



## Prevenção de Doenças e Promoção da Saúde – diferenciais estratégicos no mercado de saúde suplementar

**Luciana Souza da Silveira**

Gerente da Diretoria de Fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), administradora, Mestre em Saúde Pública – área de concentração Gestão em Saúde, Pós-graduada em Regulação de Saúde Suplementar e em Gerência de Saúde pela Fundação Getúlio Vargas – FGV-RJ  
[lu\\_ssilveira@yahoo.com.br](mailto:lu_ssilveira@yahoo.com.br)

### **Resumo**

---

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

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

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

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

### **Palavras-Chave**

---

Prevenção; promoção; saúde suplementar.

### **Sumário**

---

1. Introdução; 2. Estado brasileiro e saúde suplementar; 3. Prevenção de doenças e promoção da saúde; 4. Modelos internacionais de prevenção de doenças e promoção da saúde; 5. A experiência do sistema público: SUS; 6. Prevenção de doenças e promoção da saúde no mercado de saúde suplementar: o caso da Amil; 7. Conclusão; 8. Referências bibliográficas.

---

## **Abstract**

---

### **Illness and disease prevention and health promotion – strategic differentials in supplementary health insurance**

Luciana Souza da Silveira, Manager of the Supervising Board of the Brazilian National Supplementary Health Agency (ANS), BSc in Business Management, MSc in Public Health – major in Healthcare Management, Post-graduate Degree in Supplementary Health Regulation and in Healthcare Management from Getulio Vargas Foundation – FGV-RJ.  
[lu\\_ssilveira@yahoo.com.br](mailto:lu_ssilveira@yahoo.com.br)

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

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

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

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

## **Key Words**

---

Prevention; supplemental health.

## **Table of Contents**

---

1. Introduction; 2. The Brazilian government and supplementary health; 3. Illness and disease prevention and health promotion; 4. International models of illness and disease prevention and health promotion; 5. The Brazilian public health system – SUS; 6. Illness and disease prevention and health promotion in supplementary health insurance: Amil's case study; 7. Conclusion; 8. References.



## 1. Introdução

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

A engenharia genética é um exemplo claro de que os testes e os diagnósticos preditivos, como o domínio de técnicas relacionadas com o melhor conhecimento do DNA, podem possibilitar o diagnóstico pré-natal de problemas genéticos e a identificação dos portadores de genes de risco, ou seja, genes sadios, mas que podem dar origem a crianças com alguma doença genética. Entretanto, não se pode deixar de observar a outra vertente dos resultados desses avanços.

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

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

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

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

Segundo Arouca (1975), o discurso da medicina preventiva surgiu como herdeiro de vertentes, como a higiene, no século XIX, relacionada ao desenvolvimento do capitalismo e da ideologia liberal, da discussão dos custos da atenção médica nos Estados Unidos nas décadas de

30 e 40 do século XX, e da redefinição das responsabilidades médicas na educação profissional. Cada uma dessas vertentes fez uma crítica à anterior e ampliou os horizontes de atuação do médico, associando a formação desse profissional ao acúmulo de conhecimento trazido por outras ciências e revelando a importância da comunidade, da família e da percepção do ser humano em sua plenitude e totalidade.

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

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

O trabalho apresenta como exemplo programas de prevenção de doenças cardiovasculares (DCV), responsáveis pela maior taxa de morbidade e mortalidade em muitos países, inclusive o Brasil. Segundo Brandão (2000), essas doenças têm sido alvo de vários estudos e despertam interesse especial porque atingem grandes contingentes populacionais, além de representarem elevados custos sociais e econômicos.

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

A persistência do conflito de interesses entre os agentes do mercado de saúde suplementar, aliada ao fim dos ganhos financeiros, evidencia que o mercado de saúde suplementar passou por um período de ajuste de margens. Creio que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) pode adotar uma política de incentivo à implementação de programas de prevenção e promoção, apontando mais uma saída para o reordenamento da situação econômico-financeira das operadoras e concebendo modelos compatíveis com as necessidades de bem-estar dos beneficiários.

Abordo o tema prevenção de doenças e promoção da saúde dando exemplos de modelos internacionais, tanto no setor público quanto no privado, para, em seguida, dar enfoque à experiência brasileira, que se dá com maior ênfase pela adoção de políticas de prevenção no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Por fim, e em menor escala, será feita a análise do mercado de saúde suplementar no Brasil, utilizando-se, como estudo de caso, o programa da operadora AMIL Assistência Médica Internacional Ltda.

