

AÇÕES DE PREVENÇÃO DE RISCOS E DOENÇAS NO SETOR SUPLEMENTAR DE SAÚDE

ACTIONS OF RISK/DISEASE PREVENTION BY PRIVATE HEALTH INSURANCE COMPANIES

ACCIONES DE PREVENCIÓN DE RIESGO Y ENFERMEDADES EN EL SECTOR DE SALUD SUPLEMENTARIA

Adriano Marçal Pimenta¹
Carlos Henrique Campos Castanheira²
Francisco Carlos Félix Lana³
Deborah Carvalho Malta⁴

RESUMO

O objetivo com esta pesquisa foi descrever o perfil dos programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças desenvolvidos por 29 operadoras de planos privados de saúde de Belo Horizonte-MG. Trata-se de um estudo transversal, descritivo-exploratório, no qual foram utilizados dados repassados ao grupo de pesquisa pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, que, em maio de 2008, enviou um requerimento de informações solicitando às operadoras que respondessem a um questionário sobre o desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças. O perfil desses programas foi caracterizado por meio da apresentação de tabelas de distribuição de frequências absolutas e/ou relativas das variáveis de interesse. As ações de prevenção de riscos e doenças foram realizadas por 41,4% das operadoras. As doenças/situações de saúde mais enfatizadas para o adulto e o idoso foram diabetes *mellitus*, hipertensão, sobrepeso/obesidade e alimentação saudável. Com a implantação dos programas, houve redução do número de exames, consultas, atendimentos de urgência/emergência e custos assistenciais. Os resultados alcançados podem ser considerados positivos até o momento. Entretanto, fazem-se necessárias a ampliação do número de operadoras oferecendo os programas, a integração das ações desenvolvidas e a ênfase na promoção da saúde.

Palavras-chave: Prevenção e Controle; Fatores de Risco; Doença Crônica; Saúde Suplementar.

ABSTRACT

The present research aims to describe the profile of health promotion and risks/diseases prevention programs developed by 29 private healthcare providers in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil. This is a cross-sectional, descriptive exploratory study that used data provided by the National Health Insurance Agency. In May 2008, private health insurance providers were sent a request for information on their health promotion and risks/diseases prevention programs. The programs profiles were characterized by distribution tables of absolute frequencies and / or by variables of interest. The risks/diseases prevention actions were performed by 41.4% of the providers. The diseases/health conditions more emphasized in adult and elderly clients were diabetes *mellitus*, hypertension, overweight/obesity, and healthy eating. Implementation of the programs decreased the number of examinations, consultations, emergency attendances, and healthcare costs. Up until now results can be considered positive. However the increase in the number of private health care providers offering such programs is needed as well as the integration of health actions plans, and the emphasis on health promotion.

Keywords: Prevention and Control; Risk Factors; Chronic Disease; Private Health Insurance.

RESUMEN

La presente investigación busca describir el perfil de los programas de prevención de riesgo y enfermedades desarrollados por 29 operadoras de planes privados de salud de la ciudad de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais, Brasil. Se trata de un estudio transversal, descriptivo exploratorio que utilizó datos enviados por la Agencia Nacional de Salud Suplementaria que, en mayo de 2008, solicitó a las operadoras que contestasen un cuestionario referente al desarrollo de programas de promoción de la salud y prevención de riesgo y enfermedades. El perfil de dichos programas se caracterizó por la presentación de tablas de distribución de frecuencias absolutas y/o relativas de las variables de interés. Un 41,4% de las operadoras llevó a cabo acciones de prevención de riesgo y enfermedades. Las enfermedades/situaciones de salud más destacadas para el adulto y para las personas mayores fueron diabetes *mellitus*, hipertensión, sobrepeso/obesidad y alimentación saludable. Con la implantación de los programas hubo reducción de los números de exámenes, consultas, atención de urgencia/emergencia y costos asistenciales. Por ahora, los resultados logrados pueden ser considerados positivos. Sin embargo, es necesario ampliar el número de operadoras que ofrecen programas, integrar las acciones desarrolladas y realzar la promoción de la salud.

Palabras clave: Prevención y Control; Factores de Riesgo; Enfermedad Crónica; Salud Suplementaria.

