programas de promoção de saúde e prevenção geralmente demandam especificidades que necessitam de adaptação de sistemas já existentes ou a criação de novos sistemas. O fato é que quanto mais funcional e seguro for a informação, melhores serão as análises extraídas e, conseqüentemente, as decisões que delas se sucederão (O'Donnell, 2006; Bartholomew et al., 2011, Norman e Yip, 2013).

Entre os 188 programas aprovados, 70,7% possuíam um sistema de informação para o gerenciamento dos dados do programa. Destes, 43% usavam algum tipo de software específico, podendo ou não ser combinado com os 36% que utilizam planilhas eletrônicas (como Excel ou similar), e 21% também usam um software operacional. As principais funcionalidades desse “software” dentro de um programa de



promoção de saúde - usados paralelamente ou não – são controlar a entrada e saída de inscritos (100%); computar a frequência de participação dos inscritos (98%); monitorar a evolução dos fatores de risco ou marcadores biológicos dos indivíduos (90%); monitorar o resultado dos exames dos inscritos (73%); e, emitir sinais de alerta quando se identifica um novo elegível (59%). Vide figura 11.

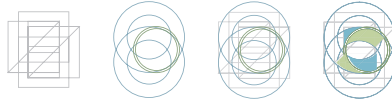
Figura 11. Funcionalidades dos sistemas de informação utilizados entre os 188 programas aprovados



Algumas iniciativas promissoras identificadas nos programas

Tendo 188 programas de promoção de saúde e prevenção de doenças cadastrados e monitorados anualmente, a ANS identificou entre eles algumas iniciativas que parecem ser promissoras tanto para a melhoria do cuidado em saúde, quanto para a melhoria da gestão dos programas. A seguir são listadas algumas delas. Porém, cabe esclarecer que a seleção dessas práticas não visou demonstrar que um modelo de programa é mais ou menos eficiente ou interessante que outro, tampouco estabelecer parâmetros que forcem a adoção de determinada prática. Mas tentar apontar, com pequenos exemplos, soluções para problemas práticos comuns a vários tipos de programas.

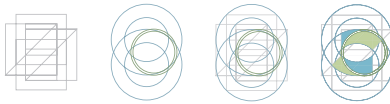
Devido a regras institucionais, não poderemos expor os nomes das operadoras, por isso as práticas serão descritas preservando informações que possam identificar o local de sua realização.



Um programa de promoção de saúde para cada fase da vida do beneficiário: essa é a meta de operadora que incluiu no seu planejamento estratégico a construção de vários programas voltados para os seus beneficiários, iniciando com um programa para gestantes, parto e puerpério; outro para cuidados com a saúde da criança, realizado em parceria com escolas; outro programa voltado para os adolescentes, que aborda questões pertinentes como o uso de drogas, vida sexual, dentre outros temas; programas para a saúde da mulher, como campanhas de prevenção aos cânceres de mama e de útero; saúde do homem enfocando prevenção de acidentes e câncer de próstata; um programa de gerenciamento de crônicos; e, finalmente, um programa para o envelhecimento ativo na terceira idade, com atividades atraentes para o público idoso. Essa visão é inovadora porque tende a manter o beneficiário bombardeado por informações de saúde ao longo do curso da vida, o que favorece a criação de uma cultura de autocuidados e foco busca do bem-estar. Além disso, mantém a população de participantes fiéis à marca da operadora.

Integração da rede de saúde com outros serviços de bem-estar: a operadora apostou em integrar serviços como academia, clínicas de massagem, clubes que possuíam atividades conduzidas por profissionais de saúde, serviços variados de nutrição e até restaurantes ao seu portfólio de referenciamento. A ideia é fornecer ao beneficiário uma “trilha para o bem-estar” com diversas opções para praticar atividade física, gerenciar o estresse e ter uma alimentação mais saudável. Esse portfólio foi criado mediante uma validação técnica dos profissionais de saúde da operadora. O acordo com os estabelecimentos que passaram no crivo foi bastante simples: a operadora passa a divulgar as logomarcas e *releases* desses serviços aos beneficiários inscritos no programa (por exemplo, grupo de hipertensos); em troca, os estabelecimentos oferecem descontos e ao mesmo tempo notificam mensalmente à operadora que um determinado beneficiário (identificado pelo CPF) usou o respectivo serviço. Assim, a operadora obtém dados relevantes para acompanhar a saúde da população inscrita no programa. Para o futuro, pensa-se em substituir a “carteirinha de saúde” pela “carteirinha do bem-estar”, integrando ainda mais a rede de saúde com a rede de bem-estar.

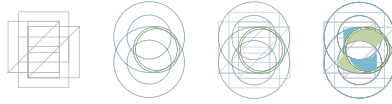
Tornando os médicos da rede parceiros dos programas de promoção de saúde: fazer com que os médicos da rede se tornem parceiros dos programas e passem a indicá-los para seus pacientes pode ser vital para o sucesso de determinados programas. Diversas práticas, em diferentes operadoras, foram identificadas como promissoras nesse sentido. Uma operadora passou a usar o tradicional jantar na semana do dia do médico, para divulgar as ações do programa com uma pequena palestra. Outra passou a oferecer os dois programas (de controle do diabetes e atividades da terceira idade) gratuitamente aos familiares, e especialmente esposas dos médicos; uma vez participando, a equipe de enfermagem provocava uma visita à casa do médico em um horário oportuno para falar com ele a respeito do programa. Outra operadora optou por ir até o consultório e pagar uma consulta do médico somente para fazê-lo ouvir sobre o programa e como seus pacientes poderiam se beneficiar dele. Mais um exemplo vem de uma operadora paulista, que em seu gerenciamento de doentes crônicos conseguiu autorização do médico para que a enfermeira ligue para o paciente e fale em nome do médico, ao ser abordado dessa forma os pacientes sentem que podem confiar, pois ouvem o nome do seu médico, consequentemente aumentando as taxas de adesão às ligações; o segredo, segundo os coordenadores do programa, foi a relação de *feedback* que as enfermeiras fornecem ao médico após falar com o paciente e o alinhamento da conduta terapêutica e orientações antes da próxima ligação.



Engajamento da equipe multidisciplinar e alinhamento de condutas técnicas: o trabalho dos promotores de saúde é essencialmente multidisciplinar e por vezes até transdisciplinar. É desafiador manter o diálogo e o alinhamento do cuidado entre diferentes saberes, de diferentes categorias profissionais (médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, etc.). A solução que uma operadora encontrou para ajudar nessa questão foi criar uma parceria com uma Universidade local a fim de realizar reuniões científicas quinzenais, regadas a um atrativo *coffee-break*; eventualmente, os professores universitários levam seus alunos para conhecer e discutir os casos com a equipe do programa. A aproximação com a universidade está sólida, ao ponto de se criar um curso de extensão na região para formar profissionais para atuar em programas preventivos semelhantes. Outra operadora adotou o caminho de contratar, preferencialmente, profissionais de saúde que se formaram ou fizeram pós-graduação na mesma Universidade; além disso, realiza reuniões científicas periódicas para alinhamento, às quais os profissionais são remunerados para participar (não concorrendo com o tempo do consultório).

Aumentar a adesão dos participantes e os resultados do programa: manter o participante inscrito, engajado no programa é uma árdua tarefa, a qual desafia constantemente a criatividade dos gestores assim como o orçamento. Em geral, os programas “premiam” a adesão às atividades do programa das mais diferentes formas: brindes, descontos, eliminação da coparticipação, etc. O problema é que essas premiações podem perder o efeito ao longo do tempo. Uma operadora, que, diga-se de passagem, tem profundo orgulho de seu programa de atividade física para doentes crônicos, montou e validou um protocolo no qual prevê viagens bem atrativas atreladas a metas de perda de peso e melhora do condicionamento físico (medido pelo consumo máximo de oxigênio – VO_2): se o participante entrar em condição física adequada para, por exemplo, esqui na neve na Patagônia (Argentina), em um período razoável de tempo, ele ganha 50% de desconto na viagem através de uma agência de turismo parceira. O resultado da iniciativa elevou os níveis de participação de 25% para quase 70%, e os resultados de efetividade de 30% para quase 80%, tornando o programa bastante famoso na região. Outra operadora adotou uma lógica de subsídios gradativos condicionados à participação no programa: o beneficiário que participar de 80% das atividades tem 100% dos seus exames, medicamentos, transporte e academia de ginástica subsidiado pelo programa; quem participar de 60% a 80% das atividades, libera apenas 70% do subsídio; e assim sucessivamente, quanto menor a participação, menor o subsídio, e vice-versa. O resultado se mostrou promissor, pois após a adoção desse regime a porcentagem de participações satisfatórias no programa aumentou de 45% para quase 75%.

Desenvolvimento e validação de instrumentos: em diversas situações clínicas é necessário tomar a decisão de estratificar um determinado paciente para um grupo de menor ou maior risco considerando o desfecho. Os instrumentos de triagem (questionários, testes, etc.), desde que validados e calibrados, cumprem bem esse papel. No entanto, nem sempre há instrumentos validados disponíveis para finalidade que se busca. Nessas situações, a opção é desenvolver e validar um instrumento para a determinada população-alvo que se quer triar. Essa tarefa demanda um alto rigor científico até que o instrumento possa ser considerado validado. Alguns gestores de programas têm conseguido apoio e meios para criar e validar instrumentos. Um deles é uma escala de estratificação de risco funcional para o paciente idoso, que uma operadora desenvolveu e que agora é amplamente aplicado no seu protocolo de atendimento. Outro instrumento bastante interessante, do ponto de vista de promoção de saúde, é uma escala que avalia conhecimento, crenças e atitudes do paciente diabético, o qual uma operadora carioca está em processo de validação. Esse instrumento é aplicado na triagem do paciente assim que ele se inscreve no programa; as dimensões em que o paciente apresenta maior vulnerabilidade (por exemplo, uso incorreto da insulina)



desencadeia ações específicas de educação em saúde. Assim, todo o caminho do paciente dentro do programa é construído a partir do instrumento. Ao final, a mesma escala é aplicada para avaliar o resultado da intervenção juntamente com marcadores biológicos. As operadoras estão sendo bastante estimuladas a publicar esses estudos em revistas científicas periódicas.

Obviamente, há um número grande de desafios assim como há uma fonte inesgotável de práticas promissoras entre esses programas aprovados e monitorados pela ANS. Neste capítulo, apenas algumas foram selecionadas e citadas para ajudar a incrementar a qualidade das ações e dos resultados dos programas. Essas práticas e muitas outras são enviadas e divulgadas periodicamente no portal do Laboratório de Inovação da Saúde Suplementar em <http://apsredes.org/site2013/saude-suplementar/>.

Métodos adotados na realização dessa pesquisa

As informações produzidas neste relatório foram baseadas em dois diferentes bancos de dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar. O primeiro deles foi extraído no dia 27 de dezembro de 2012 da base do *Formulário de cadastramento de programas de promoção e prevenção de riscos e doenças*, disponível no site da ANS, onde as operadoras de saúde submetem seus programas para análise. Nele constam os dados sobre os programas submetidos independentemente de terem sido aprovados ou não, tais como: o perfil da operadora; a denominação do programa; a data de início das atividades; a coordenação e respectivos contatos; a descrição das atividades do programa (local área de atenção à saúde e tema); desenvolvimento das ações (alocação e duração do investimento, a justificativa teórica para o mesmo, a equipe envolvida, o que é feito para o participante e os resultados esperados); métodos de identificação do público-alvo, ingresso dos beneficiários e cobertura da carteira; o gerenciamento das informações dos participantes; indicadores monitorados (de processo, resultado e cobertura); e referências bibliográficas relacionadas. Na figura 12, verifica-se que de 1.586 cadastros presentes no banco, 188 eram dos programas aprovados, os quais foram foco dessas análises.

O segundo banco de dados foi gerado a partir de um segundo formulário denominado “Falt” (formulário de alteração de programas) disponibilizado apenas para os coordenadores de programas aprovados, cuja finalidade é atualizar informações que ajudem no monitoramento da qualidade das ações pela ANS. Esse banco foi extraído no dia 31 de janeiro de 2013, contendo 228 registros referentes a atualizações de 81 programas aprovados diferentes (média de 2,8 registros por programa alterado).

A partir da chave-primária *código do formulário* presente nos dois bancos de dados foi possível integrar as informações e, assim, trabalhar com os dados mais atualizados possível dos programas aprovados. A versão final do banco de dados integrado continha 156 variáveis, sendo 2 do tipo data, 39 variáveis de texto aberto, 17 intervalares (números, porcentagens, etc.), 17 nominais dicotômicas do tipo sim/não e 81 do tipo múltiplas respostas do tipo presente/ausente.

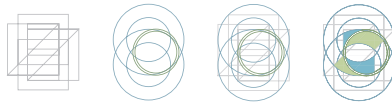
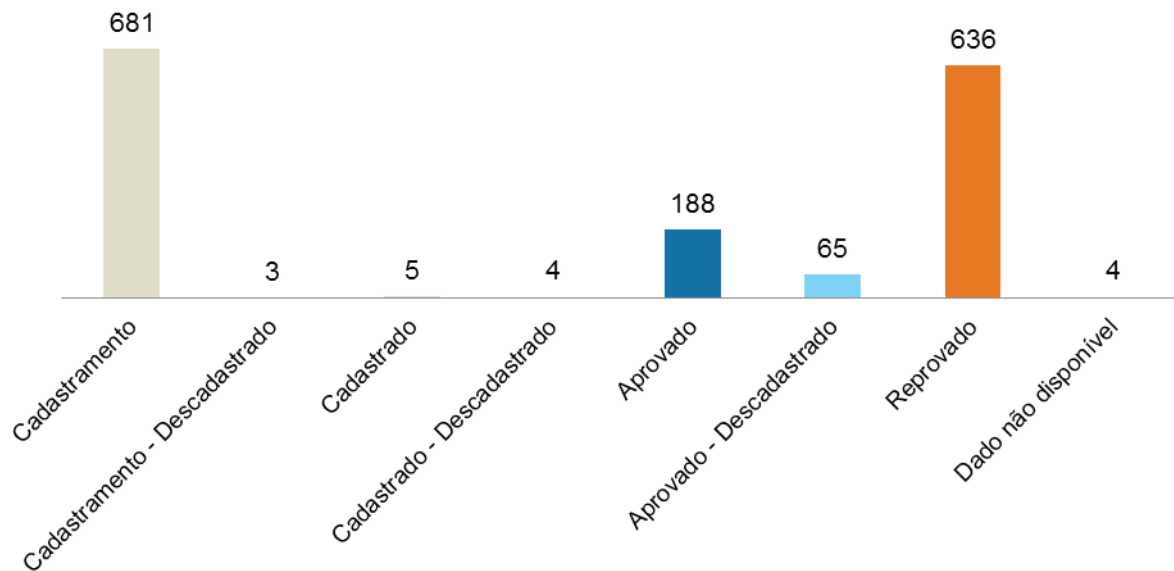


Figura 12. Número e situação dos programas no banco de dados em 27/dezembro/2012, de acordo com o *Formulário de cadastramento de programas de promoção e prevenção de riscos e doenças*



De acordo com os critérios da ANS (RNs 264 e 265), os programas aprovados devem obter cobertura de pelo menos 20% da população designada como elegível, isto é, ao final de um período de tempo espera-se que no mínimo um quinto das pessoas que poderiam se beneficiar do programa tenham tido a oportunidade de participar, se inscrito e possivelmente participado das intervenções.

Desta forma, mediante a impossibilidade de contatar os gestores de todos os 188 programas aprovados, optou-se por um recorte sistemático, adotando primeiramente o critério de cobertura 20% ou maior. Assim, 93 programas (49,5% do total) foram incluídos na listagem para serem contatados. Destes, vale ressaltar que apenas 17 (18%) tinham menos de um ano de implementação e ainda assim foram considerados elegíveis. Entre os 95 programas excluídos por não terem atingido cobertura mínima, 19% tinham menos de um ano de atividade, 64% tinham de 1 a 3 anos e 17% estavam plenamente implementados, com mais de 3 anos de atividade. A figura 13 ilustra esses dados.

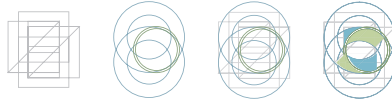
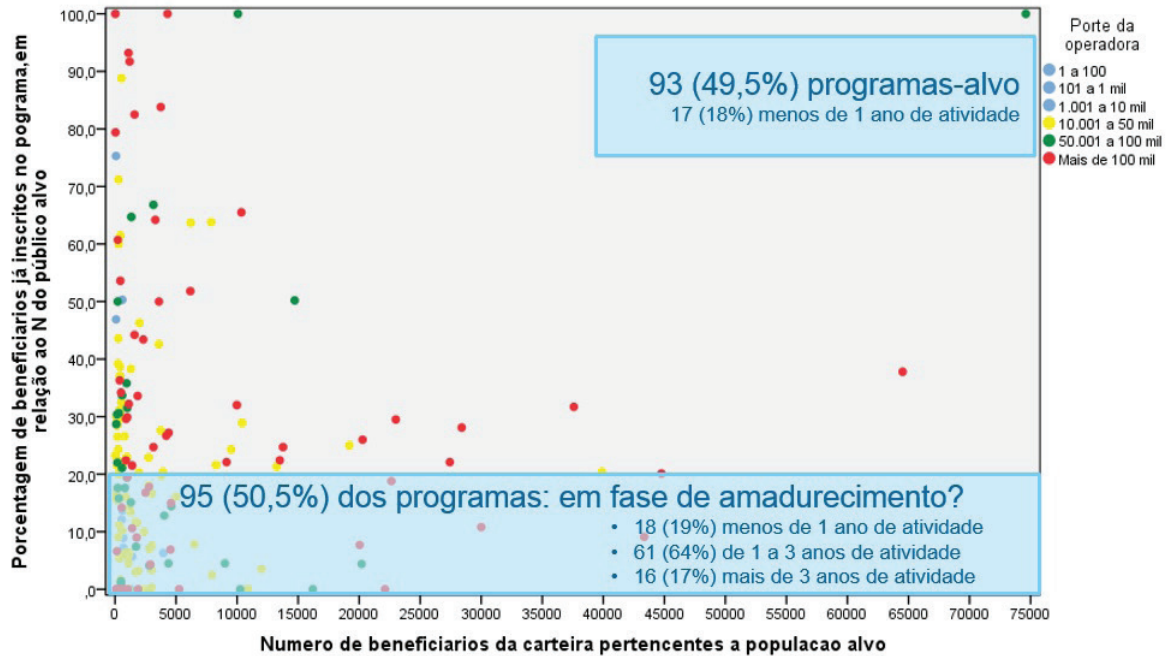


Figura 13. Dispersão dos programas de acordo com a porcentagem de beneficiários já inscritos, número da população-alvo e porte da operadora.