## **2. Estado brasileiro e saúde suplementar**

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

A intervenção do Estado brasileiro sobre a economia se dava, basicamente, pela propriedade de empresas, em particular nas consideradas indústrias de base e nos setores de infra-estrutura. O Estado detinha os monopólios da exploração de petróleo, geração e distribuição de energia elétrica, e de serviços de energia elétrica e telefonia – somente para citar os mais estratégicos. A presença estatal se dava em incontáveis áreas, o que levou a uma crise fiscal, pois o Estado desejava manter e aumentar o nível de investimento em suas empresas estatais; à prática velada de clientelismo, por ser fato comum os que ocupavam cargos de ponta nas empresas estatais, assim como seus “padrinhos”, fazerem uso de seu poder e de sua influência como moeda de troca, principalmente em períodos eleitorais; e a esquemas de corrupção, ante a dificuldade natural de a fiscalização das empresas do Estado se dar por ele próprio.

Com a crise e a falência do Estado Desenvolvimentista, iniciado por Vargas no Brasil e que resistiu até meados da década de 80, surgiu uma nova forma de atuação do Estado brasileiro, sob forte inspiração da experiência internacional. O antigo modelo intervencionista cede espaço ao “Estado regulador”.

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

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

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

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

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

A década de 80 é marcada pela crise financeira da Previdência Social, gerada, entre outros fatores, pela ampliação da cobertura, sem a correspondente criação de novas fontes de custeio. Com isso, intensificou-se a discussão sobre as necessidades de mudança do modelo de atenção à saúde até então adotado (NORONHA e LECOVITZ, 1994). Surge, nesta época, o chamado Movimento da Reforma Sanitária, que teve como maior conquista a definição das bases da política de saúde pública definidas na Constituição Federal de 1988, a qual consagrou a saúde como direito de todos e dever do Estado, criando, para tanto, o Sistema Único de Saúde (SUS).

A saúde erige-se, no esquema da Constituição Federal de 1988, como direito social constitucionalmente reconhecido, elevada à categoria de garantia fundamental. O artigo 6º é expresso ao determinar que são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, e a assistência aos desamparados.

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



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

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

O Ministério da Fazenda, por intermédio do Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) e da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), ficou responsável pelos aspectos econômico-financeiros, pelas normas para autorização de funcionamento das operadoras, pelos registros dessas entidades, pela política de reajustes e pelos respectivos atos de fiscalização. Já o Ministério da Saúde, por meio do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) e do Departamento de Saúde Suplementar (DESAS) da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), assumiu a responsabilidade ligada à assistência à saúde, ao registro de produtos das operadoras e atos de fiscalização.

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

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

O acesso das empresas operadoras de planos privados de assistência à saúde ao mercado passou a ser autorizado pela ANS mediante requisitos estabelecidos na Lei nº 9.656/98 e sua regulamentação. Assim, foi editada a Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 39 –, que definiu, segmentou e classificou as empresas que operam no mercado de saúde suplementar. Esta norma foi fruto de uma intensa participação do mercado e de entidades representantes dos consumidores por meio de câmaras técnicas realizadas na ANS.

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

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

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

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

O estudo mostra que o mercado de assistência médica supletiva no Brasil dividiu-se, geograficamente, conforme a concentração populacional e de renda no país. Assim, grande parte das operadoras atua na Região Sudeste, seguida pelas regiões Sul, Nordeste, Centro-Oeste e Norte, respectivamente. Além disso, evidencia a preponderância de empresas organizadas na modalidade de medicina de grupo, que representam cerca de 32% das operadoras e detêm a maior quantidade de beneficiários, seguidas pelas cooperativas e seguradoras especializadas.

Além da diversidade existente entre as modalidades organizacionais, o mercado de saúde suplementar apresenta diversas imperfeições. É notória a falta de informação suficiente para que o consumidor possa avaliar a qualidade do que lhe é oferecido pela operadora, ou seja, a informação para a escolha é assimetricamente distribuída – da mesma forma, o consumidor detém, no ato da compra, mais informações sobre sua saúde do que a operadora. Nessa relação, ambos podem tirar vantagens da informação que possuem em um processo chamado de seleção adversa, já que o pressuposto do modelo clássico da troca perfeita entre quem oferece e quem compra os serviços não funciona.