¹ Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor adjunto I do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

² Enfermeiro. Especialista em Enfermagem de Urgência, Emergência e Atendimento Pré-Hospitalar. Mestrando em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da UFMG. Professor assistente do Centro Universitário UMA.

³ Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor assistente II do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da UFMG.

⁴ Médica. Doutora em Saúde Coletiva. Professora adjunta I do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da UFMG. Coordenadora da Área de Doenças e Agravos não Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

Endereço para correspondência – Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem da UFMG. Av. Alfredo Balena, 190 – Santa Efigênia, Belo Horizonte, Minas Gerais. CEP: 30130-100. 4º andar, sala 422. Tel.: +55 31 3409-9180. Fax: +55 31 3409-9860. E-mail: adrianomp@ufmg.br

INTRODUÇÃO

As doenças e agravos não transmissíveis (DANTs) compõem um grupo de afecções que se caracterizam por apresentar, de forma geral, longo período de latência, tempo de evolução prolongado, etiologia não elucidada totalmente, lesões irreversíveis e complicações que acarretam graus variáveis de incapacidade ou óbito. Dentre elas se destacam as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias, a obesidade, as dislipidemias, as doenças respiratórias e o diabetes.^{1,2}

Em decorrência do processo de transição epidemiológica, atualmente, as DANTs são as principais causas de morbimortalidade em todo o mundo.¹ No Brasil, mais de 50% dos óbitos e das internações hospitalares decorrem desse grupo de enfermidades.^{3,4}

As DANTs geram, ainda, elevado ônus social e econômico ao sistema de saúde público brasileiro, visto que dos 7 bilhões de reais gastos para custear as hospitalizações realizadas pelo Sistema Único de Saúde em 2006, aproximadamente, 3 bilhões foram consumidos no pagamento das internações por essas causas.⁵ Ademais, a maioria dos auxílios-doença e aposentadorias precoces por invalidez concedidos pelo Ministério da Previdência e Assistência Social é decorrente desse grupo de enfermidades, especialmente, para um público jovem e de meia idade, entre 20 e 60 anos.⁶

Estima-se que o controle dos mais importantes fatores de risco das DANTs poderia evitar pelo menos 80% dos casos de adoecimento e morte por essas causas.¹ Nesse contexto, esforços para a modificação desse cenário têm sido empreendidos há vários anos pelo setor público de saúde e, mais recentemente, também, pela saúde suplementar.⁷

A saúde suplementar foi regulamentada, no Brasil, por meio das leis nº 9.656/1998⁸ e nº 9.961/2000⁹. Esta última criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), responsável pela regulação do setor.

As três ênfases principais na atuação da ANS no processo regulatório da saúde suplementar são: 1) regulação financeira das operadoras ou a capacidade de manter a prestação da assistência à saúde aos seus beneficiários; 2) fiscalização sob a perspectiva dos direitos dos consumidores; 3) regulação dos produtos ofertados quanto às coberturas e preços.¹⁰

Recentemente, outra linha de atuação no processo regulatório que tem sido priorizada é a preocupação com a assistência ofertada ou a regulação assistencial. Nesse sentido, um conjunto de ações foi realizado, visando induzir nova praxis, preocupada com o resultado assistencial e com a qualidade do cuidado instituído,¹¹ com destaque para o Programa Nacional de Qualificação, implantado em 2004, que tem buscado induzir o mercado na adoção de práticas de qualificação da assistência e monitoramento de indicadores de qualidade,¹² e para a publicação, em março de 2005, da Resolução Normativa (RN) nº 94, estimulando as operadoras a implantar ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças.⁷

Apesar de serem usadas algumas vezes como sinônimas, a prevenção de doenças e a promoção da saúde são conceitos muito distintos. O primeiro diz respeito a intervenções sobre fatores de risco a fim de evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. Já o segundo refere-se a medidas mais amplas e não direcionadas a determinada doença ou agravo, mas que almejam aumentar a saúde e o bem-estar gerais.¹³