Uma vez incluídos os programas na listagem para contato, buscou-se estabelecer um critério racional para tentar garantir que programas de diferentes modalidade e focos de intervenção fossem contactados. A estratégia foi criar mais três níveis de estratificação para criar uma ordem a ser seguida nas ligações (vide figura 14):

1º. Os 93 programas incluídos foram listados em ordem decrescente de cobertura (de 100% a 20%) e depois por ordem decrescente de número de elegíveis estimado. Dessa forma, os programas com melhor cobertura e mais elegíveis subiram para o topo da lista.

2º. Após, respeitando a ordem criada, os programas foram separados em três sub-listas de acordo com a modalidade – *Promoção do envelhecimento ativo, População específica e Gerenciamento de doença crônica*.

3º. Finalmente, dentro de cada uma das três sub-listas, os programas foram reorganizados de acordo com o foco do cuidado seguindo a ordem de prevalência dos programas (descrita no relatório anterior): *Saúde do adulto e do idoso, Saúde da mulher, Saúde da criança, Saúde do homem e outros focos*.

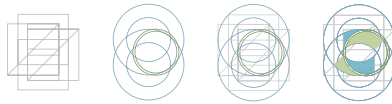


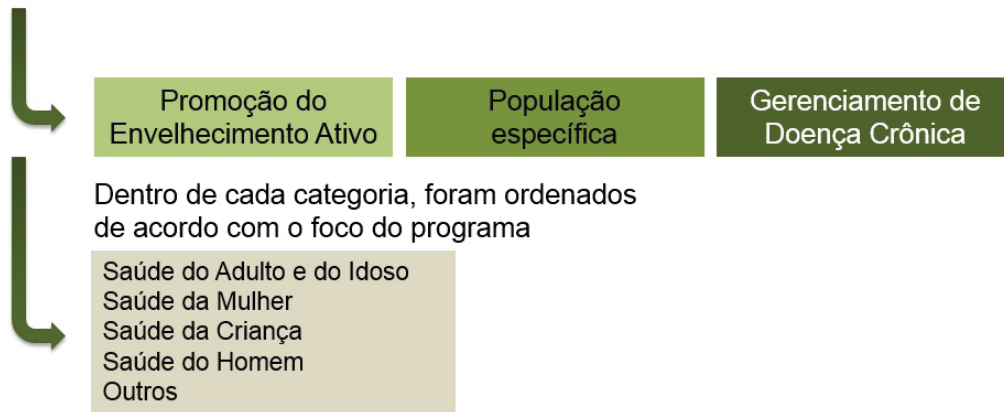
Figura 14. Resumo dos níveis de estratificação para seleção dos programas a serem contatados pelo pesquisador

93 programas: cobertura > 20%

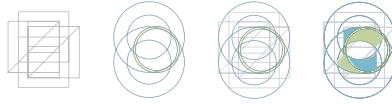
Listados em ordem decrescente de cobertura

Depois por ordem decrescente de número de elegíveis

Identificados e separados pelo modelo do programa



As entrevistas aos coordenadores dos programas aprovados e contatados seguiram um roteiro baseado no relatório da Care Continuum Alliance (2010), que discute os padrões de qualidade de programas voltados para a saúde da população num cenário de mercado e consumo de serviços. Portanto, na sequência serão apresentadas tabelas que ilustram a maturidade de gestão dos 16 programas contatados no período de junho e julho/2013.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Atun R, Jaffar S, Nishtar S, et al. (2013). Improving responsiveness of health systems to non-communicable diseases. *Lancet*, Vol:381, 0140-6736, Pages:690-697.

Bartholomew LK, Parcel GS, Kok G, Gottlieb NH, Fernandez ME. (2011). Planning Health Promotion Programs: An Intervention Mapping Approach. San Francisco: Josey-Bass, 3rd edition.

Care Continuum Alliance (2010). *Outcomes Guidelines Report, volume 5*. Washington, DC, EUA.

Gavin LE, Catalano RF, David-Ferdon C, Gloppen KM, Markham M. (2010). A Review of Positive Youth Development Programs That Promote Adolescent Sexual and Reproductive Health. *Journal of Adolescent Health*. Volume 46, Issue 3, Supplement, Pages S75-S91.

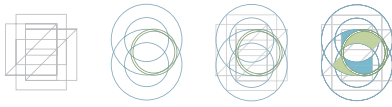
Girondi JBR, Santos SMA. (2011) Deficiência física em idosos e acessibilidade na atenção básica em saúde: revisão integrativa da literatura. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) jun;32(2):378-84.

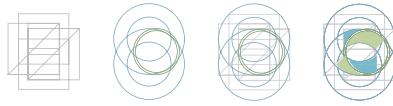
Jones, D. S., Podolsky, S. H., & Greene, J. A. (2012, June 21). The Burden of Disease and the Changing Task of Medicine. *The New England Journal of Medicine*, 366(25), pp. 2333-38.

Luecke, R. (2010). *Gerenciando Projetos Grandes e Pequenos - Harvard Business Essentials*. Record: Richard Luecke Editora.

Marin MJS, Lorenzetti D, Chacon MCM, Polo MC, Martins VS, Moreira SAC. (2013). As condições de vida e saúde de pessoas acima de 50 anos com deficiência e seus cuidadores em um município paulista. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*; 16(2):365-374.

Norman CD, Yip AL. (2013). Designing for Health Promotion, Social Innovation, and Complexity: The CoNEKTR Model for Wicked Problems. In: Sturmberg JP, Martin CM. *Handbook of Systems and Complexity in Health*. New York: Springer Science and Business Media, pp 581-593. DOI 10.1007/978-1-4614-4998-0_34
O'Donnell, Michel (org). Health promotion in the workplace. 3rd ed. Delmar Thomson Learning, 2006.





PERFIL DOS PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE RISCOS E DOENÇAS INSCRITOS E NÃO APROVADOS PELA ANS

Tatiana de Castro Amato

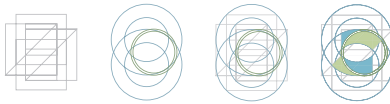
Este capítulo será dedicado a descrever os dados relativos aos programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças cadastrados por operadoras de planos de assistência à saúde na ANS, que tenham sido reprovados. Será apresentado o perfil técnico (atividades desenvolvidas, equipe, indicadores, população alvo, entre outros) dos programas, bem como pontos críticos, as fragilidades e os fatores que levaram à sua reprovação pela ANS.

A avaliação dos programas reprovados pela ANS, possibilitará a identificação dos desafios que precisam ser superados. Dessa forma, poderão ser úteis ao aprimoramento da abordagem preventiva das operadoras e outras instituições que queiram desenvolver atividades preventivas em saúde.

Os dados apresentados foram baseados em informações de dois bancos de dados fornecidos pela ANS. Os dados foram coletados pela própria Agência por meio de preenchimento de formulário eletrônico semiestruturado, o Formulário de Cadastramento de Programas de Promoção e Prevenção de Riscos e Doenças, preenchido pelas operadoras para cadastro de programas preventivos. Os dados são referentes aos programas cadastrados até 21 de dezembro de 2012. A partir dos formulários foram coletados dados sobre: o perfil da operadora; a denominação do programa; a data de início das atividades; a coordenação e respectivos contatos; a descrição das atividades do programa (local, área de atenção à saúde e tema); desenvolvimento das ações (alocação e duração do investimento, a justificativa teórica para o mesmo, a equipe envolvida, o que é feito para o participante e os resultados esperados); os métodos de identificação do público-alvo, ingresso dos beneficiários e cobertura da carteira; o gerenciamento das informações dos participantes; indicadores monitorados (de processo, resultado e cobertura); e referências bibliográficas relacionadas.

O segundo banco de dados foi gerado a partir da análise dos programas, com base nas informações fornecidas no referido formulário. As informações dos programas cadastrados foram analisadas por equipe de profissionais na ANS, e classificadas quanto a sua adequação, segundo os Critérios de Análise do Formulário de Cadastramento dos Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças. Os critérios de análise foram divididos em quatro categorias, quais sejam:

- 1) Regularidade do Envio dos Sistemas:** o SIP - Sistema de Informações de Produtos e o DIOPS - Documento de Informações Periódicas;
- 2) Pré-requisitos mínimos:** cobertura do programa, estratégias de identificação e ingresso da população alvo, sistema de acompanhamento dos beneficiários e responsável pelo programa;
- 3) Detalhamento do Plano de Ação:** descrição e relação do público alvo com a área de atenção do programa, parâmetros epidemiológicos que justifiquem o programa, adequação dos resultados às estratégias de prevenção utilizadas, equipe multiprofissional com formação universitária e atuação dos



profissionais no programa, alocação de investimento compatível com a proposta e bibliografia suficiente para embasar o programa; e

4) Indicadores para Monitoramento: ao menos 1 indicador de processo e resultado adequado, que permita avaliar as atividades e metas do programa e seja compatível com a área de atenção do programa.

A partir desses critérios 636 (77,2%) programas foram considerados reprovados e apenas 188 (22,8) foram aprovados. Os programas foram reprovados por não preencher um ou mais critérios exigidos pela ANS.

A fusão dos dois bancos de dados gerou um único banco, com 636 programas reprovados. Dentre eles, 551 possuíam registro sobre os critérios de análise dos programas. Dessa forma, 85 programas estavam com dados em branco para a maioria dos critérios de análise.

É relevante destacar que os programas podem ser submetidos mais de uma vez para aprovação. No processo de resubmissão eles sofreram alterações, portanto, não foram considerados programas repetidos. Dos 636 programas, 539 (85%) foram reprovados apenas uma vez, 76 (12%) programas reprovados duas vezes, 15 (2%) três vezes, 4 (0,6%) foram reprovados quatro vezes e 2 (0,3%) foram reprovados cinco vezes. Alguns programas reprovados foram aprovados posteriormente, ao realizarem modificações que justificassem sua aprovação. Da mesma forma, outros programas que foram aprovados anteriormente, ao se recadastrarem não conseguiram aprovação, possivelmente por modificações que não obedeciam aos critérios de análise usados pela ANS.

Perfil dos programas inscritos e não aprovados

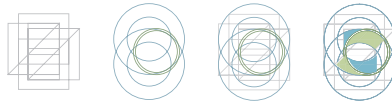
Nesta seção constam as características das operadoras que tiveram programas reprovados, bem como características dos próprios programas.

A variação de programas reprovados por operadora foi de 1 a 26 programas. Pouco mais da metade (57%) das operadoras tiveram ao menos 2 programas reprovados. A porcentagem de operadoras com 3 ou 4 programas reprovados foi de 22%; 17% tiveram de 5 a 10 programas reprovados e 4% tiveram de 11 a 26.

As cooperativas médicas são responsáveis por 55% dos programas reprovados, enquanto as cooperativas odontológicas e odontologia de grupo são responsáveis por menos de 2% das reprovações. Seguida das cooperativas médicas, a medicina de grupo (29%), a autogestão (9%) são as modalidades que mais reprovam.

As cooperativas médicas de médio porte (de 10 a 50 mil beneficiários) têm 26% do total de programas reprovados enquanto as de grande porte (mais de 100mil beneficiários) têm 14% (Tabela 1). A medicina de grupo de grande porte é a segunda com mais programas reprovados 16%. Dessa forma, nota-se que a proporção de programas reprovados quanto ao porte e modalidade da operadora está concentrado em cooperativas médicas de médio e grande porte, e em medicina de grupo de grande porte. As operadoras de pequeno porte (de 1 a 1mil beneficiários) não chegam a 5% do total de programas reprovados (Figura 4). Vale ressaltar que as cooperativas odontológicas e a odontologia de grupo têm minoria de programas reprovados (1,3%) independente do porte.

Mais da metade dos programas reprovados (63%) possuem abrangência municipal (Figura 5) e, mais uma vez, são mais frequentes em operadoras de médio (de 10 a 50 mil beneficiários) e grande porte



(mais de 100mil beneficiários) (Tabela 2). Os programas que abrangem grupos de municípios (27%) também possuem uma distribuição maior entre operadoras de médio e grande porte, respectivamente. Os programas com abrangência nacional correspondem a 4% e os que envolvem grupos de estados ou são estaduais somam 6% dos reprovados.

O principal foco de atenção dos programas reprovados está na saúde do adulto e do idoso (67%), seguido de saúde da mulher (21%) e da criança (7%). A saúde bucal (2%), mental (1%) e do adolescente (0,5%) são os focos de atenção menos prevalentes.

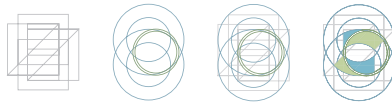
De modo geral, o perfil dos programas reprovados, quando comparado aos aprovados não foi diferente. A distribuição dos programas quanto a modalidade da operadora, abrangência local, número de beneficiários, porte da operadora e foco de atenção dos programas foi a mesma. Portanto, parece não haver relação entre a qualidade dos programas e perfil de quem os submete à ANS.

Dessa forma, apesar de ter mais programas reprovados em modalidades de operadoras do tipo cooperativas médicas e medicina de grupo, é precipitado concluir que as mesmas possuem menor qualidade sobre seus programas. O relatório de programas aprovados possui distribuição quanto à modalidade da operadora bastante similar. No entanto, a modalidade de cooperativa médica, apesar de representar 55% dos programas reprovados representa 24,3% das operadoras no mercado (ANS, 2008). Como a distribuição dos aprovados e reprovados foi similar quanto a modalidade das operadoras, sugere-se que as cooperativas médicas são as que mais submetem programas para avaliação da ANS, proporcionalmente à sua participação no mercado.

Para as operadoras de autogestão essa relação ficou invertida. Apesar dessa modalidade de operadora representar 16,8% das operadoras do mercado, apenas 9% dos programas foi submetido por esse tipo de operadora (ANS, 2008).

Outro dado relevante foi quanto a abrangência local dos programas, sendo a maioria municipal ou para grupo de municípios. Uma hipótese para explicar a restrição da abrangência pode ser falta de integração dos sistemas de informação dos programas. Apesar de todas possuírem um sistema de informação, falta informação intersetorial sobre os pacientes e possibilidade de integração das informações de forma intermunicipal. Uma outra hipótese seria as limitações quanto a validade externa dos programas. Entende-se por validade externa a capacidade do programa ser replicável e obter os mesmos resultados (Windsor, Baranowski, Clark & Cutter, 1994). Assim, supõe-se que esses programas seriam desenvolvidos para atender necessidades locais específicas e não faria sentido sua expansão para outras localidades.

Quanto ao foco de atenção, quase 90% dos programas propostos têm como foco principal a saúde do adulto, do idoso e saúde da mulher. Supõe-se que o foco de atenção seja guiado pelos índices de sinistralidade das operadoras. O programa preventivo seria uma forma de reduzir custos, além de oferecer cuidados à população atendida. Apesar de não haver dados publicados que respaldem esta hipótese, sugere-se que a mesma seja avaliada em estudos futuros. Além disso, o foco da população a ser beneficiada pelos programas prece seguir o perfil de beneficiários que mais procuram esses serviços – adulto, idoso e mulheres (Brasil, 2009). Este parece ser um bom critério uma vez que a população é de fácil acesso. No entanto, é preocupante na medida em que populações vulneráveis e com grande potencial de se beneficiar de programas preventivos não são priorizadas, como é o caso das crianças e adolescentes. Estima-se que as principais causas de mortes, doenças e incapacitações podem ser reduzidas se houver prevenção entre



crianças e adolescentes quanto ao uso indevido de álcool e tabaco, comportamentos de risco relacionados à violência, alimentação e higiene indevidas, sedentarismo e comportamento sexual de risco (WHO, 2011).

Crítérios de avaliação dos programas

Nesta seção estão descritos os critérios que levaram a reprovação dos programas.

Entre os pré-requisitos mínimos para aprovação do programas está o sistema de informação da operadora. A mesma deve, possuir um sistema de informação capaz de acompanhar os beneficiários do programa e também gerar indicadores que possam ser usados para possibilitar a gestão das informações. Apesar de todas as operadoras possuírem um sistema de informação, as funcionalidades desse sistema variam. Mais de 90% dos sistemas de informação permitem monitorar a frequência de participação nos inscritos e controlar a entrada e saída dos mesmos. Boa parte das operadoras também possui ferramentas para monitorar evolução dos inscritos no programa (89%) e resultados de exames (76%). A estratégia menos presente no sistema é a emissão de alerta para busca de inscritos (41%).

Outro pré-requisito mínimo é a cobertura de ao menos 20% do público alvo ao final do período de avaliação, que não foi cumprida por 20% dos programas reprovados. A média de cobertura foi de 35% do público alvo.

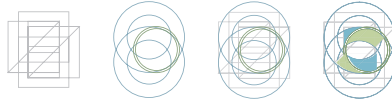
Quanto a descrição do público alvo, 14% das operadoras fez essa descrição adequadamente. Elas descreveram uma população que não está estritamente relacionada com a área de atenção do programa, incluindo todos os beneficiários, por exemplo. Outras descrições de população alvo foram muito abrangentes. Por exemplo, um dos programas para prevenção da hipertensão incluiu como público alvo todos os beneficiários acima de 30 anos.

Apesar da dificuldade em atingir e descrever a população alvo, apenas 1% dos programas não possuía estratégia de identificação da população alvo. No entanto, muito provavelmente essas estratégias não estavam articuladas com características específicas da população alvo, que aumentariam a cobertura/adesão ao programa.

De modo geral, todas as estratégias de identificação da população alvo foram bastante utilizadas pelas operadoras, todas as estratégias foram relatadas em mais de 70% dos programas (Figura 14). A única que chamou atenção devido ao número de registros em branco (24%) foi a utilização de questionários para identificação de fatores de risco, utilizada por 74% dos programas. Apesar dos dados em branco, parece que uma estratégia similar a ela (questionários para identificar perfil de saúde doença) também foi utilizada com frequência parecida (75%).