---

Na relação prestador-paciente, os indivíduos são compelidos a delegar ao profissional médico a decisão sobre o tratamento. Neste caso, o risco moral – *moral hazard* – aparece no incentivo ou na indução ao excesso de utilização de serviços médicos quando uma terceira parte, a operadora, é responsável pelo pagamento da maioria dos serviços e os pacientes não arcam com custos de excesso de utilização. O consumidor não conhece perfeitamente elementos como reputação, solvência e credibilidade da operadora, podendo fazer escolhas subótimas, ou seja, de forma ineficiente, não lhe maximizando o bem-estar no longo prazo.

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

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

As receitas das operadoras de planos de saúde são, predominantemente, compostas pela venda de planos e seguros de saúde às famílias. Portanto, afetam a renda familiar direta ou indiretamente, pois, sendo essencial a preocupação com a saúde, o comportamento tende a ser inelástico mesmo diante de reajustes. Assim, quanto maior a receita das operadoras de planos de saúde, menor a renda de que as famílias irão dispor para comprar outros bens e serviços. Já as despesas relativas ao custo assistencial dessas operadoras determinam o lucro dos hospitais, consultórios médicos e serviços de apoio diagnóstico-terapêuticos que prestam os serviços às famílias seguradas e recebem pagamentos por esses serviços.

Assim sendo, enquanto as operadoras lutam para reduzir o custo assistencial, as entidades prestadoras de serviços médico-hospitalares dependem da utilização desses serviços, pelos beneficiários dessas empresas, para obterem uma renda disponível – ou lucro – maior. Afinal, embora prestem serviços particulares às famílias, são remunerados em grande parte pelas operadoras.

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

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

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

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

A análise e comparação do desempenho das operadoras ao longo dos últimos anos evidenciam o aumento das despesas com eventos na composição dos custos do mercado de saúde suplementar. O quadro de desequilíbrio econômico, independentemente de qualquer processo regulador, vem se agravando desde a extinção, a partir de meados da década de 90, do ganho financeiro significativo para as empresas que movimentavam recursos de terceiros advindos da "ciranda financeira". Isso possibilitava a superação, em muito, do resultado operacional (Receita Operacional menos Despesa Operacional). Na época, uma natural despreocupação com o desempenho operacional dessas empresas. Tal afirmação pode ser verificada pela deterioração dos índices Combinado e Combinado Ampliado.

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

A variável despesa médico-hospitalar, em relação à ocorrência em que são previstas perdas parciais ou máximas admissíveis, é aleatória também em relação ao seu valor, onde há grande concentração em torno dos pequenos riscos (consultas e exames) e pequena concentração em torno dos grandes riscos (internações, UTI's, procedimentos de alta complexidade etc.).

Pode-se apontar que a variável aleatória do montante das despesas médico-hospitalares depende do dimensionamento da solvência (capacidade da operadora para pagar seus compromissos) e equivale a determinar qual o montante do ativo líquido que essa empresa deve dispor, em adição aos valores representativos das provisões técnicas

---

para ser considerada solvente, isto é, capaz de solver os seus compromissos futuros. A probabilidade contrária de não solver os seus compromissos futuros se concretizará quando as despesas médico-hospitalares retidas pela operadora ultrapassarem as mensalidades puras retidas do plano de saúde e todo o seu ativo líquido.

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

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

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

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

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

A Resolução nº 5 do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) estabelece que os programas assistenciais das empresas de autogestão com fins específicos de promoção da saúde e prevenção de doenças devem ser protocolados na ANS. O protocolo é válido também nos programas de gestão de custos para doenças crônicas e preexistentes. A Resolução nº 5 dispõe ainda sobre a possibilidade de se firmar – quando solicitado pela ANS e sem ônus financeiros – o ajuste ou o convênio de parceria ou de cooperação em programas específicos de promoção da saúde e prevenção de doenças.

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

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

Essa nova realidade, além de proteger o consumidor de abusos, exige que o foco de atuação das operadoras seja o da manutenção da saúde, e não simplesmente a tentativa de reduzir custos de tratamento das doenças, inclusive pelo não tratamento. É por essas razões que as atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde deveriam ganhar mais espaço junto aos modelos assistenciais do setor de saúde suplementar. Para tal, torna-se necessário conhecer os diferentes conceitos que englobam o sentido de prevenção e promoção.