Como resultado das iniciativas da ANS, 420 programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças foram criados pelas operadoras de planos de saúde. Entretanto, a maioria deles tinha baixa abrangência e cobertura, baixa consistência técnica, ausência de monitoramento e avaliação das ações implementadas, ausência de medidas que garantissem a sustentabilidade das ações e pouca ênfase na promoção da saúde.⁷ Em decorrência da baixa qualidade dos programas e na tentativa de aprimorá-los, a ANS realizou seminários nacionais de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar entre 2005 e 2007, além de publicar um manual técnico sobre o assunto.⁷

Assim, a fim de avaliar novamente os programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças desenvolvidos no setor de saúde suplementar, a ANS enviou, em maio de 2008, um requerimento de informações solicitando às operadoras que respondessem a um questionário sobre o desenvolvimento desses programas.⁷

Portanto, o objetivo com este estudo foi descrever o perfil dos programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças desenvolvidos no setor de saúde suplementar em Belo Horizonte.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de delineamento transversal, descritivo e exploratório, cuja fonte de dados constituiu-se de questionários enviados pelas operadoras de planos de saúde de Belo Horizonte à ANS, como resposta ao requerimento de informação de maio de 2008, relatando o desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças.

Segundo os cadastros da ANS, existem 65 operadoras de planos privados de saúde com sede na cidade de Belo Horizonte, sendo 12 exclusivamente odontológicas. Para a análise dos dados deste estudo, foram excluídas as operadoras exclusivamente odontológicas e apenas 29 das restantes responderam ao questionário da ANS.

Com base em planilhas eletrônicas repassadas pela ANS ao nosso grupo de pesquisa, foi criado um banco de dados no formato SPSS (versão 15.0). O questionário continha 6 blocos de questões, entretanto, para este estudo, foram trabalhados os seguintes: Bloco 1: Informações gerais; Bloco 3: Programas de Promoção e Prevenção; Bloco 6: Área de Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso.

O perfil dos programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças desenvolvidos pelas

operadoras de plano de saúde de Belo Horizonte foi caracterizado por meio da apresentação de tabelas de distribuição de frequências absolutas e/ou relativas das variáveis de interesse.

Este estudo faz parte de um projeto de pesquisa mais amplo, intitulado "A regulação em saúde produzida pela ANS e sua repercussão no mercado de saúde suplementar e visão dos usuários", aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (Protocolo nº 013/07), estando, portanto, em consonância com a Declaração de Helsinki e a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.¹⁴

RESULTADOS

Em Belo Horizonte, 29 operadoras de planos privados de saúde responderam ao questionário sobre o desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças. Desse total, apenas 41,4% disseram que ofereciam aos seus beneficiários esse serviço (TAB. 1).

Com relação ao mapeamento periódico do perfil de morbimortalidade dos beneficiários de planos de saúde de Belo Horizonte, observa-se que a maioria das operadoras utilizou como fonte de dados seus cadastros de frequência de realização e/ou solicitação de consultas, exames e internações. Destacaram-se, também, o cálculo de estimativas baseado em prevalências populacionais e no inquérito telefônico. No que diz respeito à assistência domiciliar, a frequência de prestação desse serviço pelas prestadoras de planos de saúde foi inferior a 30%, tanto na modalidade de grupos específicos quanto para todos os beneficiários (TAB. 1).

No que se refere às áreas de atenção à saúde contempladas pelos programas, as mais privilegiadas foram a saúde do adulto e do idoso e a saúde da mulher. A maioria das operadoras de planos privados de saúde contava com equipe própria para a realização dos programas (91,7%), que eram oferecidos de maneira quase igualitária nas modalidades coletiva e individual/coletiva (TAB. 2).

TABELA 2 – Programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na Saúde Suplementar: áreas de atenção à saúde, equipe responsável e modalidades dos planos de saúde – Belo Horizonte, 2008.

Variáveis	n	%
<i>Áreas de atenção à saúde</i>		
Criança	6	50,0
Adolescente	7	58,3
Adulto e idoso	9	75,0
Mulher	9	75,0
Mental	2	16,7
Bucal	4	33,3
<i>Equipe responsável</i>		
Própria operadora	11	91,7
Terceiros	7	58,3
<i>Modalidade dos planos</i>		
Planos individuais	1	8,3
Planos coletivos	6	50,0
Planos individuais e coletivos	5	41,7

Nota: O total ultrapassou 100%, pois era possível selecionar mais de uma opção de resposta por pergunta.