Assim como para a estratégia de identificação da população alvo, a estratégia de ingresso foi relatada em 87% dos programas. A busca ativa (94%), o encaminhamento pelos prestadores (85%) e a demanda espontânea (85%) foram estratégias de ingresso altamente relatadas. O mesmo não é válido para captação em sala de espera, que foi utilizada por metade dos programas reprovados.

Dos critérios apresentados até aqui, a adequação da justificativa foi o que apresentou maior frequência de reprovação (22%). Segundo avaliação da ANS, as justificativas não apresentaram parâmetros demográficos e/ou epidemiológicos que justificassem a área de atenção dos programas ou esses parâmetros estavam ausentes. Alguns programas adotavam uma abordagem ampla de temas a serem trabalhados, mas a



justificativa não embasava suficientemente todas as áreas. Às vezes eram apresentados dados epidemiológicos para uma delas e às vezes apenas era citado que havia alta prevalência de certa doença, por isso era fundamental um programa para preveni-la, mas sem explicitar a prevalência.

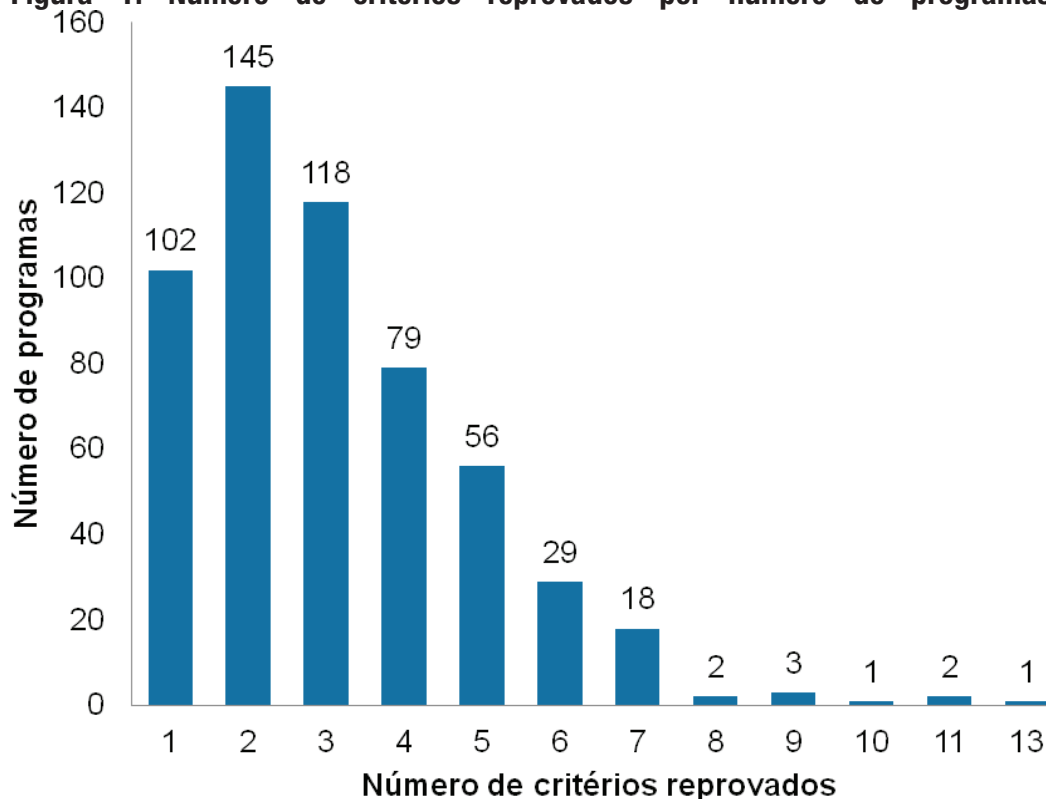
Praticamente a metade dos programas (51%) não possuíam atividades adequadas aos objetivos do programa. Para 32% dos programas reprovados foi constatada impossibilidade de alcançar os resultados esperados a partir das atividades propostas. Tais programas não descreveram os resultados esperados ou superestimaram as possibilidades de resultados a partir das atividades programadas.

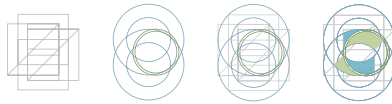
Quanto aos profissionais que executam os programas, 12% não envolveram equipe multiprofissional, com pelo menos três profissionais de nível superior. Em alguns casos havia um profissional de nível superior e os demais eram de nível técnico.

A bibliografia de 11% dos programas não era adequada ou não embasava as atividades propostas. Havia programas cuja bibliografia não vinha de fontes científicas, mas sim de sites da internet cujo conteúdo não passa pelo crivo de especialistas. Além disso, algumas referências estavam incompletas, o que impossibilitava de serem encontradas.

Os indicadores de processo e resultado foram alguns dos critérios que mais levaram a reprovação dos programas. Assim com a inadequação das atividades, os indicadores de processo foram responsáveis por 51% das reprovações. A inadequação dos indicadores de resultado respaldou a reprovação de 45% dos programas. Para ambos indicadores os motivos de reprovação foram parecidos, quais sejam: não foram descritos com clareza; os indicadores propostos são incompatíveis com a área de atenção e/ou temas do programa; e os indicadores proposto não permitem avaliar a estrutura e operação do programa.

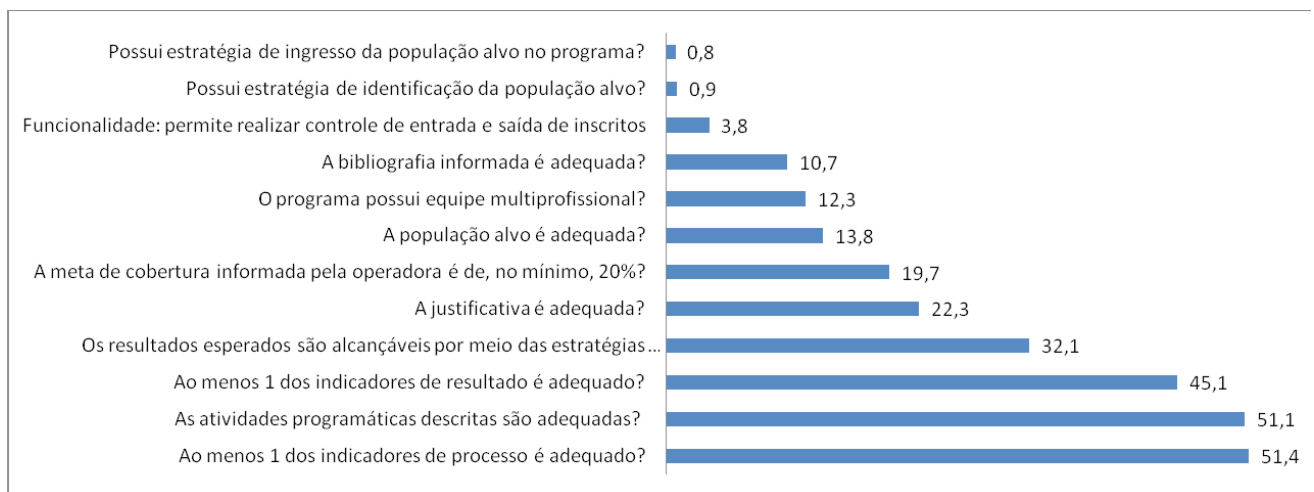
Figura 1. Número de critérios reprovados por número de programas (N=636)





Cerca de 60% dos programas foram reprovados com base em até três critérios (Figura 1). Um total de 13 critérios foram considerados para esta análise, quais sejam: cumprimento da meta de cobertura de 20% da população alvo; adequação da população alvo; possuir estratégia de ingresso da população alvo; possuir sistema de informação; possuir sistema de informação que permita controlar entrada e saída de usuários; adequação da população alvo quanto a área de atenção do programa; adequação da justificativa; adequação dos resultados frente as atividades propostas; possuir equipe multiprofissional; adequação das atividades quanto aos resultados esperados; adequação da bibliografia; adequação de ao menos um indicador de processo e de resultado. Pelo menos metade dos programas foram reprovados por não apresentarem indicador de processo e atividades adequadas (Figura 2).

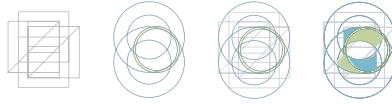
Figura 2. Resumo dos critérios que não foram preenchidos pelos programas reprovados (n=636).



Cerca de 60% dos programas foram reprovados com base em até três critérios e muito provavelmente ao menos dois desses critérios estavam relacionados com inadequação das atividades e/ou dos indicadores de processo e de resultado. Os quatro principais critérios responsáveis pela reprovação dos programas foram: a inadequação dos indicadores de processo; a inadequação das atividades programadas em relação a área de atuação; a inadequação dos indicadores de resultado; e a inadequação dos resultados esperados em função das atividades programadas, nessa ordem. De modo geral, a coerência interna dos programas mostrou fragilidades de adequação quanto a justificativa, atividades, resultados e indicadores.

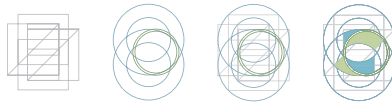
Os programas de prevenção são estratégias de saúde com potencial dificuldade de provar sua validade interna, ou seja, de provar o quanto uma intervenção de fato provocou os resultados observados (Windsor, Baranowski, Clark & Cutter, 1994). A falta de controle sobre os procedimentos (atividades) que os beneficiários participaram, a inadequação dos indicadores de resultado e processo são pontos fundamentais que comprometem a validade interna de qualquer intervenção e não foram bem delineados por metade dos programas reprovados. Tais pontos críticos minam tanto a implementação dos programas no serviço, como o potencial de inovação e melhora da qualidade dos programas ao longo do tempo.

Para que essas inadequações sejam minimizadas seria necessária a melhoria da aplicação de conhecimento sobre as técnicas preventivas mais afetivas; indicadores de saúde que justifiquem o programa preventivo; conhecimento sobre as reais necessidades do público alvo; entre outras iniciativas. A dificuldade no manejo da informação também ficou clara na falta de utilização de parâmetros epidemiológicos e



demográficos na justificativa dos programas reprovados, e também na superestimação dos resultados a partir das atividades programadas. Esses aspectos estão relacionados com a gestão da informação em saúde e estão descritos na “Cartilha para Modelagem de Programas Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças” da ANS (ANS, 2011). Possivelmente serão necessárias outras frentes de capacitação aos profissionais para modelagem de programas preventivos. A literatura científica tem mostrado que o treinamento adequado de gestores e dos profissionais de saúde poderia melhorar a qualidade dos programas (Chapman, Murphy, Kiernan & Goldenhar, 1996; Ronzani, Mota & Souza, 2009; Chapman, Blackman; 2010).

Sobre as estratégias de identificação do beneficiário vale destacar que entre as formas de identificação de beneficiários utilizadas pelas operadoras, as menos frequentes foram a utilização de questionários para identificar fatores de risco e para traçar o perfil saúde/doença dos beneficiários. Tal estratégia de rastreio é tida como uma das mais efetivas para detecção precoce e direcionamento da intervenção mais adequada aos pacientes (Mdege & Watson, 2013; Robbins et al, 2013).



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil) (2008). Análise dos resultados obtidos a partir do Requerimento de Informações sobre os Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças desenvolvidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde – 2ª parte. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar.

ANS - Agencia Nacional de Saúde Suplementar (Brasil) (2011). Cartilha para a modelagem de programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças / Agencia Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Rio de Janeiro : ANS, 80 p.

BRASIL (2009). Vigitel Brasil 2008, Saúde Suplementar: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde.

Chapman L, Blackman J (2010). Using supported learning to ensure nurse recruits are skilled to care for acutely ill patients. *Nursing Times*. 106(11):10-1.

Chapman LJ, Murphy DJ, Kiernan NE, Goldenhar L (1996). An improved model for professional conferences and workshops. *American Journal of Industrial Medicine*. 29(4):342-5.

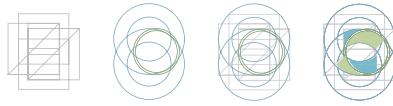
Mdege ND, Watson J (2013). Predictors of study setting (primary care vs. hospital setting) among studies of the effectiveness of brief interventions among heavy alcohol users: A systematic review. *Drug and Alcohol Review*. March 11. doi: 10.1111/dar.12036.

Robbins CL, Keyserling TC, Pitts SB, Morrow J, Majette N, Sisneros JA, Ronay A, Farr SL, Urrutia RP, Dietz PM (2013). Screening Low-Income Women of Reproductive Age for Cardiovascular Disease Risk Factors. *Journal of Women's Health (Larchmt)*. 2013 Mar 26. [Epub ahead of print].

Ronzani, Telmo Mota, Mota, Daniela Cristina Belchior, & Souza, Isabel Cristina Weiss de. (2009). Prevenção do uso de álcool na atenção primária em municípios do estado de Minas Gerais. *Revista de Saúde Pública*, 43(Supl. 1), 51-61.

WHO – World Health Organization (2011). School health and youth health promotion: facts. Acesso em 01-06-2011, disponível em http://www.who.int/school_youth_health/facts/en/index.html.

Windsor, R., Baranowski, T., Clark., and Cutter, G. (1994). Evaluation of health promotion, health education and disease prevention programs. Mountain View, California: Mayfield Publishing Company.



METODOLOGIA DE GESTÃO DE PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS NO ÂMBITO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

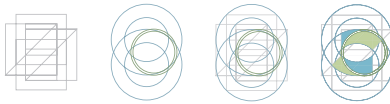
Alberto J.N. Ogata
Katia Audi
Martha Regina Oliveira
Michelle Mello

De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil, 2011), os seguintes aspectos devem ser considerados para a estruturação de um programa para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças:

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.

A instituição norte-americana "Wellness Councils of America – WELCOA" reúne mais de 3.000 organizações, foi há mais de 20 anos e tem buscado oferecer subsídios para que as empresas tenham programas de promoção de saúde bem estruturados e efetivos. A WELCOA propõe um modelo de gestão de programas, que serve como base para a seleção e classificação das melhores práticas no ambiente corporativo e nas organizações públicas e que também pode ser aplicado às operadoras de saúde. O modelo da WELCOA está baseado nos sete "Cs" (em inglês): (1) Concentration on Senior Level Support, (2) Creating Cohesive Wellness Team (3) Collecting Data to Drive Programming Efforts (4) Crafting an Operating Plan (5) Choosing Appropriate Interventions (6) Creating a Supportive Environment (7) Consistently Evaluating Outcomes. Em Português, esses sete "Cs" podem ser descritos como:

1. **Apoio dos Gestores** – o primeiro passo é obter um amplo apoio dos gestores, que é considerado crítico para o sucesso do programa, pois deles depende a liberação do orçamento, a política de comunicação e a agenda da organização. É muito difícil ter êxito nas demais etapas sem este suporte, particularmente quando proposto por agentes externos, como as operadoras de saúde.
2. **Criar Comitês de Saúde** – estes grupos devem ser coesos e integrados, e têm por objetivo realizar o planejamento estratégico do programa, manter o foco e buscar os melhores resultados. Possibilitam, também, uma melhor distribuição das tarefas e responsabilidades e permitem a integração com as áreas de saúde ocupacional, recursos humanos e comunicação, maximizando os resultados.



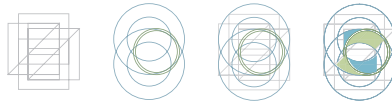
3. **Coletar Informações que Orientem a Gestão do Programa** - a primeira tarefa do grupo não é iniciar atividades e lançá-las de maneira precipitada. É importante procurar conhecer a realidade e as prioridades da organização, bem como, os interesses e as necessidades em saúde das pessoas. Em geral, são utilizados questionários, pesquisas de clima organizacional, análises dos fatores de risco em saúde, avaliações de saúde, informações das áreas de recursos humanos, saúde ocupacional e de frequência e utilização do sistema de saúde.
4. **Construir um Plano de Ação** – é o pilar sobre o qual serão conduzidas as ações. Deve incluir, pelo menos, a missão e a visão do programa, os objetivos gerais e específicos, a implantação, comunicação, orçamento e metodologia de avaliação. É o guia das ações a serem conduzidas.
5. **Escolher as Melhores Intervenções** – elas deverão ser selecionadas de acordo com a pesquisa de necessidades e interesses já realizada, o perfil de risco da população, os canais de comunicação e o orçamento disponível. Buscar se as intervenções que foram testadas são baseadas em evidências científicas.
6. **Criar um Ambiente de Suporte** – esforço coordenado para uma transformação organizacional, para um ambiente de trabalho saudável, inclusive com modificação de aspectos culturais e estruturais. As mudanças em prol de um ambiente de suporte permitirão a manutenção dos hábitos saudáveis dos empregados e demonstrarão o comprometimento da empresa.
7. **Avaliar de Maneira Consistente** – buscar examinar cuidadosamente e determinar o valor de cada ação, isto é, se atingiu os resultados propostos no planejamento. Utilizar as melhores ferramentas de avaliação que podem incluir indicadores de retorno sobre o investimento, absenteísmo, presenteísmo, produtividade, *turnover*, acidentes no trabalho, aposentadorias precoces, causas e duração das internações, uso do sistema de saúde, doenças mais prevalentes na população.

No Brasil, a análise descritiva dos programas aprovados e reprovados pela ANS demonstrou a necessidade de capacitação dos gestores e responsáveis por estas áreas, particularmente na metodologia baseada em evidências científicas e que produzem retornos comprovados sobre os esforços e investimentos realizados.

Na saúde suplementar no Brasil, é importante utilizar a proposta metodológica feita pela ANS para que esta possa ser continuamente aprimorada, que se possam buscar práticas inovadoras e efetivas e, finalmente, para que as operadoras de saúde sejam habilitadas a receberem os incentivos da ANS para os programas aprovados.

Neste sentido, a referida metodologia está detalhada na “Manual Técnico para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar” e na “Cartilha para Modelagem de Programa para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças” publicados em 2011(Brasil, 2011).