### 3. Prevenção de doenças e promoção da saúde

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

Segundo Ferreira (2004, p. 653), o termo prevenir tem o significado de *preparar; chegar antes de; dispor de maneira que evite (dano, mal); impedir que se realize*. Já a prevenção em saúde, de acordo com Leavell e Clark (1976, p. 17), *exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença*. As ações preventivas definem-se como intervenções orientadas para evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência. A base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno; os objetivos da prevenção são o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. De acordo com Czeresnia e Freitas (2003), os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturaram-se mediante a



---

divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos.

Arouca (1975) e Torres (2002) afirmam ainda que o movimento da medicina preventiva surgiu, no período de 1920 a 1950, na Inglaterra, nos EUA e no Canadá, em um contexto de crítica à medicina curativa. Esse movimento propôs uma mudança da prática médica por meio de reforma no ensino médico, buscando a formação de profissionais médicos com uma nova atitude nas relações com os órgãos de atenção à saúde; ressaltou a responsabilidade dos médicos com a prevenção de doenças; introduziu a epidemiologia dos fatores de risco.

Segundo Arouca (1975), o discurso da medicina preventiva emergiu em um campo formado por três vertentes: a Higiene, que surgiu no século XIX; a discussão dos custos da assistência médica; a redefinição das responsabilidades médicas que aparece no interior da educação médica.

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

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



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

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

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

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



---

A Associação Internacional de Epidemiologia (IEA) a Epidemiologia tem como objetivo descrever a distribuição e a magnitude dos problemas de saúde nas populações humanas; proporcionar dados essenciais para o planejamento, a execução e a avaliação das ações de prevenção, para o controle e tratamento das doenças, bem como para estabelecer prioridades; e identificar fatores etiológicos na genes das enfermidades.

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

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

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

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

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

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



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

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

A linha divisória que separa a prevenção da promoção apresenta-se com mais precisão no conteúdo teórico do que na prática. A promoção da saúde busca modificar condições de vida para que sejam dignas e adequadas, aponta para a transformação dos processos individuais de tomada de decisão para que sejam predominantemente favoráveis à qualidade de vida e à saúde, e orienta-se ao conjunto de ações e decisões coletivas que possam favorecer a saúde e a melhoria das condições de bem-estar. Já a prevenção, diferente da promoção, orienta-se mais às ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco ou fatores causais de grupos de enfermidades, ou de uma enfermidade específica; seu foco é a doença e os mecanismos para atacá-la mediante o impacto sobre os fatores mais íntimos que geram ou precipitam.

#### **4. Modelos internacionais de prevenção de doenças e promoção da saúde**

Após uma abordagem histórico-conceitual, passe-se agora a uma dimensão prática da pesquisa. Nesse sentido, com base na descrição de um dos maiores centros de controle e prevenção de doenças dos Estados Unidos, serão apontadas algumas iniciativas de prevenção de doenças e promoção da saúde nos setores público e privado. Será mencionada ainda uma operadora pioneira na adoção de programas norte-americanos de prevenção e promoção, uma vez que o país é considerado uma referência para algumas operadoras brasileiras de planos privados e de assistência à saúde, que se utilizam do *benchmarking* para adotar esses tipos de programas, como será mostrado ao final deste trabalho.





---

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

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

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

O CDC fornece apoio e assistência a estados para desenvolver programas de prevenção global e sustentável, atingindo as causas de morte e incapacidade, tais como doenças cardíacas, derrame cerebral, câncer e diabetes, e seus principais fatores de risco, incluindo tabagismo, nutrição deficiente e falta de atividade física (sedentarismo). Oferece, ainda, pesquisa em saúde pública para medir a frequência das doenças, identificar populações de risco, avaliar a efetividade dos programas-alvo; *expertise* científica e técnica em áreas como epidemiologia, desenho de programas e avaliação; educação pública e profissional; e estratégias de comunicação efetivas para promover saúde.

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

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

Em 1944, estabeleceu-se em Nova Iorque. Hoje, tem mais de 2,5 milhões de afiliados, o que a tornou a maior operadora de plano de saúde sem fins lucrativos no Estado de NY. Oferece um leque de coberturas médica, dental e de saúde mental (GHI, 2004).

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

## 5. A experiência do sistema público: SUS

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

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

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

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

A política de saúde consolidada no SUS define, como espaços de discussão e formulação das suas diretrizes, as Conferências de Saúde que ocorrem em todos os níveis de gestão com a participação de setores governamentais e da sociedade, tendo como espaço de



---

controle social os Conselhos de Saúde constituídos de forma tripartite – usuários, trabalhadores e gestores de saúde.