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados da pesquisa.

TABELA 1 – Programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na Saúde Suplementar: oferta, mapeamento periódico do perfil de morbimortalidade e inclusão em serviço de assistência domiciliar – Belo Horizonte, 2008.

Variáveis	n	%
Oferta dos programas	12	41,4
Mapeamento periódico do perfil de morbimortalidade	12	41,4
Questionário sobre perfil de saúde	4	13,8
Cálculo de estimativas a partir de prevalências populacionais	7	24,1
Inquérito telefônico	6	20,7
Inquérito domiciliar	3	10,3
Frequência de realização de consultas	9	31,0
Frequência de realização e/ou solicitação de exames	10	34,5
Frequência de realização e/ou solicitação de internações	11	37,9
Prontuário eletrônico	3	10,3
<i>Assistência domiciliar</i>		
Todos os beneficiários	8	27,6
Grupos específicos de beneficiários	7	24,1

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados da pesquisa.

As estratégias de sensibilização mais utilizadas pelas operadoras de planos de saúde para a realização de programas foram a distribuição de materiais de divulgação, a capacitação (protocolos) e a apresentação de seminários. Já para melhorar a adesão dos beneficiários aos programas, o envio de materiais de divulgação e as ligações telefônicas foram as estratégias mais frequentemente empregadas. Entretanto, a isenção de coparticipação (situação na qual a operadora

financia parte do tratamento e o beneficiário arca com o restante da despesa) foi uma ferramenta pouco utilizada. As formas encontradas pelas operadoras para inserir beneficiários nos programas são muito heterogêneas, porém, destaca-se a pouca frequência de encaminhamento médico (TAB. 3).

Com relação à satisfação dos beneficiários com os programas ofertados pelas operadoras, a maioria se manifestou de maneira positiva (91,7%).

TABELA 3 – Programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na Saúde Suplementar: estratégias para sensibilização das prestadoras de saúde, adesão e captação dos beneficiários – Belo Horizonte, 2008.

Variáveis	n	%
<i>Estratégias de sensibilização das prestadoras</i>		
Seminários	7	58,3
Capacitação (protocolos)	6	50,0
Materiais de divulgação	10	83,3
Pagamento por desempenho	1	8,3
Nenhuma	1	8,3
<i>Estratégias de adesão dos beneficiários</i>		
Envio materiais de divulgação	12	100,0
Ligações telefônicas	10	83,3
Isenção de co-participação para realização de procedimentos preventivos	4	33,3
Encontros e atividades lúdicas	8	66,7
Propagandas	6	50,0
Acompanhamento por profissional de saúde gerenciador	8	66,7
Busca ativa de faltosos	8	66,7
Agendamento prioritário	7	58,3
<i>Estratégias de captação dos beneficiários*</i>		
Telefone	7	77,7
Demanda espontânea	7	77,8
Faixa etária	9	100,0
Presença fatores de risco	6	66,7
Prontuários	9	100,0
Guia de cobrança dos procedimentos	5	55,6
Encaminhamento médico	4	44,4
Frequência de utilização	7	77,8
Exames periódicos	7	77,8
Internações	4	44,4
Encaminhamento pelos prestadores	7	77,8
Sala de espera	5	55,6
Outros	1	11,1

Nota: O total ultrapassou 100%, pois era possível selecionar mais de uma opção de resposta por pergunta. *Para essa variável, três operadoras deixaram de responder a essa questão, por isso o percentual de 100,0% passou a ser referido ao n = 9.

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados da pesquisa.

As principais doenças, os principais problemas ou as principais situações relacionadas à saúde do adulto e do idoso abordados pelos programas das operadoras de planos de saúde foram diabetes *mellitus*, alimentação saudável, sobrepeso/obesidade e hipertensão (TAB. 4).

No que se refere às atividades individuais realizadas nos programas, a maioria foi relativa ao atendimento de saúde pelos profissionais médicos, nutricionistas e

enfermeiros. Por conseguinte, as principais atividades coletivas desenvolvidas nos programas foram, também, orientações com esses profissionais (TAB. 5).