Para a otimização da gestão em saúde, as informações são essenciais, entretanto, elas precisam ser sistematizadas e analisadas para que possibilitem um adequado planejamento, implementação e avaliação dos resultados esperados subsidiando, quando necessário, o ajuste das estratégias programadas. Freitas e col. (2011) realizaram entrevistas telefônicas com as operadoras de saúde sediadas no Estado de Minas



Gerais buscando coletar informações quanto aos modelos assistenciais implantados antes e depois do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar (PQSS), que também é um instrumento regulatório que procura estimular as operadoras de saúde a se transformarem em produtores de cuidados de saúde. Dentre os dados pesquisados, a comunicação das operadoras de saúde com os beneficiários ocorreu predominantemente através de catálogos de prestadores (71,3%) e manuais e informações pela internet. A seleção de profissionais e prestadores foi feita predominantemente pela reputação dos profissionais. Conclui-se que há necessidade do aprimoramento constante dos modelos assistenciais adotados pelas operadoras de saúde para que as ações sejam mais efetivas e se evitem redundâncias e desperdícios.

Constata-se a necessidade das operadoras de saúde buscar, em sua operação, utilizar indicadores propostos pela ANS (2009) para a melhoria cada vez maior do cuidado dos seus associados, a saber:

- captação precoce dos casos;
- acompanhamento dos casos;
- sensibilização e pactuação com os prestadores sobre a importância da prevenção e da qualidade da assistência;
- divulgação de metas e dos indicadores junto aos prestadores;
- sistemas de informações que definam o perfil epidemiológico dos beneficiários.

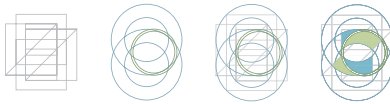
Neste contexto, a ANS propôs algumas etapas da elaboração dos programas onde a informação é essencial:

1. Definição do Perfil da Carteira de Beneficiários: aspectos demográficos (faixa etária, gênero), características epidemiológicas (fatores de risco, estilo de vida);
2. Definição da população a ser escolhida para cada modelagem de programa;
3. Definição dos recursos necessários para a estruturação do programa (recursos humanos, financeiros, técnicos, rede de prestadores e incentivos para a adesão do beneficiário);
4. Definição das atividades mais adequadas para alcanças os resultados esperados na população selecionada;
5. Definição sobre como monitorar o programa e como avaliar os resultados;
6. Definição dos indicadores (de processo, estrutura e resultado) a serem utilizados para a avaliação do programa.

A adequada gestão da informação em saúde durante o desenvolvimento de um programa de promoção de saúde é de extrema relevância para que os resultados esperados possam ser alcançados, de forma a evitar que:

1. A população alvo escolhida não seja a mais indicada;
2. As atividades desenvolvidas não levem aos resultados esperados;
3. Indicadores de processo não mensurem aspectos como oferta, utilização e cobertura;
4. Indicadores de resultado não avaliem a efetividade das ações do programa, por meio de aspectos como: redução da presença de fatores de risco e da incidência e/ou prevalência de doenças; e
5. As metas quantitativas e qualitativas não reflitam os objetivos do programa.

A Avaliação Diagnóstica é uma ampla investigação que nos fornece informações importantes sobre as



características da população, o perfil de saúde e estilo de vida dos participantes e sobre as expectativas, necessidades e interesses da população-alvo. Esses conhecimentos sobre comportamentos, atitudes, preferências, histórico médico, prontidão para mudanças fornecidos a partir da avaliação são absolutamente essenciais em qualquer intervenção nessa área. O planejamento adequado só é possível com os dados e as informações levantados. Sem a avaliação inicial não se pode garantir que o programa irá alcançar a eficácia pretendida com suas ações. Uma avaliação bem realizada agiliza as decisões a partir das informações disponibilizadas nesta etapa, serve de referência para se traçar o objetivo do programa, facilita e orienta as escolhas das ações, instrumentaliza para o planejamento e aperfeiçoa a alocação de pessoas e recursos adequados, e torna-se a referência para o ponto de partida do programa.

Cabe mencionar que na saúde suplementar já existe uma grande quantidade e variedade de dados disponíveis que, se sistematizados e analisados adequadamente, poderão fornecer informações relevantes para a gestão do programa. Dessa forma, os dados disponíveis nos diversos sistemas de informações da ANS, entre eles, os dados assistenciais do SIP- Sistema de Informação de Produtos, os dados cadastrais do SIB- Sistema de Informações de Beneficiários os dados econômico-financeiros do DIOPS - Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Saúde, poderão ser utilizados pelas operadoras para planejar, implementar e avaliar os programas.

Exemplos:

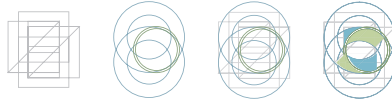
1. A partir dos dados cadastrais que alimentam o SIB a operadora poderá coletar características da população como sexo, faixa etária, local de residência que serão importantes para seleção da população-alvo do programa.
2. Dos dados que alimentam o SIP a operadora poderá coletar informações como perfil de utilização de procedimentos preventivos, consultas, exames, terapias e internações.
3. Dos dados que alimentam o DIOPS a operadora poderá coletar informações sobre a receita e despesa dos procedimentos e eventos em saúde.

Nas guias Padrão para Troca de Informação de Saúde Suplementar (TISS) também estão disponíveis uma variedade de informações que poderão ser utilizadas pelas operadoras.

Exemplos:

- A. Guia de Consulta: dados sobre o atendimento, especialidade do profissional.
- B. Guia de Solicitação de Serviços Profissionais/Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT): dados da solicitação, quantidade e tipo do exame, especialidade do profissional, hipótese diagnóstica.
- C. Guia de Solicitação de Internação: dados da solicitação, regime de internação, desfecho da internação.
- D. Guia de Tratamento Odontológico: dados sobre condição clínica, solicitação e realização de procedimentos odontológicos.

A partir da análise das informações disponíveis na operadora é possível iniciar o delineamento dos



programas para promoção de saúde e prevenção de risco e doenças. Para tal, faz-se necessário definir a população para a qual se destina o programa. Esta população poderá ser definida conforme alguns critérios, entre eles: faixa etária; sexo; presença de agravos ou fatores de risco; prevalência de doenças; indivíduos com comorbidades e risco de maior demanda assistencial; pessoas em fases ou ciclos da vida que requeiram atenção especial.

Avaliação dos Programas

Os programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças são criados para obter resultados específicos ou impacto em um determinado grupo bem definido, em um período de tempo determinado. Neste contexto, a avaliação se refere à aplicação sistemática de procedimentos de pesquisa para avaliar a conceituação, desenho, implementação e utilidade das intervenções. É utilizada para determinar quais programas são efetivos e como atingiram estes resultados para que possam ser replicados. Este campo está em constante evolução porque é um componente integral do processo de promoção da saúde e, por isso deve ser incluído em todos os programas. Ela não deve ser enxergada como uma atividade isolada, mas como algo que contribui para definir e mensurar os objetivos e guiar as atividades futuras. Além disso, com a restrição de recursos, os gestores precisam de suporte à decisão sobre quais programas investir e quais devem ser descontinuados. Valente (2002) propõe o seguinte fluxo para a avaliação:

- identificação e investigação das necessidades do programa e dos clientes;
- formação – observações, entrevistas, grupos focais, mapeamento;
- desenho – instrumentos, métodos de monitoramento;
- coleta de dados – informações da linha de base, monitorar a implementação do programa, coletar dados do *follow-up*;
- análise – determinar o impacto e os resultados;
- interpretar – discutir os resultados com os grupos de interesse e interpretar os resultados;
- disseminar as conclusões.

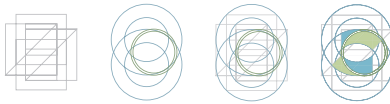
Em geral, os recursos financeiros alocados para os programas são escassos e isso tem sido utilizado por alguns gestores como uma barreira para uma avaliação adequada. De acordo com Valente (2008), cerca de 10 a 15% do orçamento do programa deve ser destinado para a avaliação, sendo maior nos programas novos ou se o programa é crítico ou estratégico ou se ele é o primeiro de uma série de atividades que serão realizadas na sequência.

McKenzie e Smeltzer (2001) salientam os principais problemas na condução da avaliação:

(1) Expertise - os gestores dos programas não têm conhecimentos suficientes para uma avaliação técnica ou os avaliadores não conhecem bem os programas de promoção de saúde.

(2) Operacionais – pouco acesso aos dados, dificuldade na avaliação dos dados disponíveis ou o gestor não previu a avaliação no planejamento.

(3) Custos – especialistas caros, testes precisos exigem processos de custo elevado. A avaliação não deve custar mais do que 5 a 10% do orçamento do programa. No entanto, procedimentos amplos tomam tempo e exigem altos investimentos.



(4) Medidas - Ausência de boas medidas ou dificuldade para validar os dados. Às vezes as mudanças ocorrem lentamente e há dificuldades na avaliação. Pode haver dificuldades na distinção das causas e efeitos. É difícil avaliar programas de diversos níveis e intervenções.

A avaliação do retorno sobre o investimento (ROI) pode envolver a análise de múltiplas variáveis (custos de assistência médica, produtividade, acidentes do trabalho, etc), ao longo de um período superior a 24 meses e deve envolver metodologia adequada. Uma avaliação ampla, com múltiplas variáveis pode envolver profissionais especializados e ter custo elevado. O gestor pode utilizar resultados obtidos na literatura especializada ou realizar uma avaliação simplificada.

Serxner, Baker e Gold (2006) destacam algumas questões metodológicas que podem contribuir para os profissionais que desejam avaliar o retorno sobre o investimento nos programas:

a. Calibrar o foco da avaliação: em geral, analisam-se os custos (por exemplo, a sinistralidade) e não a utilização, individual ou da população (por exemplo, consultas médicas, exames laboratoriais, internações hospitalares e uso de medicamentos). A utilização tem relação mais direta com o impacto dos programas do que os custos, que sofrem mais variações com questões como negociações contratuais, atualizações pela inflação ou aumento das carteiras. A análise de utilização pode ser feita baseada na data da prestação do serviço e não na do pagamento ou do processamento, possibilitando análises históricas confiáveis. Além disso, sugere a conversão em unidades de serviço na unidade de custo no momento da avaliação, evitando os riscos da volatilidade dos custos ao longo do tempo.

b. Utilizar o parâmetro pré-programa: análise retrospectiva de 12 a 24 meses, pelo menos.

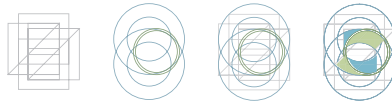
c. Determinar o retorno sobre o investimento através da comparação dos custos totais ao longo de um ano: por exemplo, com assistência médica, com os gastos totais com o programa (diretos e indiretos). Realizar os ajustes apropriados (por exemplo, com a inflação).

Em uma organização, preferencialmente a análise do ROI não deve se restringir aos custos com assistência médica. Sabe-se que questões como o presenteísmo, absenteísmo, treinamento, acidentes no trabalho e aposentadorias precoces apresentam impacto econômico maior sobre o custo com capital humano.

Resumindo, Chapman (2005) apresenta os critérios para que a infraestrutura de um programa seja considerada sustentável:

1. Nível aceitável de efetividade das ações em termos de indicadores econômicos e de saúde da população-alvo;
2. Capacidade do programa de atender a 100% da população-alvo;
3. Ser aceito e valorizado pela população-alvo (legitimidade);
4. Ser eficiente do ponto de vista administrativo;
5. Custo anual do programa por participante em níveis aceitáveis;
6. Percebido como estrategicamente importante pela organização;
7. Produz indicadores e métricas que tenham credibilidade.

Conclui Chenoweth (2002) que a crescente preocupação das empresas com os custos faz com que a avaliação seja cada vez mais importante. Ela deve ser bem elaborada para fornecer aos gestores dos



programas resultados que determine a efetividade das ações, bem como seus custos e benefícios. A avaliação deve determinar como um programa pode ser aprimorado, com uma apresentação cronológica e revisões periódicas e com comparação de custos e benefícios. As conclusões devem ser organizadas em:

- (1) processo;
- (2) impacto;
- (3) resultado.

Concluimos que a avaliação assume um papel cada vez mais importante, visto que os sistemas de saúde têm demandas crescentes, recursos financeiros e humanos limitados e os gestores precisam tomar decisões e planejar para obter os melhores resultados para as pessoas e as organizações.

MODELAGEM DOS PROGRAMAS

A. Programas para gerenciamento de crônicos

Doenças crônicas são aquelas de desenvolvimento lento, que duram períodos extensos – mais de seis meses – e apresentam efeitos de longo prazo, difíceis de prever. A maioria dessas doenças não tem cura, como diabetes, asma, doença de Alzheimer, hipertensão, hepatites e AIDS. Entretanto, várias delas podem ser prevenidas ou controladas por meio da detecção precoce, adoção de dieta e hábitos saudáveis, prática de exercícios físicos e acesso ao tratamento adequado, recomendado pelo profissional de saúde.

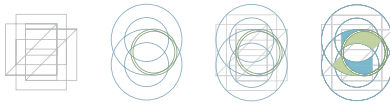
Não é por outra razão que as doenças crônicas têm se tornado uma prioridade. Nesse cenário, é recomendável o desenvolvimento de programas para o gerenciamento dessas doenças por meio de um conjunto de estratégias assistenciais e educacionais orientadas para um grupo de indivíduos portadores de doenças crônicas com potencial risco de agravamento e, conseqüentemente, com a necessidade de um aporte de tecnologias mais complexas e de maior custo. Nesse tipo de programa verificamos maior ênfase nas ações de prevenção secundária (diagnóstico precoce e tratamento para impedir agravamento da doença) e prevenção terciária (ações de reabilitação), visando à diminuição da morbidade e redução dos anos perdidos por incapacidade.

Essa modelagem caracteriza-se por uma abordagem prospectiva, doença-específica, que integra a prestação dos cuidados de saúde em todas as suas etapas, mesmo nos períodos de remissão da doença.

Em linhas gerais, os objetivos de um programa para gerenciamento de crônicos são: identificar os indivíduos doentes, cujo agravamento poderá levar a uma assistência mais complexa e dispendiosa; prevenir as exacerbações e complicações das doenças; oferecer uma assistência de qualidade com tecnologias de cuidados diversas; aumentar o envolvimento do paciente no auto-cuidado; construir uma base de dados sobre os doentes crônicos da carteira.

Tendo em vista a complexidade sistêmica e a natureza multifatorial das doenças crônicas, bem como das comorbidades associadas, a definição do escopo das atividades programáticas e a capacitação de equipe multidisciplinar são imperativas para o sucesso do programa.

Faz-se necessária, também, a articulação dos programas com a rede prestadora de serviços de saúde no que tange à garantia de fluxos integrados entre os beneficiários e os diversos serviços necessários à sua



assistência. Essa é uma estratégia de grande importância para o gerenciamento do cuidado a pessoas portadoras de doenças crônicas. Gerenciar um indivíduo doente é também acompanhar e, principalmente, orientar sua trajetória nos diversos serviços de saúde, cuidando para não haver sobreposição de tratamentos, interação medicamentosa, tratamentos sem evidência científica, entre outros.

Além disso, os benefícios da adesão ao tratamento se estendem não só aos pacientes, mas às famílias, aos prestadores de serviços de saúde e à economia do país. O beneficiário passa a ter a sua condição crônica controlada, podendo, na maioria das vezes, manter uma vida saudável e economicamente ativa, tem maior autonomia e diminuindo a dependência dos cuidados da família. O prestador de serviços de saúde economiza com a redução de internações emergenciais e intervenções cirúrgicas e a economia ganha com o aumento da produtividade.

Os critérios abaixo são exemplos que poderão ser utilizados pela operadora para a identificação dos beneficiários elegíveis aos programas para gerenciamento de crônicos:

1. Indivíduos portadores de doenças crônicas com risco assistencial associado; ou
2. Gravidade da doença e subcategorias de doenças; ou
3. Perfil de utilização de exames, procedimentos, internações; ou
4. Histórico de recorrência e sazonalidade da doença; ou
5. Outros marcadores epidemiológicos identificados pela operadora.

Os programas voltados para o gerenciamento de crônicos poderão ter a população definida conforme o exemplo abaixo:

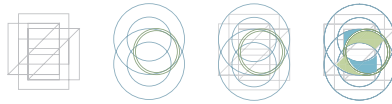
Uma determinada operadora decidiu realizar um programa para os beneficiários portadores de diabetes e com risco assistencial.

Os beneficiários elegíveis para o programa poderão ser:

1. Todos os diabéticos com risco da carteira da operadora; ou
2. Diabéticos com risco de um contrato coletivo com a Empresa A; ou
3. Diabéticos com risco de todos os contratos individuais; ou
4. Diabéticos com risco residentes na Região X ou na Cidade Y; ou
5. Diabéticos com risco usuários de um prestador de serviço W.

De acordo com Nuovo (2007) um programa de gestão de crônicos de sucesso deve ter os seguintes componentes:

- um registro adequado de pacientes para convidar e monitorar a participação nas atividades do programa;
- utilizar um plano de ação, desenvolvido com cada paciente, incluindo a responsabilidade para cada membro da equipe multiprofissional;
- possibilitar o acesso ao paciente de programas de auto-cuidado em saúde;
- visitas ao paciente da equipe de saúde onde os interesses e dúvidas são abordados, possibilitando um aprendizado mútuo;
- propiciar recursos remotos (telefone, internet, e-mail, etc);
- gestão de caso com comunicação remota;



- prontuário eletrônico para garantir a continuidade e a integração do cuidado.

Neste contexto, um bom exemplo é a abordagem do diabetes que causa um risco de morte de 1,9 e 2,6 vezes maior, respectivamente para homens e mulheres em relação aos não diabéticos (Lee, 2000) e está relacionada a uma redução de 12 a 14 anos na expectativa de vida. Além disso, é causa importante de morbidade com problemas vasculares (doença coronariana, derrame cerebral, amputações de membros, retinopatia, cegueira e nefropatias). De acordo com Jaminson et al (2006) há evidências de intervenções efetivas nas abordagens para reduzir a morbimortalidade da doença:

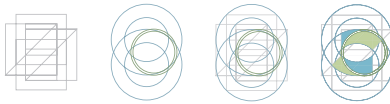
a. Prevenção do diabetes:

- i. Intervenções no estilo de vida (alimentação, atividade física, tabagismo) – redução de 23-58% na incidência de diabetes tipo 2 em pessoas de alto risco;
- ii. Uso de metformina – redução de 25-31% na incidência de diabetes tipo 2 em pacientes de alto risco.

b. Tratamento do diabetes e de suas complicações:

- i. Controle glicêmico em pessoas com nível de hemoglobina glicada (HBA1C) superior a 9% – redução de 30% em doenças microvasculares para cada 1% de redução no nível de HBA1C;
- ii. Controle da pressão arterial em pessoas com PA superior a 160 x 95 mmHg – redução de 35% em doenças microvasculares por cada redução de 10mmHg na PA;
- iii. Controle dos níveis de colesterol superiores a 200mg/Dl – redução de 25-55% em doença coronariana;
- iv. Exame oftalmológico anual – redução de 60 a 70% em perda visual grave;
- v. Vacinação contra influenza em idosos com diabetes tipo 2 – redução de 32% em hospitalizações;
- vi. Cuidados com os pés em pessoas de alto risco de úlceras – redução de 50 a 60% em doenças sérias nos pés.