A perspectiva da promoção da saúde foi formalmente instituída no Brasil pelo Ministério da Saúde por meio do Projeto Promoção da Saúde em 1988. Segundo o documento elaborado em 2001 pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), a política de promoção da saúde buscava reorientar o enfoque das ações e dos serviços de saúde. O objetivo era a construção de uma cultura de saúde baseada nos princípios de solidariedade, equidade, ética e cidadania. A idéia era também advogar por uma dinâmica de atuação sintonizada com a defesa da qualidade de vida do cidadão brasileiro.

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

A Portaria Interministerial nº 610, de 26 de março de 2002, institui o Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina. Objetiva-se incentivar as escolas médicas de todo o país a incorporarem mudanças pedagógicas significativas em seus currículos. A portaria propõe a intervenção no processo formativo para que os programas de graduação possam deslocar o eixo da formação médica, que é centrado na assistência individual prestada em unidades hospitalares, para um outro eixo em que a formação estaria sintonizada com o SUS, especialmente a atenção básica. Nesse contexto, é preciso considerar as dimensões sociais, econômicas e culturais que se fazem presentes no processo de adoecimento humano. Dessa forma, os profissionais se instrumentam para enfrentar os problemas do binômio saúde-doença da população nas esferas familiar e comunitária, e não apenas na instância dos serviços.

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

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

O Brasil já possui uma grande experiência e investe cada vez mais em ações de prevenção e promoção no campo da saúde pública, com iniciativas semelhantes àquelas apresentadas nos modelos internacionais. Não se evidencia a existência de ações integradas entre o setor público com o setor de saúde suplementar no Brasil, muito embora este último seja responsável pelo atendimento a uma camada expressiva da sociedade brasileira.

## **6. Prevenção de doenças e promoção da saúde no mercado de saúde suplementar: o caso da Amil**

A experiência do setor de saúde suplementar foi abordada com base em um estudo realizado a partir de informações obtidas junto à Amil Assistência Médica Internacional Ltda., uma empresa brasileira, que opera planos privados de assistência à saúde, adota programas de prevenção de doenças há mais de três anos, está organizada como medicina de grupo e possui mais de um milhão de beneficiários.

Os dados do estudo foram obtidos por meio de entrevistas que buscaram identificar os modelos de programas de prevenção de doenças e/ou promoção da saúde adotados pela operadora, as vantagens que esses programas trazem para a empresa e seus beneficiários e o tipo de incentivo que, segundo a empresa, a ANS poderia oferecer às operadoras para implantação desses programas.

A Amil começou com um grupo de clínicas na Baixada Fluminense, no Rio de Janeiro, no início dos anos 70. Hoje, é uma *holding* que abrange doze empresas, entre elas a Amil Assistência Médica Internacional Ltda. Essa empresa está organizada como medicina de grupo e possui estruturas próprias no Rio de Janeiro, São Paulo, ABC Paulista, em Alphaville, Brasília e Curitiba. Por meio de seu sistema de *franchising*, atinge outras partes do Brasil. No exterior, possui sedes em Miami e Texas, nos Estados Unidos. Além da rede credenciada, a empresa de serviços hospitalares (ESHO) do grupo Amil administra uma rede de hospitais próprios.

Ao contrário da tendência apresentada pelo mercado de saúde suplementar, a empresa apresenta, índices de sinistralidade decrescentes, ou seja, uma utilização cada vez menor dos serviços de assistência médica, o que, hipoteticamente, poderia sugerir um significativo investimento na prevenção de doenças e no gerenciamento de custos.

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

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

O tratamento proposto pelo *Total Care* está relacionado às práticas da medicina preventiva secundária e terciária, ou seja, acompanhamento continuado aos clientes com doenças, mas sem sintomas clínicos e na cura ou estabilização de pacientes que apresentem uma doença já existente com manifestação clínica.

Neste programa, a estratégia de captação e identificação do cliente é feita quando o paciente se identifica como portador de cardiopatia ou diabetes; se interna para fazer algum tipo de procedimento cardiovascular; quando o médico credenciado sinaliza que o paciente apresenta um quadro muito complexo que necessita de uma estrutura especial para o tratamento, incluindo avaliação multidisciplinar; ou quando o paciente é identificado pelo programa gestor.