Outro exemplo é a abordagem das doenças cardiovasculares que abrangem várias condições que envolvem o coração e o sistema vascular que irriga o cérebro, o coração e outros órgãos vitais. Os principais fatores de risco para estas doenças são o tabagismo, a hipertensão arterial, o diabetes, obesidade, inatividade física e níveis de colesterol elevados. Neste contexto, a abordagem do estilo de vida com o estímulo a atividade física, alimentação saudável e cessação do tabagismo levam a redução da morbimortalidade associada a estas doenças. O maior impacto é obtido através de intervenções populacionais em relação às individuais e envolvem modificações na legislação, tributação e propaganda (Jaminson et.al, 2008). As intervenções custo-efetivas envolvem o diagnóstico precoce das doenças e o tratamento medicamentoso adequado. A prevenção secundária particularmente no que se refere a doença isquêmica cardíaca envolve, além das ações em estilo de vida, envolve a inclusão de esquemas medicamentosos, geralmente com aspirina, beta-bloqueadores, estatinas e inibidores da enzima de conversão da angiotensina. De acordo com Jenkins



(2006) é importante atuar nos fatores protetores, a saber:

- receber tratamento – oferecer tratamento adequado e efetivo e garantir a adesão do paciente;
- controle da ingestão de sódio;
- controle da ingestão de álcool;
- aumentar o nível de atividade física diária;
- promover o gerenciamento do stress e bem-estar psicossocial;
- controle dos níveis de glicose e colesterol no sangue.

B. Programas Para População-Alvo Específica

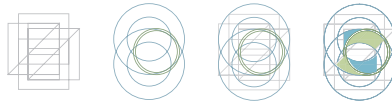
Esta modelagem caracteriza-se por se tratar de um programa voltado para uma população-alvo constituída por indivíduos com características específicas em comum. Em linhas gerais, os objetivos dos programas para população-alvo são identificar os indivíduos com alguma característica em comum (independente dos indivíduos estarem saudáveis, já serem portadores de doenças, ou apresentarem fatores de risco); interferir favoravelmente na história natural da doença; agir oportunamente na detecção e prevenção das doenças; promover ações de promoção de saúde, promover ações de prevenção secundária e limitação de danos em indivíduos doentes.

É necessário que a operadora identifique os beneficiários elegíveis ao programa e realize um contato proativo, com vistas à estratificação do risco individual e à conscientização dos benefícios do programa.

Os critérios abaixo são exemplos que poderão ser utilizados pela operadora para a identificação dos beneficiários elegíveis aos programas para população-alvo específica:

- Características demográficas tais como: faixa etária, sexo, local de residência e/ou trabalho; ou
- Ciclos de vida ou situações que requeiram atenção especial; ou
- Presença de fatores de risco e vulnerabilidades para determinadas doenças; ou
- Prevalência de uma doença específica; ou
- Outros marcadores ou necessidades da carteira identificadas pela operadora.

Como exemplo, Barros e col.(2013) propõem uma metodologia de programa de mudanças no estilo de vida em pessoas com risco cardio-metabólico. O Programa de Prevenção de Diabetes Mellitus (PDM) visa à melhora do quadro metabólico global de pessoas com pré-diabetes ou síndrome metabólica sem diabetes (*high-risk approach* ou abordagem de risco), tendo como metas: (1) redução mínima de 5% do peso corporal inicial; (2) consumo maior ou igual a 20g de fibras alimentares e menos de 10% de gorduras saturadas por dia; (3) prática de 150 minutos ou mais de atividade física por semana. A captação dos participantes foi feita inicialmente através do rastreamento, usando um questionário adaptado do FINDRISK que obtém dados de estilo de vida, antecedentes familiares e antropometria e é capaz de fornecer uma estimativa de risco de diabetes tipo 2 em 10 anos. Sendo o escore superior a 14 realizou-se o teste de tolerância oral a 75 g de glicose (TOTG), bem como medidas antropométricas, pressão arterial e perfil lipídico do plasma. A abordagem foi feita por equipe multidisciplinar (psicólogo, médico, nutricionista, educador físico). Foram realizadas atividades em grupo, baseadas em dinâmicas que envolveram sessões com grupos pequenos de até 17 pessoas e fechados (mesmos integrantes do início ao fim), equipe em trabalho coterapêutico nas discussões de conteúdos com o grupo, discussão de crenças em relação a alimentação, atividade física e desmitificação e dinâmicas de barreiras e estratégias de enfrentamento na resolução de problemas,



estabelecimento de metas em curto período (entre 1 a 2 semanas). Propõe também discussão sobre os benefícios, dificuldades, enfrentamento para as recaídas e fornecimento de material impresso adequado a realidade local.

C. Programas para Promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida

A abordagem de envelhecimento ativo para o desenvolvimento de programas tem o potencial de reunir desafios inerentes às estratégias para se viver mais e melhor. Em linhas gerais, os programas para a promoção do envelhecimento ativo ao longo do curso da vida fundamentam-se na premissa de que o período de incapacidade física ou mental pode ser minimizado através da compressão da morbidade para as idades mais avançadas, e no desenvolvimento de linhas de ação aplicáveis como base assistencial a todos os indivíduos, desde as idades mais precoces até as mais avançadas, que poderão ser conjugadas com intervenções pontuais para uma população-alvo específica, conforme o perfil epidemiológico e as necessidades em saúde da carteira de beneficiários.

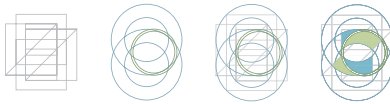
Um estudo transversal de base populacional, utilizando dados oficiais secundários para o Município de São Paulo, em 2000, e dados obtidos do Estudo SABE, que incluiu 2143 idosos avaliou o impacto da eliminação das doenças crônicas sobre a expectativa de vida livre de incapacidade da população idosa. Tábuas de vida de eliminação de causas foram utilizadas para calcular as probabilidades de morte, com a eliminação de doenças. As avaliações mostraram que o maior aumento de expectativa de vida livre de incapacidade, para o sexo feminino, foi a doença cardíaca (em primeiro lugar), o diabetes (em segundo lugar) e a hipertensão arterial (em terceiro lugar). Já para o sexo masculino, as doenças eliminadas que geraram maior aumento de expectativa de vida livre de incapacidade foram a doença cardíaca (em primeiro lugar), a hipertensão arterial (em segundo lugar), a queda (em terceiro lugar aos 60 anos) e a doença pulmonar crônica (em terceiro lugar aos 75 anos). (Campolina,2013)

No âmbito da epidemiologia do curso da vida, em que são enfatizadas estratégias preventivas precoces para a prevenção futura de DCNT no adulto, Duncan e col. (2012) sugerem uma perspectiva ecossocial que insere o indivíduo e seus comportamentos em um contexto mais amplo que inclui as relações sociais, políticas e econômicas e não transferindo para ele toda a responsabilidade pela sua doença e controle.

Certamente o aumento da expectativa de vida deve vir acompanhado de um bom nível de saúde e bem-estar ao longo do processo de envelhecimento. Camargos e col. (2009) utilizando a auto-percepção do estado de saúde, com informações advindas da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2003, calcularam a expectativa de vida saudável para a população brasileira com 60 anos e mais. Por outro lado, as estimativas também mostraram que as mulheres vivem mais, porém o número de anos a serem vividos por elas percebendo sua saúde como ruim é maior do que a estimativa para os idosos do sexo masculino.

O envelhecimento ativo 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.

Edelman & Mandle (1998) ressaltam que a promoção da saúde deve envolver todas as fases da vida das pessoas, a saber:



- período pré-natal – esta fase é muito importante para as repercussões na vida toda do indivíduo e envolve o binômio mãe-feto;
- infância – desenvolvimento mental e motor e promoção das habilidades sociais e cognitivas;
- puberdade – transição, ajustamento e busca para assumir a independência emocional, social e financeira;
- vida adulta – marcada por uma ocupação, encontro de um parceiro e mudanças fisiológicas graduais;
- idoso – comprometimento da força física e da saúde, aposentadoria, redução da independência e a morte do parceiro e amigos. À medida que mais pessoas vivem mais e mantêm um bom estado de saúde conservam o envolvimento na sociedade e no trabalho.

Neste contexto, Jenkins (2007) propõe algumas intervenções que podem ser implementadas ao longo do curso da vida:

a. Gestação e Infância:

- a. “toxinas do dia-a-dia” - controle do uso de tabaco e álcool;
- b. Atenção pré-natal precoce e abrangente;
- c. Suporte psicossocial na gravidez e pós-parto – abordagem do stress, ansiedade, depressão;
- d. Estímulo da amamentação;
- e. Rastreamento adequado de recém-nascidos;
- f. Vacinação.

Acompanhamento e suporte pediátrico – visão, audição, alimentação, atividade física, aspectos emocionais e sociais.

b. Adolescentes e adultos jovens:

- a. Comportamento de risco– tabaco, álcool, drogas ilícitas;
- b. Comportamento sexual inseguro;
- c. Estilo de vida – alimentação, atividade física;
- d. Vacinação;
- e. Prevenção da gravidez.

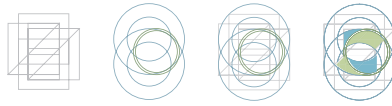
c. Adultos dos 25 aos 64 anos:

- a. Rastreamento de fatores de risco para doenças crônicas;
- b. Estilo de vida – álcool, tabaco, atividade física, alimentação;
- c. Risco de trauma ou lesões por veículo motorizado;
- d. Fatores de risco para câncer;
- e. Suporte emocional e social.

d. Idade mais avançada:

- a. Rastreamento de fatores de risco para doenças crônicas;
- b. Fatores protetores para causas importantes de morte e incapacidade;
 - i. Estilo de vida – alimentação, atividade física, relações sociais;
 - ii. Controle dos fatores de risco para problemas musculoesqueléticos – artrite e osteoporose;
- c. Preservação da função física e mental.

De acordo com a publicação “Plano de Cuidados Para Idosos na Saúde Suplementar” (2012) da ANS, um



modelo de assistência à saúde do idoso deve procurar preservar e recuperar a capacidade funcional, pois parte-se do pressuposto de que todos os idosos devem ser acompanhados e o risco de fragilização deve ser monitorado em todos os níveis de complexidade – desde aquele com ações a serem adotadas para os idosos saudáveis e independentes até o estágio que exige maior cuidado, com idosos fragilizados e dependentes. Promover a integração da atenção à saúde do idoso, em todos os níveis, significa apostar na independência e autonomia como um valor inerente à qualidade de vida dos idosos. Os idosos mais doentes, mais fragilizados, com menor capacidade funcional, são os que têm a maior probabilidade de adoecer agudamente.

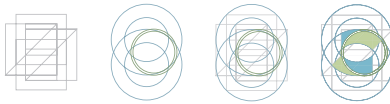
Surge daí a necessidade de não somente identificar os idosos fragilizados ou com riscos de fragilização mas, também, criar categorias diferenciadas de risco, para possibilitar uma nítida separação entre aqueles de maior risco e, portanto, com necessidade de intervenção imediata. Um modelo de atenção à saúde do idoso precisa possuir um fluxo de ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstia, cuidado o mais precocemente possível e reabilitação de agravos. Geralmente, tais ações acontecem simultaneamente em todos os níveis de atenção, pois o idoso consome serviços de atenção terciária, secundária e primária.

Para que uma linha de cuidado ao idoso pretenda apresentar eficácia e eficiência, precisa incluir uma lógica de rede articulada, referenciada, com sistema de informação único. Assim, essa proposta prevê a definição de um modelo hierárquico, desde o idoso saudável e ativo até o momento final da vida – em outras palavras, desde seu acolhimento e cadastramento no sistema até os cuidados paliativos na fase terminal. Foi conferido na publicação uma ênfase especial aos primeiros níveis, onde se concentram em torno de 90% dos idosos. O sistema apresentado neste texto está estruturado com base em uma subdivisão com sete níveis hierárquicos, quais sejam:

1. Porta de entrada do sistema: acolhimento, cadastramento, triagem breve, informações do modelo;
2. Centro de convivência (local de promoção de educação e saúde, informações sobre hábitos saudáveis, ações preventivas e realização da AGA);
3. Ambulatórios: (a) Ambulatório de complexidade 1; (b) ambulatório de complexidade 2;
4. Assistência domiciliar (assistência, procedimentos e internação domiciliar); centro-dia; hospital-dia;
5. Hospital de curta permanência (tratamento da fase de agudização das doenças crônicas);
6. Instituição de longa permanência; asilo (nursing homes);
7. Hospice ou cuidados paliativos na fase terminal.

O primeiro nível do modelo seria o da recepção, realização de cuidados básicos e informações - porta de entrada do sistema. Esta porta de entrada organizada deveria ocorrer na infância e, a partir daí, a pessoa deveria ser monitorada ao longo da vida. Mas, para os idosos, essa proposta é determinante para o melhor acompanhamento de seu plano de cuidado. A porta de entrada é o momento da identificação do idoso, local onde seus dados são imputados no sistema de informação e é dado início a todos os registros de saúde até o final da sua vida.

Este prontuário eletrônico se diferencia dos existentes, pelo fato de haver registro não apenas de saúde, mas de sua história de vida e eventos de saúde. A recepção é o momento de apresentação do cuidado a ser oferecido, das recomendações básicas para beneficiário – enfim, do acolhimento. No prontuário que será iniciado, será realizada uma triagem epidemiológica básica. Este screening pode ser um conjunto de variáveis utilizadas por Boulton, Karm e Gorves (2008) O autor propõe oito variáveis, nomeadas “Triagem Rápida” (TR), que avalia, sobretudo, algumas características operacionais. Não obstante



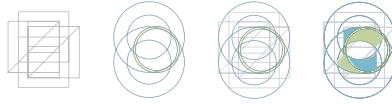
o pequeno número de questões deste instrumento há um grau de confiabilidade bastante grande nos seus achados. A TR deve ser aplicada em todos os idosos. Ela permite uma grande flexibilidade em seu uso, visto que os entrevistadores poderão ser auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde ou telefonistas, treinados.

A porta de entrada também deve ser o local para se fornecer um conjunto de ações básicas e simples aos idosos, com a explicação da proposta do plano cuidado. O beneficiário deve ser convidado a freqüentar a instância imediatamente superior, o nível dois, em data e hora previamente agendadas. O profissional que fará esta recepção do beneficiário deverá ter uma compreensão global da proposta e ser capaz de aplicar o screening básico de saúde do beneficiário. Devem ser utilizados instrumentos com indicadores de saúde validados, que permitam a padronização do procedimento. Assim, além da identificação do idoso de risco, será possível uma estratificação que permita a priorização de atendimento e utilização adequada dos recursos. Com isso, poderá ser melhorado o atendimento, sobretudo nos níveis posteriores, com a criação de critérios de prioridade vinculados à natureza da demanda e não à fila de espera.

No segundo nível, tem-se a proposta de utilização de um centro de prevenção e promoção de saúde, além de vacinas, palestras, etc. Deve haver o estímulo à nutrição adequada e atividades físicas, grupos de convivência, além da avaliação geriátrica ampla (AGA), que estabelecerá o perfil de saúde deste beneficiário. Todas estas informações serão cadastradas nos prontuários eletrônicos. Como já mencionado, é essencial saber o quanto as doenças crônicas impedem o idoso de exercer suas atividades rotineiras de forma autônoma e independente.

Portanto, a AGA é importante para precisar um diagnóstico, um prognóstico e um julgamento clínico adequado para um planejamento assistencial efetivo. A prática médica mostra que a diminuição da capacidade funcional do idoso é que o tornará dependente de um nível mais complexo de assistência. E ela poderá ser ocasionada pela evolução da própria patologia de base, por sua má administração e sequelas, ou pela inadequada assistência recebida, seja familiar, social ou institucional. O nível três, ambulatorio, está estruturado em dois segmentos: o básico, para aqueles com apenas uma queixa e doença, e com a capacidade funcional preservada – que poderiam ser atendidos no serviço por médicos clínicos ou generalistas não geriatras, desde que treinados e qualificados. E o segundo segmento, para os idosos com síndrome geriátrica e fragilizados ou em processo de fragilização, que necessitam de acompanhamento especializado, mais pormenorizado e de maior complexidade, onde o cuidado pode ser realizado por médicos geriatras e equipe multidisciplinar de saúde.

Deste modo, o cuidado ambulatorial conta com duas etapas que se diferenciam pela profundidade e abrangência das ações, organizadas em níveis crescentes de complexidade, capazes de selecionar subgrupos de indivíduos que, por suas características de risco, devem progredir diferenciadamente na estrutura de atenção. Esta estrutura visa a ampliar a qualidade de vida para o idoso, bem como estabelecer uma relação custo benefício favorável aos sistemas de saúde. À semelhança do nível ambulatorial, o nível quatro também trabalharia com a lógica preventiva, e tem por objetivo reduzir a progressão e as complicações de uma doença já sintomática, sendo aspecto importante da terapêutica e da reabilitação. Deveria ser utilizada uma instância de cuidado, anterior a do hospital (nível cinco), através da assistência domiciliar ou hospital-dia, pois o nível cinco deve ser reservado apenas para os eventos agudos da doença crônica, preferencialmente por um curto período. Sabemos da importância do hospital e não desprezamos sua capacidade no processo de recuperação de um doente, mas esta instância deve ser reservada para casos bem específicos e definidos, e pelo menor período possível. Após a remissão da fase aguda, o hospital de baixa complexidade ou assistência domiciliar deveria ser o melhor local de continuação do tratamento.



E por último, os níveis seis e sete englobam as instituições de longa permanência, os asilos (nursing homes) e os hospice ou cuidados paliativos na fase terminal. Existem várias sugestões de modelos de hierarquização de cuidado.

O importante é que cada operadora tenha conhecimento de sua carteira, seu perfil e necessidades, de modo a construir a melhor forma de organizar sua prestação de serviços.