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

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

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

Em cada hospital próprio, existe pelo menos um médico que faz parte do programa. Assim, quando um paciente que está sendo acompanhado pelo programa é internado, o hospital aciona, via sistema, a equipe do *Total Care*, que envia ao hospital todos os exames e as orientações pertinentes ao caso, e comunica imediatamente o

---

médico responsável pelo paciente para que ele possa, se necessário, acompanhar a internação.

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

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

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

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

Segundo informações do entrevistado, o *Total Care*, ao longo de dois anos, reduziu o número de internações de sua população acompanhada na ordem de 50% e obteve uma redução no gasto anual total desse grupo de pacientes na ordem de 60%. O entrevistado informou ainda que, segundo pesquisa realizada anualmente com os clientes de todas as unidades da empresa, o *Total Care* apresenta, nos dois últimos anos, os maiores graus de satisfação dos clientes comparados a outros serviços prestados pela empresa.

A empresa disponibilizou um relatório impresso que apresenta indicadores de desempenho do programa *Total Care* no ano de 2003. Os dados foram obtidos a partir de um estudo comparativo dos resultados de algumas diretrizes de conduta pesquisadas. Essas diretrizes são elaboradas e avaliadas pelas principais sociedades médicas do Brasil e do exterior. São submetidas a revisões e atualizações continuamente. O relatório ressalta que, com o advento da era da “medicina baseada em evidências”, vêm sendo testadas numerosas intervenções capazes de reduzir o risco de doenças

cardiovasculares. É uma experiência que abrange um grande número de pacientes, a partir dos quais as recomendações comprovadas constituem um núcleo de diretrizes de conduta saudável.

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

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

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

Em 1º de março de 2001, a empresa lançou o Programa Amil Qualidade de Vida (PAQV), um modelo baseado na identificação e no controle do risco. A idéia surgiu a partir de uma pesquisa realizada pela empresa, que analisou alguns clientes na faixa de quarenta a cinqüenta anos de idade, com mais de um ano e meio de contrato, que deram entrada em algum hospital credenciado com diagnóstico de insuficiência coronariana.

Verificou-se o histórico de utilização para avaliar se aquelas pessoas haviam feito algum tratamento antes da internação. Constatou-se que, na quase totalidade dos casos, nenhum tratamento havia sido efetuado por aquelas pessoas. De onde se deduziu que, se a empresa tivesse estimulado e acompanhado de forma adequada o tratamento daquele grupo de risco, algumas doenças poderiam ter sido evitadas e a empresa teria reduzido os gastos com as internações.

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

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

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

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

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

Para evitar desvios nas respostas dadas ao questionário, a empresa desenvolveu um *software* específico para esse trabalho a ser utilizado por agentes de saúde treinados, garantindo, assim, o comprometimento e a exatidão das respostas. Conforme as respostas vão sendo registradas, o sistema vai realizando uma série de cruzamentos de dados. Ao final, o sistema fornece um relatório de todos os clientes entrevistados com o risco apresentado por cada um, apontando, inclusive, se o paciente precisa realizar algum exame complementar.

A partir desse relatório, os profissionais do PAQV entram em contato com os entrevistados que apresentam riscos, sugerindo que busquem o acompanhamento profissional em uma rede especial credenciada da empresa para que um médico, cardiologista ou endocrinologista, possa confirmar a existência desses riscos e fazer uma programação terapêutica. O médico passa, então, a utilizar o mesmo *software* para informar o resultado da avaliação e o tratamento proposto.

A Amil fornece à empresa contratante um mapa de prevalência de fatores de risco associados à ocorrência de doenças cardiovasculares: sedentarismo, tabagismo, obesidade, hipertensão, dislipidemia e Diabetes *Mellitus*. No entanto, mantém a identidade dos entrevistados em total sigilo, exceto quando a empresa possui um departamento médico. Neste caso, o médico não só manterá o sigilo por uma questão ética, como ajudará a Amil no acompanhamento dos pacientes.

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

No projeto piloto do PAQV, no Rio de Janeiro, a empresa identificou 51 hipertensos, dos quais 28 diziam não saber de sua condição; em São Paulo, a relação foi de 80 identificados e 31 desinformados sobre sua condição.

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

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



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

Segundo o entrevistado, o tempo para análise da permanência média dos clientes corporativos ainda é pequeno, uma vez que o PAQV foi estabelecido há pouco mais de três anos. O que a empresa percebe é uma fidelização a curto prazo, ou seja, por enquanto, alguns clientes corporativos se manifestaram positivamente – com pretensões de manutenção do plano – para poderem continuar com o acompanhamento de seus colaboradores identificados como de risco.