Uma coisa é certa: sem a organização do cuidado do idoso e sem a elaboração de um plano de cuidados, o envelhecimento populacional e o aumento da prevalência de doenças crônicas no setor suplementar de saúde e brasileiro podem deixar de ser oportunidades e se tornarem entraves para a sustentabilidade do sistema de saúde suplementar brasileiro.

Neste sentido, ressaltamos a necessidade de que todos os envolvidos no processo de organização do cuidado à saúde dos idosos sejam estimulados a repensar o modelo, com o propósito de construir um sistema de saúde mais humano, participativo e de qualidade, que contribua efetivamente para a melhoria da vida dos idosos na saúde suplementar.

Importante destacar que essa lógica de cuidado utilizada no plano de cuidado para idosos pode e deve ser aplicada a todas as outras faixas etárias e a todos os outros grupo populacionais, tornado a gestão em saúde mais efetiva e com melhores resultados assistências, focando nesses mesmos pilares: informação, centralização do cuidado; organização através de linhas de cuidado baseadas em avaliações de risco assistencial; e avaliação dos resultados.

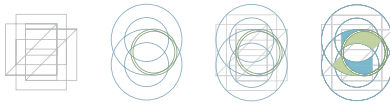
Os programas desenvolvidos com base na modelagem do envelhecimento ativo podem ser formatados pela operadora de três formas:

1. Ação linear;
2. Conjunto de populações-alvo (contemplando todas as faixas etárias); e
3. Mista.

É necessário que a operadora ofereça o programa de envelhecimento ativo para todos os beneficiários da carteira e, de acordo com o formato desejado – ação linear, conjunto de populações-alvo, ou misto – aplique a linha de ação base para os beneficiários de todas as faixas etárias e identifique os beneficiários elegíveis às intervenções para a (s) população(ões) específica(s).

No formato de ação linear para promoção do envelhecimento ativo, a operadora define uma linha de ação que deverá ser aplicada linearmente para todos os indivíduos da carteira, perpassando todas as faixas etárias.

Para uma mesma linha de ação, a operadora poderá planejar atividades diferenciadas para cada grupo, em função das características de cada faixa etária. A escolha da operadora por um programa para a promoção do envelhecimento ativo de forma linear e transversal, tendo como linha base, por exemplo, a prática de exercícios físicos, a alimentação saudável, imunização, cuidados relativos ao estresse, etc. significa atuar sobre indivíduos saudáveis, sobre indivíduos saudáveis, porém com fatores de risco, e sobre indivíduos doentes.



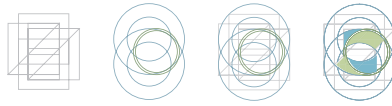
D. Conjunto de Populações-Alvo

No formato de programa para promoção do envelhecimento ativo através do conjunto de populações-alvo, a operadora estrutura o programa a partir de um conjunto de populações-alvo, definidas a seu critério, de forma a contemplar os indivíduos em todas as faixas etárias.

Podemos dizer que, nesse formato, o programa será composto por “micro-programas” desenhados para as populações-alvo em que a operadora deseja atuar.

Os programas para promoção do envelhecimento ativo na forma mista representam a conjugação das duas formas anteriormente descritas: a Ação Linear + Conjunto de Populações-Alvo. Nesse formato de programa, a operadora define uma base de ação linear mestre para aplicação em todas as faixas etárias e, ao mesmo tempo, estabelece intervenções para uma população-alvo com foco específico.

Concluindo, para que a operadora defina a melhor opção para construção dos seus programas é necessário que conheça a sua população e suas necessidades em saúde. A partir disso será possível definir a modelagem e a forma de abordagem da população, para que se possa atingir os melhores resultados assistenciais e econômico financeiros.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE L.H. et al. - Mental Disorders in Megacities: Findings from the Sao Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. PLoS One 2012; 7(2):1-11.

BARROS, C.R. et al – Proposta de Um Modelo de Programa Estruturado de Hábitos de Vida Saudáveis - Arq. Bras. Endocrinol. Metabol. 2013; 57(1)7-18.

BOUSQUAT, A, GOMES, A, ALVES, M.C.G.P. – Acesso realizado ao Programa de Saúde da Família com área com “alta” cobertura do subsistema privado – Ciência & Saúde Coletiva 2012; 17(11)2913-2921.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Cartilha para a Modelagem de Programas para Promoção de Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, 1ª edição. Rio de Janeiro, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar - Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar, 1ª edição. Rio de Janeiro, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar, 2ª edição. Rio de Janeiro, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Instrução Normativa Conjunta nº1 - Diretoria de Normas e Habilitações de Operadoras – DIOPE e da Diretoria de Normas e Habilitações de Produtos – DIPRO, Rio de Janeiro, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar - Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar, 3ª edição. Rio de Janeiro, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Programa de Qualificação da Saúde Suplementar / Agencia Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). – Rio de Janeiro, 2009.

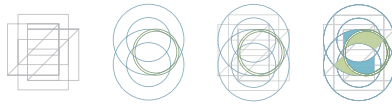
BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar, 4ª edição. Rio de Janeiro, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa nº 264 - Diretoria de Normas e Habilitações de Produtos – DIPRO, Rio de Janeiro, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa nº265 - Diretoria de Normas e Habilitações de Produtos – DIPRO. Rio de Janeiro, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Instrução Normativa nº35 - Diretoria de Normas e Habilitações de Produtos – DIPRO. Rio de Janeiro, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Instrução Normativa nº36 - Diretoria de Normas e Habilitações de Produtos – DIPRO, Rio de Janeiro, 2011.



BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Instrução Normativa Conjunta nº4 - Diretoria de Normas e Habilitações de Operadoras – DIOPE e da Diretoria de Normas e Habilitações de Produtos – DIPRO, Rio de Janeiro, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde- Cartilha para a Modelagem de programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças / Agencia Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). – Rio de Janeiro, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde - Manual Técnico para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar/ Agencia Nacional de Saúde Suplementar – Rio de Janeiro, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde – Plano de Ações Estratégicas Para o Enfrentamento Das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – Saúde Suplementar 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar – Plano de Cuidado para Idosos na Saúde Suplementar/ Agencia Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). – Rio de Janeiro, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar– Mapa Assistencial 2012 – Rio de Janeiro: 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar– Mapa Assistencial 2013 – Rio de Janeiro: 2013.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION - The Great Public Health Achievements---United States, 2001 — 2010. MMWR 2011; 60(19): 619-623.

CAMARGOS, M.C.S. et al – Expectativa de vida saudável para idosos brasileiros,2003. Ciência Saúde Coletiva 2009; 14:1903-9.

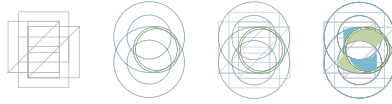
CAMPOLINA,A.G. et al- A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas - Cad. Saúde Pública, 2013, 29(6):1217-1229.

CHAPMAN, L. – Planning Wellness. Getting Off a Good Start - Summex Health Management Guides, 2005.

CHENOWETH,D.H. - Evaluating Worksite Health Promotion, Human Kinetics, 2002.

DUNCAN,B.B. et al – Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: Prioridade para Enfrentamento e Investigação. Rev . Saúde Pública 2012; 46(Supl.)126-134.

EDELMAN,C.L., MANDLE, C.L. – Health Promotion Throughout The Lifespan – 4.a Ed., Mosby Publ., St Louis, Missouri, 1998.



FAGUNDES, P, COSTA, N.R. – Saúde Mental e os Planos de Saúde no Brasil – *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16(12)4653-4664.

FORTIN, M. et al – Evaluating the integration of chronic disease prevention and management services into primary health care – *BMC Health Services Research* 2013; 13:132-145.

FREITAS, R.M. et al – Estudo dos Modelos Assistenciais Praticados por Operadoras de Planos Privados de Saúde – *Physis Rev. Saúde Coletiva* 2011; 21(4)1561-1577.

FREITAS, R.S.L., GARCIA, L.P. – 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* 2012; 21(1)7-19.

GAZIANO, T.A., PAGIDIPATI, N. – Scaling Up Chronic Disease Prevention Interventions in Lower and Middle-Income Countries – *Ann. Rev. Public Health* 2013; 34:137-335.

GOSS, P.E. et al – Planning cancer control in Latin America and the Caribbean – *Lancet Oncol.* 2013; 14:391-436.

HYRE A.D. et al. - Trends in ATP-III-defined high blood cholesterol prevalence, awareness, treatment and control among U.S. adults. *Ann Epidemiol.* 2007; 17(7):548–55.

JAMINSON, D.T. et al(ed) – Disease Control Priorities in Developing Countries – 2.a edição - The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, Washington, DC, 2006.

LEE, W.L. et al – Impact of Diabetes on Coronary Artery Disease in Women and Men: A Meta analysis of Prospective Studies - *Diabetes Care*, 2000; 23(7)962-968.

MALTA, D.C. – Balanço do Primeiro Ano da Implantação do Plano de Ações Estratégicas Para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022 – *Epidemiol. Serv. Saúde* 2013; 22(1)171-178.

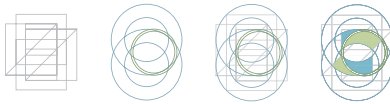
MENDES, E.V. – O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária da Saúde: O Imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família – Organização Panamericana da Saúde, Brasília, 2012.

MCKENZIE, J.F. & SMELTZER, J. – Planning, Implementing and Evaluating Health Promotion Programs – 3.a ed.– Allyn & Bacon, 2001.

NOVELLI, W.D. – Transforming Health and Health Care Through the Power of Collaboration in AMERICA'S HEALTH INSURANCE PLANS – Innovations in Prevention, Wellness and Risk Reduction, 2012

NUOVO, J(ed) – Chronic Disease Management – Springer Science, New York, 2007.

ONG, K.L. et al.- Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension among United States adults 1999-2004. *Hypertension.* 2007; 49(1):69–75.



O'DONNELL, M. – The Business Imperative for Health Promotion in AMERICA'S HEALTH INSURANCE PLANS – Innovations in Prevention, Wellness and Risk Reduction, 2012.

PRONK, N. – Designing a Multi Sector Approach to Improving Health and Wellness in AMERICA'S HEALTH INSURANCE PLANS – Innovations in Prevention, Wellness and Risk, 2012

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 (Mestrado) - Universidade Federal Fluminense, 2010.

SERXNER, S., BAKER, K. GOLD, D. - Guidelines for Analysis of Economic Return from Health Management Programs. The Art of Health Prom. July/August, 1-6, 2006.

TUOMILEHTO, J et al – Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. N.Engl.J.Med. 2001, 344:1343-1350, 2001.

TSAI, A.C. et al – A Meta-analysis of Interventions to Improve Care for Chronic Illnesses – Am.J. Manag. Care, 2005, 11:478-488.

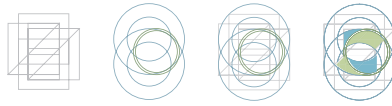
VALENTE, TW – Evaluating Health Promotion Programs – Oxford, New York, 2002.

WAGNER,E.H. – Chronic Disease management: what will take to improve care for chronic illness ? – Effect Clin.Pract. 1998.1:2-4.

WELCOA - The Well Workplace – Field Manual – A Step-by-Step Guide for the Busy Wellness Practitioner, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - 2008-2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases : prevent and control cardiovascular diseases, cancers, chronic respiratory diseases and diabetes - World Health Organization, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – World Health Statistics, 2013 – Geneva, WHO Press, 2013.



TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL DO QUESTIONÁRIO CDC WORKSITE HEALTH SCORECARD (HSC)

Patrícia Coelho de Soárez
Rozana Mesquita Ciconelli

1. Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) são a causa principal de mortalidade e carga de doença na grande maioria dos países no mundo. (WHO, 2011) O tratamento para as doenças crônicas (diabetes, câncer, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias crônicas) é de curso prolongado, onerando indivíduos, famílias e sistemas de saúde. (Brasil, 2011) Nos Estados Unidos da América, as estimativas de custo total com doenças cardiovasculares, incluindo doenças cardíacas e acidente vascular cerebral, foram de US\$ 444 bilhões em 2010. (CDC, 2011) Para países de renda média/alta como o Brasil foi estimado um custo anual de 4% do PIB, aproximadamente US\$ 139 *per capita* ao ano. (Bloom, 2012) Estimativas para o Brasil sugerem que a perda de produtividade no trabalho e a diminuição da renda familiar resultantes de apenas três DCNT (diabetes, doenças cardíacas e acidente vascular cerebral), levarão a uma perda na economia brasileira de US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015. (Abegunde, 2007)

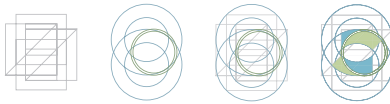
Frente ao crescimento exponencial dos gastos em saúde, muitos empregadores estão implementando Programas de Promoção da Saúde para modificar o ambiente dos locais de trabalho, ajudar os empregados a adotarem estilos de vida mais saudáveis e diminuir o risco de desenvolvimento de doenças crônicas.

A implementação de Programas de Promoção da Saúde baseados em evidência, que incluem programas de redução de risco individual, ligados a suporte ambiental para comportamentos saudáveis, coordenados e integrados em outras atividades de bem estar, é a abordagem que tem se mostrado mais eficiente. (Goetzel, 2007; Soler, 2010; Heaney, 1997) Vários estudos concluíram que Programas de Promoção da Saúde em ambiente de trabalho podem melhorar a saúde do empregado e reduzir o gasto em saúde dos empregadores. (Linnan, 2008; Chapman, 2003; Baicker, 2010)

No Brasil, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) tem estimulado as operadoras de planos privados de assistência à saúde a incorporarem ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças e formulado políticas de regulação indutoras, como o programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças.

Apesar do avanço na implementação dos Programas de Promoção da Saúde nos locais de trabalho, não temos disponível no nosso meio um questionário que avalie a abrangência das intervenções de promoção da saúde adotadas e o quanto essas intervenções são baseadas em evidências científicas.

A ANS, por meio do Laboratório de Inovações Assistenciais em Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar, identificou um questionário especificamente desenhado para esta avaliação, o CDC Worksite Health ScoreCard (HSC). A escolha desse questionário fundamentou-se na demonstração de suas propriedades psicométricas, bem como na sua utilização em organizações de portes diferentes nos Estados Unidos da América. (Roemer, 2013).



O objetivo desse capítulo é descrever as etapas seguidas no processo de tradução e adaptação cultural da versão brasileira do CDC Worksite Health ScoreCard (HSC).

Tradução e adaptação cultural de questionários

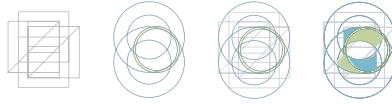
O CDC Worksite Health ScoreCard (HSC), como a grande maioria dos questionários foi formulado na língua inglesa e, por isso, direcionado para ser utilizado em população que fala este idioma. Para utilização desse questionário em outros idiomas é necessário seguir uma metodologia adequada para sua tradução, adaptação cultural e validação antes de sua aplicação. O questionário não pode ser apenas traduzido, é necessário que se faça uma avaliação rigorosa de sua tradução e adaptação cultural, bem como a avaliação de suas propriedades psicométricas (validade e confiabilidade) após sua tradução.

O processo de tradução e adaptação cultural deve seguir procedimentos internacionalmente aceitos (Guillemin, 1993; Beaton, 2000; Wild, 2005) para garantir que a nova versão do questionário traduzido e adaptado seja de fato adequada à cultura e idioma do local que será aplicado, de forma a permitir que os resultados obtidos com esse questionário possam ser comparados ao de outros estudos internacionais. (Herdman, 1997)

As etapas envolvidas nesse processo incluem:

- 1. Tradução inicial:** Desenvolvimento de pelo menos duas traduções independentes. Os tradutores devem ser nativos da língua para qual estão traduzindo o instrumento e ter experiência em tradução de medidas de desfechos relatados pelo paciente (Patient-Reported Outcomes - PRO). Idealmente uma das traduções deve ser feita pelo pesquisador responsável pelo processo de tradução e adaptação cultural. A comparação das traduções desenvolvidas permite detectar erros e divergências na interpretação de itens ambíguos.
- 2. Reconciliação:** Quando possível, a reconciliação das duas traduções deve ser feita por meio de uma discussão entre o pesquisador responsável, o outro tradutor ou um terceiro tradutor que não participou da tradução inicial. A reconciliação resolve discrepâncias entre as traduções independentes originais.
- 3. Retro-tradução (Back-translation):** Cada tradução deve ser vertida novamente para o idioma original, por tradutores que não participaram da tradução inicial. Os tradutores devem ser falantes nativos da língua para qual estão traduzindo. A retro-tradução é uma etapa de controle de qualidade da tradução, demonstrando que o mesmo significado é obtido quando a tradução é vertida para a língua original.

Revisão por um comitê de especialistas: O comitê deve ser formado por uma equipe multidisciplinar que conheça o tema abordado no questionário e os domínios que serão analisados. O comitê deve comparar todas as traduções ao instrumento original, usar técnicas estruturadas para resolver as discrepâncias, modificar instruções ou formato, modificar ou rejeitar itens inapropriados e gerar novos itens. Deve garantir que a tradução seja amplamente compreensível, como exemplo, podemos citar: evitar metáforas e coloquialismos, modo subjetivo, sentenças contendo dois diferentes verbos que possam sugerir ações diferentes. Também deve verificar as equivalências entre culturas buscando um modo comum para expressar o conceito em ambos os idiomas, assim garante que a versão final mantenha a validade de conteúdo. As principais equivalências que devem ser avaliadas são:



(a) *Equivalência semântica*: equivalência no significado das palavras. Algumas palavras em inglês podem ter diferentes significados em outro idioma, como por exemplo, a palavra *outcome*, que pode ser traduzida como *desfecho*, *resultado*, mas não há uma tradução única. Alterações gramaticais são necessárias em alguns casos, por exemplo, tempos verbais como *present perfect* que não possuem uma correspondência em português.

(b) *Equivalência idiomática*: expressões idiomáticas ou coloquialismos que são difíceis de serem traduzidos e o significado em um determinado idioma pode ser diferente do outro. Alguns exemplos dessas expressões são: *Feel downhearted and blue*; *feeling on edge*.

(c) *Equivalência experiencial*: As situações descritas devem atingir a população alvo do contexto cultural, ou seja, devem expressar a ação ou sentimento descrito no idioma original, como por exemplo: tomar banho de banheira, ação comum nos Estados Unidos, mas não tão frequente no Brasil, como avaliação de atividade de vida diária.

(d) *Equivalência conceitual*: validade do conceito explorado e vivenciado pelas pessoas podem ser equivalentes na semântica, mas podem apresentar uma conotação diferente, por exemplo, “*brother*”, “*irmão*” pode ter uma conotação diferente além do grau de parentesco, como o próprio significado que podem expressar algumas cores, por exemplo, “*blue*” (tristeza) no idioma inglês e “*azul*” (tudo bem), no português.

4. Pré-teste: O objetivo é avaliar se as questões estão sendo compreendidas e possuem a equivalência de significado da versão original. As questões com problemas podem ser reescritas. A versão pode ser testada por mais de uma vez até que o objetivo tenha sido atingido.

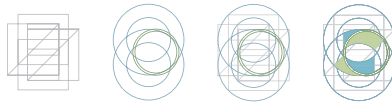
5. Revisão final: A última versão deve ser revisada e os erros ortográficos, gramaticais ou de digitação ainda existentes corrigidos. O pesquisador responsável e um revisor devem checar a tradução final.

Questionário - CDC Worksite Health ScoreCard (HSC)

O CDC Worksite Health ScoreCard (HSC) é um questionário desenvolvido para ajudar os empregadores a avaliar seus programas de promoção da saúde, o quanto eles têm implementado intervenções de promoção da saúde baseadas em evidências em seus locais de trabalho, identificar lacunas e priorizar intervenções de alto impacto para prevenir doenças cardíacas, acidentes vasculares e doenças crônicas relacionadas. (CDC, 2012; Roemer, 2013)

O HSC foi desenvolvido pela Divisão de Doenças Cardíacas e Prevenção de Acidentes Vasculares do CDC em colaboração com o Instituto de Estudos de Produtividade e Saúde da Universidade de Emory, Instituto de Pesquisa Triângulo e Centro Nacional de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças Crônicas do CDC, e um painel de experts da academia e setor privado.

Suas propriedades psicométricas, validade e confiabilidade, foram avaliadas em um estudo de validação conduzido pelo Instituto de Estudos de Produtividade e Saúde da Universidade de Emory que envolveu uma amostra de 93 empregadores, de diferentes locais dos Estados Unidos que testaram o questionário e forneceram devolutiva sobre o conteúdo e estrutura do questionário. (CDC, 2012; Roemer, 2013)



Este questionário de auto avaliação inclui questões sobre intervenções chave de melhores práticas e baseadas em evidência, que têm sido recomendadas para fazer parte de programas de prevenção de doenças cardíacas e acidentes vasculares cerebrais em locais de trabalho. Possui 100 questões (dicotômicas “SIM” ou “NÃO”) que perguntam aos empregadores se eles têm ou não uma intervenção específica, ou programa em seus locais de trabalho. As questões são agrupadas em doze domínios. (Quadro 1)

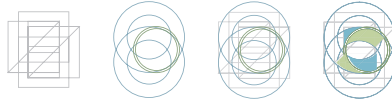
O conteúdo de cada um dos doze domínios foi avaliado por especialistas do CDC das respectivas áreas, que realizaram uma revisão completa da evidência científica relevante, indicaram quais questões deveriam ser incluídas no HSC e atribuíram pesos para a pontuação de cada questão, com base na classificação da força da evidência suportando aquela questão e seu impacto potencial na melhora de saúde.

Quadro 1. CDC Worksite Health ScoreCard (HSC)

Domínios	Número de questões
Suporte organizacional	18
Controle do tabagismo	10
Nutrição	13
Atividade física	9
Controle de peso	5
Gerenciamento de estresse	6
Depressão	7
Pressão alta	7
Colesterol alto	6
Diabetes	6
Sinais e sintomas de Acidente Vascular cerebral e Ataque Cardíaco	4
Resposta à emergência em caso de Acidente Vascular cerebral e Ataque Cardíaco	9

No sistema de pontuação do HSC, os valores podem variar de 1 a 3 pontos (onde 1=bom, 2=muito bom e 3=ótimo). Este valor em pontos reflete o potencial impacto que a estratégia tem nos resultados ou comportamentos de saúde desejados e o peso da evidência científica que dá suporte a este impacto. É possível calcular a pontuação total do HSC e os pontos de cada um dos domínios específicos. Para calcular a pontuação total do HSC soma-se o valor de todos os pontos das questões respondidas SIM. Para calcular a pontuação de domínios específicos soma-se o valor de todos os pontos das questões respondidas SIM em cada um dos domínios específicos (p.ex., Controle do tabagismo).

O escore total e dos domínios específicos são somados com base nos valores dos pesos atribuídos a cada questão que recebeu a resposta “SIM”. As respostas “NÃO” recebem pontuação zero. O escore total pode variar de 0 a 215. Embora cada domínio possa ser respondido como um módulo isolado, os autores do questionário



recomendam que os empregadores respondam todo o questionário, para melhor avaliarem a abrangência do programa de promoção da saúde em locais de trabalho.

Informações a respeito da metodologia de pontuação, evidência e as taxas de impacto e pontos atribuídos a cada uma das questões da ferramenta estão disponíveis no Apêndice D do Manual do CDC Worksite Health ScoreCard no: http://www.cdc.gov/dhdsp/pubs/worksite_scorecard.htm.

O desenvolvimento da versão brasileira do HSC baseou-se na importância de termos disponível para o nosso idioma, um questionário que avalie como as estratégias de promoção da saúde baseadas em evidência estão implementadas no ambiente de trabalho de empresas brasileiras. (CDC, 2012; Roemer, 2013)

2. Desenvolvimento

2.2 Metodologia de tradução e adaptação cultural

2.2.1 Tipo de estudo

Esta pesquisa é um estudo de tradução e adaptação cultural de um questionário, conduzida por pesquisadores do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina – Universidade de São Paulo (FMUSP) e Departamento de Medicina da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) em colaboração com a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS - Brasil/ Organização Mundial da Saúde – OMS, e Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS (Laboratório de Inovações Assistenciais em Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar). O estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da FMUSP e as informações foram coletadas após obtenção do consentimento informado dos indivíduos.

A tradução e adaptação cultural do instrumento foram feitas baseando-se nas orientações de alguns guidelines (Guillemin, 1993; Beaton, 2000; Wild, 2005), que recomendam tradução, reconciliação das traduções, retro-tradução (Back-translation), revisão pelo comitê de especialistas e avaliação da adaptação cultural (Pré-teste). Antes do início deste processo os autores do instrumento original foram contatados pela ANS e os mesmos enviaram uma autorização por escrito para a realização deste estudo.

2.2.2 Tradução inicial

Os itens da versão original do HSC foram traduzidos inicialmente por dois profissionais com experiência prévia em tradução de medidas de desfechos relatados pelo paciente (Patient-Reported Outcomes - PRO), independentes, brasileiros, residentes no país, com grande conhecimento da língua inglesa e que estavam cientes dos objetivos da pesquisa. Foi enfatizada a importância da tradução conceitual em detrimento da tradução estritamente literária. Foram assim obtidas as versões no 1 e no 2 em português.

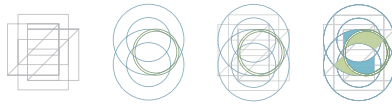
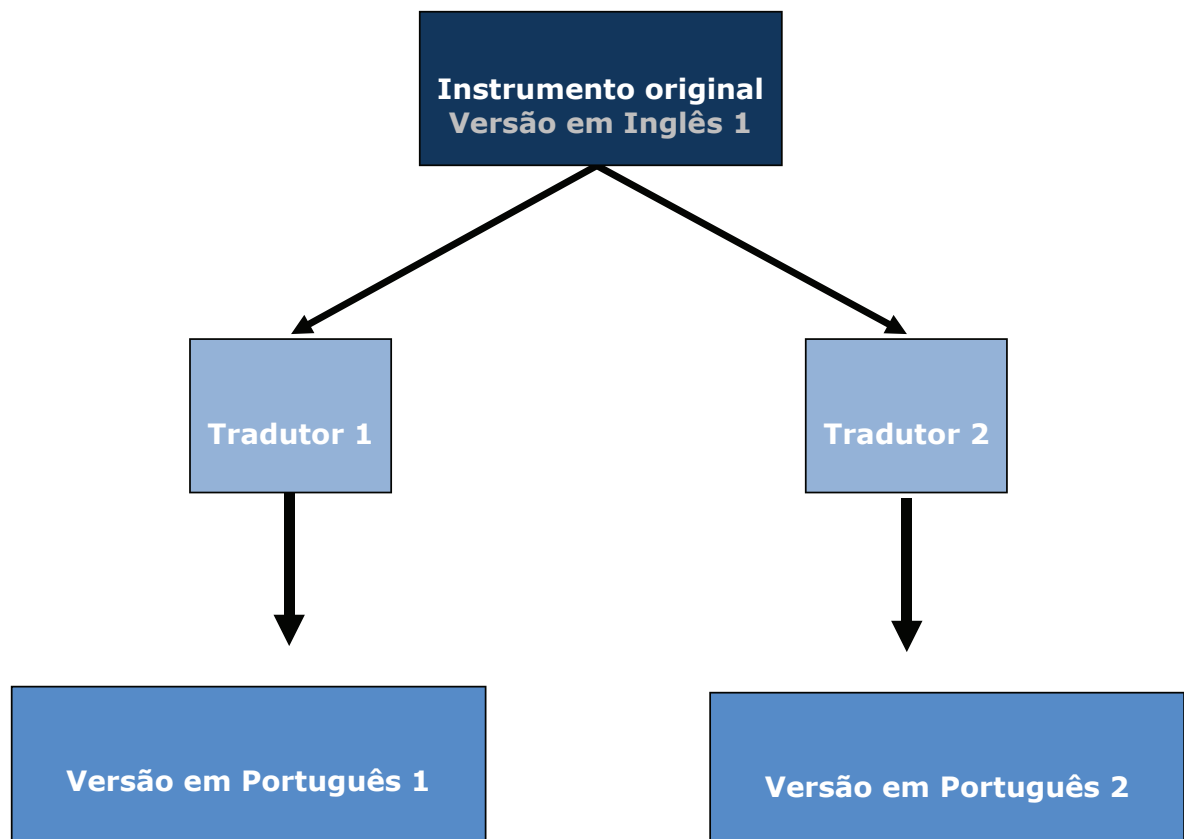


Figura 1 - Fluxograma da etapa de tradução

2.2.3 Reconciliação

O pesquisador responsável pela condução de todo o processo, que preparou uma das traduções iniciais (versões nº 1 em português) realizou a reconciliação entre as versões nº 1 e nº 2 em português produzindo a versão nº 3 em português. As decisões tomadas durante o processo de reconciliação foram revisadas no comitê de especialistas, garantindo consistência e harmonização com as versões traduzidas.



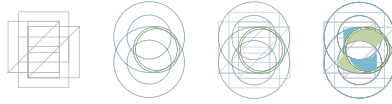
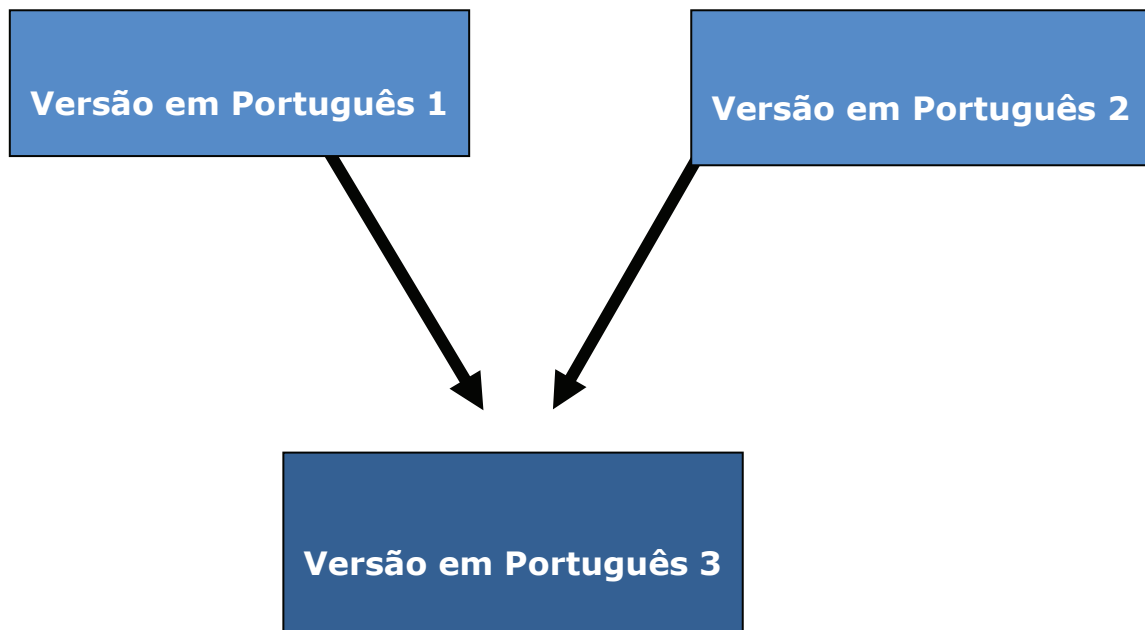


Figura 2 - Fluxograma da etapa de reconciliação



2.2.4 Retro-tradução (Back-translation)

As traduções iniciais versões (no 1 e no 2 em português) foram vertidas para o inglês por dois professores de inglês, independentes, americanos, que não participaram da etapa anterior e não tinham conhecimento dos objetivos nem dos conceitos apresentados no questionário. Por razões práticas foram recomendadas retro-traduições mais literais, para facilitar as comparações com o instrumento original. Somente em itens mais subjetivos foram indicadas retro-traduições mais conceituais.

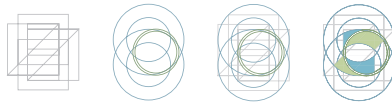
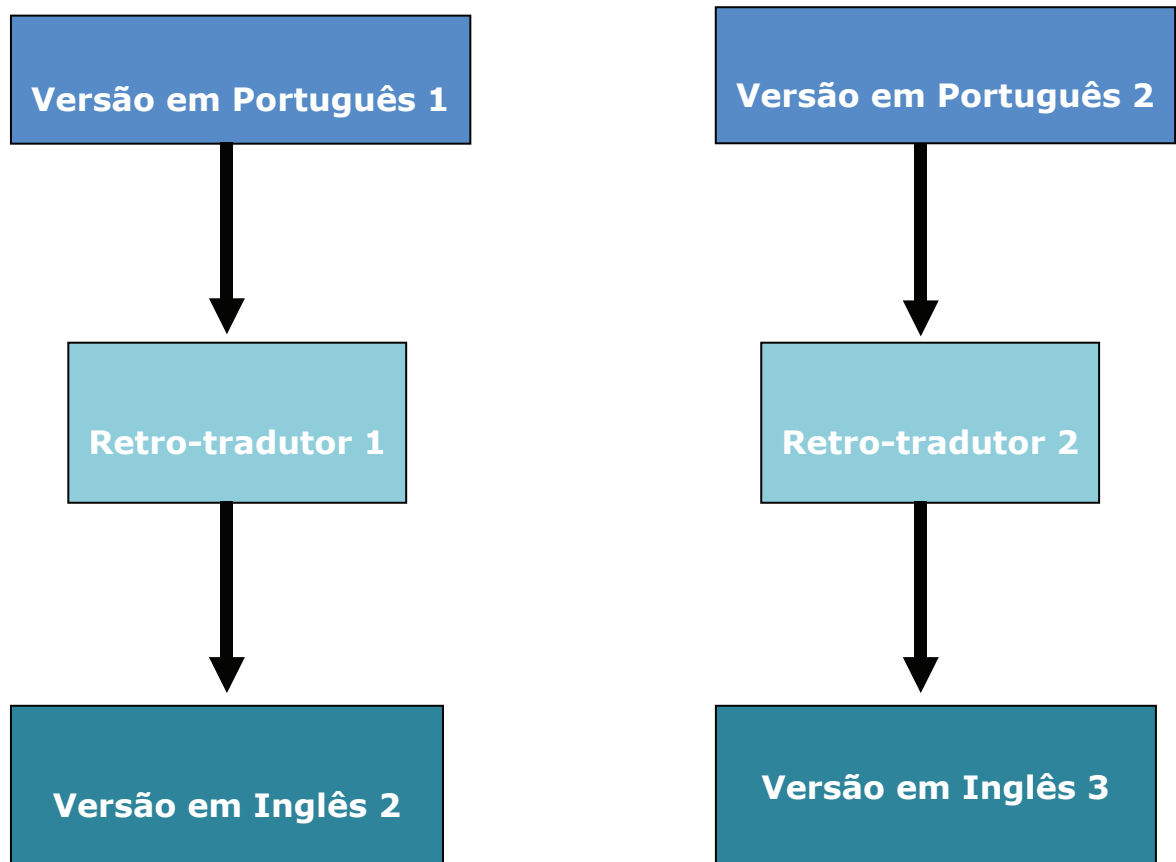


Figura 3. - Fluxograma da etapa de retro-tradução



2.2.5 Revisão do comitê de especialistas

Em seguida, foi feita a comparação do instrumento original com as 3 versões em português e 2 versões em inglês produzidas. O painel de especialistas composto por seis profissionais de saúde (três médicos, dois profissionais de saúde pública com experiência em tradução de questionários e um psicólogo) documentou e analisou as discrepâncias encontradas. Alguns tempos verbais e sentenças em português foram reescritos até se obter um consenso. Foi assim gerada a versão nº4 em português.