## 7. Conclusão

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

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

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

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

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

A análise dos dados fornecidos pela Amil evidencia que esses programas não só trazem ganhos financeiros, pela redução da utilização de serviços de assistência médica, em especial as internações, como também garantem melhores condições de vida

---

para os beneficiários. Em muitos casos, eles não têm conhecimento de que são portadores de alguma patologia ou que apresentam fatores de risco à sua saúde.

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

Entretanto, é necessário salientar que o investimento inicial e a manutenção levam o empresário a despender uma grande soma de dinheiro, mesmo sabendo que o resultado não é imediato. Além do cenário financeiro, existe ainda a resistência de alguns pacientes que não dão continuidade ao tratamento proposto. Há também a ausência de acesso a informações sobre o estado de saúde da população assistida pelos planos de saúde no Brasil. Elas poderiam ser obtidas por meio de informações epidemiológicas e da troca de dados entre as operadoras que já adotam programas similares. Somado a isso, autoridades médicas e instituições de pesquisa em saúde poderiam criar indicadores de qualidade, de resolutivos e de eficiência médica. Com isso, as empresas adotariam mais facilmente medidas mais adequadas à realidade do setor de saúde suplementar no país. Acabar com essas limitações certamente não é uma tarefa simples de ser alcançada, constituindo-se um desafio para a atividade regulatória da ANS.

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

A Constituição Federal é um marco jurídico na formulação de políticas de prevenção e promoção, rompendo com o antigo modelo que privilegiava uma medicina curativa. O SUS amplia cada vez mais as ações voltadas ao cuidado da saúde da população. São necessárias diretrizes para o monitoramento da linha do cuidado assistencial que estimulem a mudança de conduta na atenção à saúde e avaliem os benefícios sociais e financeiros dos programas que já estão sendo adotados por algumas operadoras.

Para dar conta desse *gap*, é fundamental o investimento no aprimoramento dos sistemas de informação existentes de forma a se

obter uma base de dados consistente, que forneça informações sobre a condição de saúde dos beneficiários atendidos pelas operadoras. Os sistemas de informação possibilitam a captura de dados de forma contínua, proporcionando a avaliação de séries históricas, de dados dos serviços, a comparação entre os desempenhos dos prestadores, a identificação do surgimento de novos agravos que necessitam de acompanhamento, subsidiando, dessa forma, a tomada de decisão.

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

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

## 8. Referências Bibliográficas

- ACKERKNECHT, E. H. Anticontagionism between 1821 and 1867. **Bulletin of the History of Medicine**, n. 22, p. 562-593, 1948.
- ALMEIDA, C. **O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar**. Brasília: IPEA, n. 599, 1998. Texto para discussão
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION: Aspirin Therapy in Diabetes. **Diabetes Care**, n. 26, p. S87-S88, 2003.
- AMIL. **Indicadores de desempenho**. Rio de Janeiro: Amil, 2003.
- AROUCA, A. S. S. **O dilema preventivista: contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva**. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1975.
- BAHIA, L.; VIANA, A. L. Introdução. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, v. 1., p. 9-18, 2002.
- BERLOWITZ, Dr.; ASHA S.; HICKEY E. C. et al. Hypertension management in patients with diabetes: the need for more aggressive therapy. **Diabetes Care**, n.26, p. 355-339, 2003.
- BERRIDGE, V. Historical and policy approaches to the evaluation of health promotion. In: THOROGOOD, M.; C. YOLANDE, C. **Evaluating health promotion practice and methods**. Oxford: Oxford University Press, 2000.

---

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CONSU nº 5, de 4 de novembro de 1998.

BRASIL. Resolução RDC nº 39, de 27 de outubro de 2000.

BRASIL. Resolução RDC nº 77, de 17 de julho de 2001.

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria do Ministério da Saúde GM/MS nº 1.359, de 21 de julho de 2003, **Diário Oficial da União** de 23/7/03, MS), 2003 b.

BRASIL Congresso Nacional. Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998. Alterada pela Medida Provisória nº 2.177- 44, de 24 de agosto de 2001. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

BRASIL Congresso Nacional. Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001.

BRASIL Congresso Nacional. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Estatuto do Idoso.