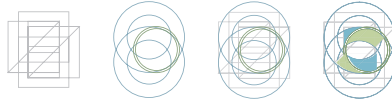
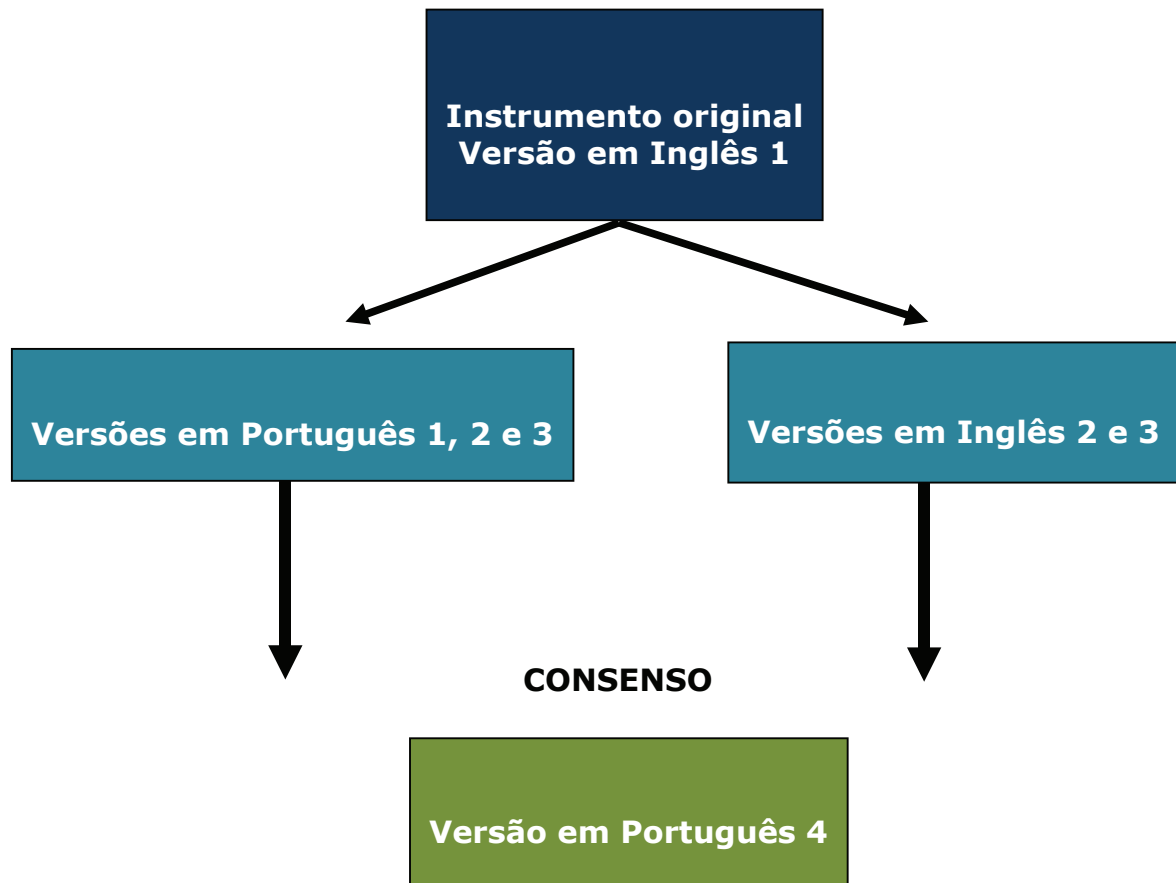


Figura 4 - Processo de revisão pelo comitê de especialistas

2.2.6 Avaliação da adaptação cultural (Pré-teste 1)

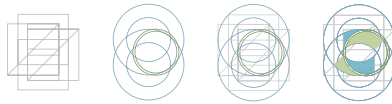


Essa etapa é desenhada para avaliar o grau de compreensão das questões, identificar e explicar problemas relacionados à formulação ou conteúdo das questões.

Os participantes receberam uma explicação sobre os objetivos e metodologia do estudo e foi solicitada a permissão para uso das suas respostas, garantindo que os dados seriam apresentados sempre de forma agregada e que a confidencialidade dos indivíduos seria mantida.

A versão no 4 em português do questionário foi respondida por um grupo de 14 indivíduos, responsáveis pelos programas de promoção da saúde de operadoras de saúde. Foi entregue uma cópia da versão no 4 em papel e um formulário também em papel, que perguntava se cada uma das questões do questionário havia sido compreendida, em caso negativo era solicitado que o participante escrevesse a palavra ou frase não compreendida e como ele reescreveria essa questão para torná-la mais compreensível.

Os participantes levaram cerca de 60 minutos para responder o questionário e preencher o formulário. Após a conclusão, um dos pesquisadores perguntou aos participantes se eles tinham de uma forma geral entendido as questões do questionário, se eles conseguiram responder facilmente as questões, e se elas eram aplicáveis aos programas de promoção da saúde de seus locais de trabalho. Ao final foi perguntado se eles acharam o HSC um questionário útil e relevante, que pudesse ser implementado no seu local de trabalho.



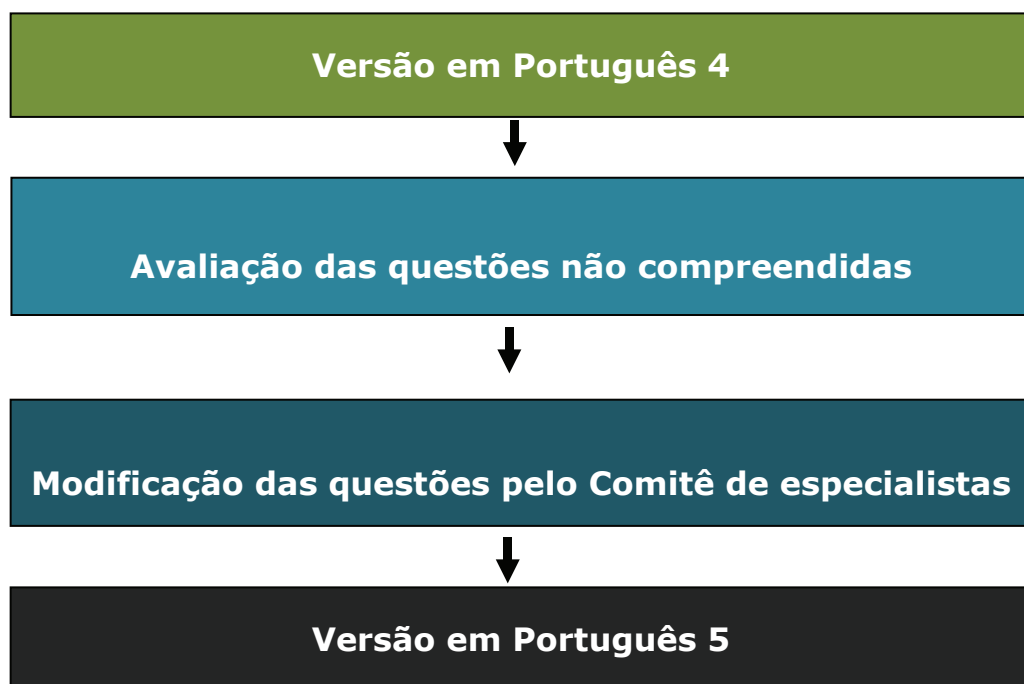
Um dos pesquisadores discutiu todas as dúvidas, comentários e sugestões dos participantes, e o outro pesquisador anotou os pontos emergentes de forma detalhada, em um formulário específico.

2.2.7 Revisão do comitê de especialistas

Antes do início do estudo, foi determinado o nível mínimo de compreensão de 90%, ou seja, cada questão deveria ser compreendida por pelo menos 90% dos indivíduos. As questões com compreensão abaixo de 90% seriam automaticamente identificadas e sujeitas à revisão.

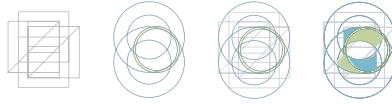
Os pontos emergentes detalhados no formulário específico foram transformados no arquivo sumário, onde foram quantificadas e especificadas as questões não compreendidas. Este sumário foi fundamental para ressaltar palavras não compreendidas, interpretações errôneas, ou instruções que não estavam suficientemente claras. O comitê de especialistas avaliou estas palavras e as substituiu por outras com o mesmo conceito, e de mais fácil compreensão, utilizando inclusive sugestões dos próprios indivíduos, procurando não alterar a estrutura e propriedades de avaliação destas questões. Alguns tempos verbais e sentenças em português foram reescritas até se obter um consenso. Foi assim gerada a versão nº5 em português.

Figura 5. - Pré-teste 1 e avaliação pelo comitê de especialistas



2.2.8 Avaliação da adaptação cultural (Pré-teste 2)

Essa etapa é desenhada para avaliar novamente o grau de compreensão das questões, e identificar se os problemas relacionados à formulação ou conteúdo das questões identificados na versão anterior persistem na versão atual.



Da mesma forma do pré-teste 1, os participantes receberam uma explicação sobre os objetivos e metodologia do estudo e foi solicitada a permissão para uso das suas respostas, garantindo que os dados seriam apresentados sempre de forma agregada e que a confidencialidade dos indivíduos seria mantida.

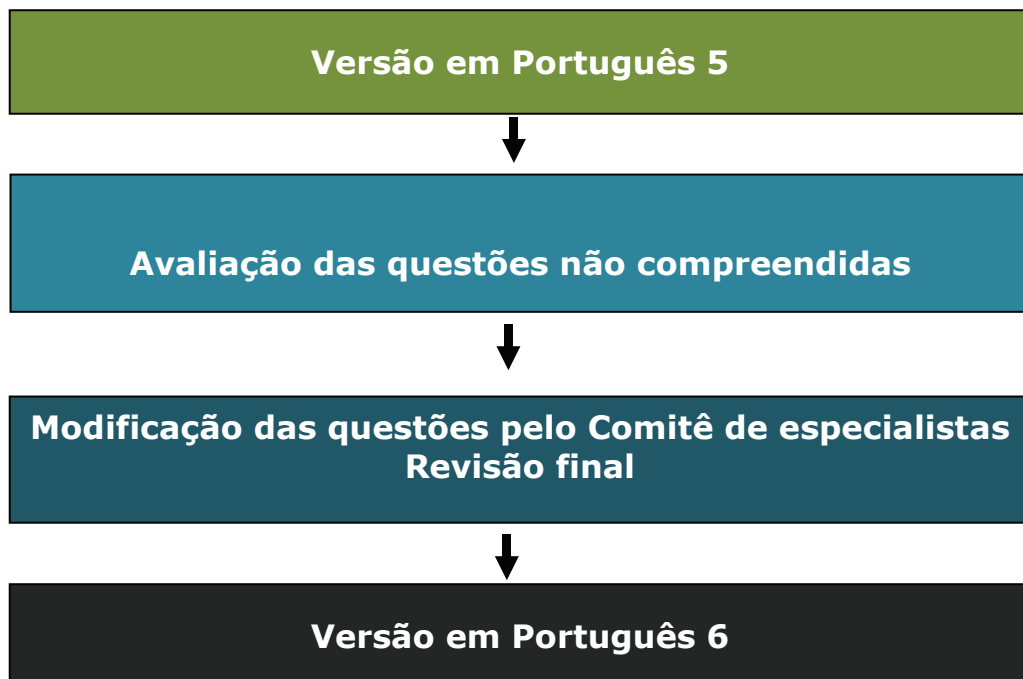
A versão no 5 foi aplicada a um outro grupo de 12 indivíduos, responsáveis pelos programas de promoção de saúde das suas empresas. Foi entregue uma cópia da versão nº5 e o formulário em papel, descrito anteriormente.

Os participantes levaram cerca de 60 minutos para responder o questionário e preencher o formulário. Após a conclusão, foram repetidas as perguntas feitas no pré-teste 1 e as dúvidas, comentários e sugestões dos participantes foram discutidos e anotados em um formulário específico, por um dos pesquisadores.

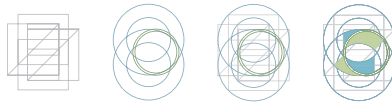
2.2.9 Revisão do comitê de especialistas

Após o pré-teste 2, foi criado outro arquivo sumário, onde foram quantificadas e especificadas as questões não compreendidas. O comitê de especialistas revisou este sumário detalhado das palavras e frases não compreendidas e das sugestões apresentadas nos formulários. Durante essa fase, os especialistas modificaram novamente algumas questões que continuaram com problemas de compreensão. Em seguida, o pesquisador responsável e um revisor verificaram a tradução final e corrigiram erros ortográficos, gramaticais, ou outros erros de digitação restantes. Foi assim gerada a versão nº6 em português.

Figura 6. - Pré-teste 2 e avaliação pelo comitê de especialistas



A versão brasileira do CDC Health ScoreCard (HSC) estará disponível on-line no site da Agência Nacional de Saúde Suplementar: <http://www.ans.gov.br/>.



2.3 Resultados

2.3.1 Amostra

A amostra de conveniência incluiu 25 indivíduos de operadoras de planos de saúde e empresas de diversos tamanhos, tipos e indústrias. A maioria dos indivíduos que responderam o questionário eram os responsáveis pelos programas de promoção da saúde desses locais de trabalho.

2.3.2 Adaptação cultural

No pré-teste 1, 8 das 100 questões ficaram abaixo nível mínimo de compreensão de 90%, e foram submetidas ao processo de revisão. A discussão realizada com os indivíduos após o preenchimento do questionário forneceu dados muito úteis para explicar porque estas 8 questões não tinham sido compreendidas.

A primeira grande dificuldade enfrentada pelos indivíduos representantes das operadoras de planos de saúde e seguradoras foi entender qual programa de promoção da saúde eles estavam avaliando: programas de promoção da saúde dos planos de saúde oferecidos aos beneficiários das suas carteiras ou programas de promoção da saúde oferecidos aos seus próprios funcionários.

Os indivíduos tiveram dificuldade em compreender algumas palavras específicas, por exemplo, “programas de autogerenciamento”, e acharam que algumas atividades não faziam sentido no contexto brasileiro, como por exemplo, “feira livre” (tradução usada para “farmers’ Market”), e o “disque parar de fumar”. As explicações de algumas questões foram consideradas confusas e dificultaram as respostas.

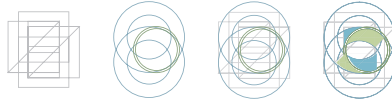
A maioria dos indivíduos considerou o questionário muito útil para determinar a abrangência dos programas de promoção da saúde existentes e apontar áreas que poderiam ser desenvolvidas e/ou aprimoradas nos programas atuais.

No pré-teste 2, somente 6 das 100 questões não apresentaram compreensão adequada. Como era esperado, esse grupo composto por gerentes ou gestores de programas de promoção da saúde de empresas a compreensão de uma forma geral foi melhor do que a do grupo anterior, composto por gerentes ou gestores de operadoras de saúde, dado que o HSC foi desenvolvido para aplicação em empresas.

Nessa segunda aplicação os indivíduos tiveram dificuldade em compreender algumas expressões específicas, por exemplo, “uma série de aulas”, seriam quantas? 3, 6 ou 10 aulas? Eles apontaram a quase inexistência de máquinas de venda automática nas suas empresas e sugeriram incluir nessas questões, os refeitórios ao lado das cafeterias e lanchonetes. Outra dificuldade encontrada esteve relacionada aos subsídios mencionados em várias questões. Alguns argumentaram o quanto essas questões eram aplicáveis ao nosso meio, porque esses subsídios não são uma forma comum de benefícios oferecidos aos funcionários localmente.

Da mesma forma que aconteceu no pré-teste 1, os indivíduos consideraram o questionário muito útil para avaliar os programas de promoção da saúde existentes e sugerir áreas que ainda não estão desenvolvidas nos programas atuais.

As questões que apresentaram problemas de compreensão foram reescritas. O pesquisador responsável e um revisor verificaram a tradução final e corrigiram erros ortográficos, gramaticais, ou outros erros de digitação restantes. Foi assim gerada a versão nº 6 em português.



3. Conclusão

A versão final do HSC em português brasileiro poderá ser uma medida válida e útil para medir o grau de implantação das intervenções de promoção da saúde baseadas em evidências em empresas e organizações de saúde brasileiras. Serão necessários estudos adicionais para testar a validade e confiabilidade do questionário no contexto brasileiro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abegunde DO, Mathers CD, Adam T, Ortegón M, Strong K. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2007; 370 (9603):1929-38.

Baicker K, Cutler D, Song Z. Workplace wellness programs can generate savings. *Health Aff (Millwood)*. 2010;29(2):304-311.

Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine* 2000;25:3186-91.

Bloom DE, Chisholm D, et al. From burden to "Best Buys": Reducing the economic impact of noncommunicable disease in low-and middle-income countries. Geneva: World Economic Forum; 2011 [acesso em 2012 jul. 12]; Disponível em: <http://ideas.repec.org/p/gdm/wpaper/7511.html>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 444 p.

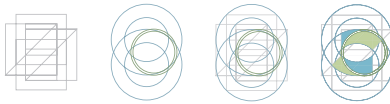
Centers for Disease Control and Prevention. The CDC Worksite Health ScoreCard: An Assessment Tool for Employers to Prevent Heart Disease, Stroke, and Related Conditions. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services; 2012.

Centers for Disease Control and Prevention. Chronic Diseases: The Power to Prevent, the Call to Control: At a Glance 2011. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services; 2011.

Chapman L. Meta-evaluation of worksite health promotion economic return studies. *Art of Health Promotion Newsletter*. 2003;6(6):1-10.

Goetzel RZ, Shechter D, Ozminkowski RJ, Marmet PF, Tabrizi MJ, Roemer EC. Promising practices in employer health and productivity management efforts: findings from a benchmarking study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2007;49(2):111.

Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Crosscultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*. 1993;46(12):1417-32.



Heaney CA, Goetzel RZ. A review of health-related outcomes of multi-component worksite health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*. 1997;11(4):290.

Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X: 'Equivalence' and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. *Qual Life Res* 1997;6(3):237-47.

Linnan L, Bowling M, Childress J, et al. Results of the 2004 National Worksite Health Promotion Survey. *Am J Public Health*. 2008;98(8):1503-1509.

Roemer EC, Kent KB, Samoly DK, Gaydos LM, Smith KJ, Agarwal A, Matson-Koffman DM, Goetzel RZ. Reliability and validity testing of the CDC Worksite Health ScoreCard: an assessment tool to help employers prevent heart disease, stroke, and related health conditions. *J Occup Environ Med*. 2013 May;55(5):520-6.

Soler RE, Leeks KD, Razi S, et al. A systematic review of selected interventions for worksite health promotion:: the assessment of health risks with feedback. *American Journal of Preventive Medicine*. 2010;38(2):S237-S262.

Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, Erikson P. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value in Health* 2005;8(2):94-104.

World Health Organization (WHO). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva: WHO; 2011.

ORGANIZAÇÃO:



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**



**Organização
Mundial da Saúde**
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS **Américas**

ANS Agência Nacional de
Saúde Suplementar