BRASIL Presidência da República. Decreto-Lei nº 78.231, de 12 de agosto de 1976.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CAPONI, S. A saúde como abertura do risco. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M.. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CASTELLANOS, P. L. A Epidemiologia e a organização de sistemas de saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & saúde.** 4 ed. São Paulo: MEDSI, 1994. p. 477-484

CENTERS for Disease Control and Prevention – CDC. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/aboutcdc.htm>>. Acesso em: 22 abr. 2004.

CHIN; M. H.; SU, A. W.; JIM, L. et al. Variations in the care of elderly persons with diabetes among endocrinologists, general internists, and geriatricians. **J. Gerontol A Biol. Sci. Med. Sci.**, n. 55, p. M601-606, 2000.

---

COSTA, N. R. et al. O desenho institucional da Reforma Regulatória e as falhas de mercado no setor saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, p.195, 2001.

CZERESNIA, D. **Do contágio à transmissão**: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

CZERESNIA, D. **Ações de promoção à saúde e prevenção de doenças**: o papel da ANS. Disponível em: [www.ans.gov.br/portal/site/forum\\_saude/EAatencaoasaude.asp](http://www.ans.gov.br/portal/site/forum_saude/EAatencaoasaude.asp)>. Documento técnico elaborado para o Fórum de Saúde Suplementar, 2004.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

FARAGON, J. J.; WAITE, N. M.; HOBSON, E. H. et al. Improving aspirin prophylaxis in a primary care diabetic population. **Pharmacotherapy**, v. 23, p. 73-79, 2003.

FERREIRA, A.B.H. **Novo dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FILHO, A. N. Anotações sobre a história da Epidemiologia. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & saúde**. 4 ed., Rio de Janeiro: MEDSI, 1994. p. 1-6.

FOUCAULT, M., 1987. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 19—.

GAEDE, P.; VEDEL, p.; LARSEN, N. et al. Multifactorial Intervention and Cardiovascular Disease in Patients with Type 2 Diabetes. **N. Engl. J. Med**, n. 348, p. 383-393, 2003.

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

HEALTH Plan Employer Data and Information Set – HEDIS, 1987. Disponível em: <http://www.ncqa.org/Programs/HEDIS/>. Acesso em: 22 abr. 2004.

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

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

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

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

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

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

MIRANDA C. R. **Gerenciamento de custos em planos de assistência à saúde**. In: FÓRUM DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2003.

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

---

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

NUNES, E. D. Saúde coletiva: história e paradigmas. **Interface**: comunicação, saúde e educação, n. 3, p.107-16, 1998.

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

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

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

PENDERGRASS, N. L.; SUWATTEE, P.; LYNCH, J. C. Quality of care for diabetic patients in a large urban public hospital. **Diabetes Care**, v. 26, p. 563-568, 2003.

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

ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social**: ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

ROUQUAYROL, M. Z. & FILHO, N. A., 2003. **Epidemiologia & saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI.

ROUQUAYROL M. Z. & GOLDBAUM M. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças In: **Epidemiologia & Saúde**. (M. Z. Rouquayrol & N. A. Filho). 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 17.

SIGERIST, H. E. **The university at the crossroads**. New York: Henry Schumann Publishers, 1946.

STRAKA, R. J.; TAHERI, R.; COOPER, S. L. et al. Assessment of hypercholesterolemia control in a managed care organization. **Pharmacotherapy**, n. 21, p. 818-827, 2001.

SUSEP. Ministério da Fazenda. Disponível em: <http://www.susep.gov.br/menubiblioteca/glossario.asp>. Acesso em: 27 abr. 2004.

TEIXEIRA C. F. Prevenção, promoção e vigilância da saúde. In: \_\_\_\_\_ (Org). **O futuro da prevenção**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

TERRIS, M. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública. In: **OPS. Promoción de la salud**: una antología. Washington: OPS, Publ. Cient. 557 p. 37-44, 1996.

TORRES, C.H. **Ensino de Epidemiologia na Escola Médica**: institucionalização da epidemiologia como disciplina na faculdade de medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, 2002.

TORRES, C.H.; CZERESNIA, D. **A institucionalização da epidemiologia como disciplina na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro**. História, Ciências, Saúde: Manguinhos. v. 10, n. 2, 2003.

UKPDS Group. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38. **Br Méd J**; n. 317, p. 703-713,1998.

VIGILÂNCIA epidemiológica. Disponível em: <<http://planeta.terra.com.br/saude/antibios/pdf/vigilancia.pdf>>.

WHO (World Health Organization). **The Ottawa charter for health promotion**. Ottawa: Canadian Public Health Association, 1986.