Como principais resultados obtidos após a implementação dos programas, destacaram-se: a redução do número de consultas (44,4%), exames complementares (55,6%), atendimentos de urgência e emergência (44,4%) e a diminuição dos custos assistenciais (55,6%).

TABELA 4 – Programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na Saúde Suplementar: saúde do adulto e do idoso – Belo Horizonte, 2008.

Variáveis	n	%
<i>Programas de saúde do adulto e do idoso</i>		
Alcoolismo	3	33,3
Alimentação saudável	8	88,9
Cânceres	6	66,7
Diabetes mellitus	9	100,0
Dislipidemia	6	66,7
Doenças sexualmente transmissíveis	2	22,2
Doenças cardiovasculares	6	66,7
Doenças ocupacionais	3	33,3
Gestão de crônicos	6	66,7
Hipertensão	7	77,8
Imunização	4	44,4
Inatividade física	5	55,6
Insuficiência cardíaca	6	66,7
Insuficiência respiratória/Reabilitação pulmonar	5	55,6
Osteoporose	2	22,2
Saúde bucal	2	22,2
Sobrepeso / Obesidade	7	77,8
Tabagismo	4	44,4
Terceira Idade	6	66,7

Nota: O total ultrapassou 100%, pois era possível selecionar mais de uma opção de resposta por pergunta. Para essa variável, três operadoras deixaram de responder a essas questões, por isso o percentual de 100,0% passou a ser referido ao n = 9.

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados da pesquisa.

TABELA 5 – Programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na Saúde Suplementar: atividades individuais e coletivas – Belo Horizonte, 2008.

Variáveis	n	%
<i>Atividades individuais</i>		
Atendimento com médico	9	100,0
Atendimento com enfermeiro	7	77,8
Atendimento com nutricionista	8	88,9
Atendimento com profissional de educação física	2	22,2
Atendimento com assistente social	6	66,7
Atendimento com fisioterapeuta	6	66,7
Atendimento com fonoaudiólogo	6	66,7
Atendimento com psicólogo	7	77,8
Atendimento odontológico	2	22,2
Atendimento com terapeuta ocupacional	5	55,6
Exames para rastreamento e/ou acompanhamento	6	66,7
Assistência farmacêutica	4	44,4
<i>Atividades coletivas</i>		
Palestras	8	88,9
Atividade física	4	44,4
Atividade lúdica	5	55,6
Atividade preventiva em odontologia	2	22,2
Orientação com médico	7	77,8
Orientação com enfermeiro	7	77,8
Orientação com nutricionista	7	77,8
Orientação com profissional de educação física	3	33,3
Orientação com assistente social	4	44,4
Orientação com fisioterapeuta	4	44,4
Orientação com fonoaudiólogo	2	22,2
Orientação com psicólogo	4	44,4
Orientação com cirurgião dentista	2	22,2
Orientação com terapeuta ocupacional	2	22,2

Nota: O total ultrapassou 100%, pois era possível selecionar mais de uma opção de resposta por pergunta. Para esse grupo de variáveis, três operadoras deixaram de responder a essas questões, por isso o percentual de 100,0% passou a ser referido ao n = 9.

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

Neste estudo, buscou-se descrever o perfil dos programas de prevenção de riscos e doenças desenvolvidos no setor de saúde suplementar em Belo Horizonte. Das 29 operadoras que responderam ao requerimento de informações da ANS, 41,4% referiram oferecer aos seus beneficiários serviços de promoção e prevenção. Mesmo com todas as evidências acumuladas sobre o benefício de tais práticas^{1,15} e com a indução ofertada pela ANS, inclusive com os estímulos de redução de necessidade de reservas,¹⁶ essa ação ainda não foi incorporada como um serviço essencial para a maioria das operadoras. Entretanto, aquelas com maior número de beneficiários aderiram à prática. Por outro lado, pelas características dos programas implementados, evidenciou-se que se tratava, na maioria das vezes, de estratégias de prevenção de riscos e doenças, com pouca ênfase em ações de promoção da saúde. Esse fato pode ser comprovado nos resultados sobre as principais doenças, problemas ou situações relacionadas à saúde do adulto e do idoso abordados pelos programas, dos quais apenas a alimentação saudável se destacou como uma estratégia de promoção da saúde, sendo que as demais abordavam a prevenção de doenças (diabetes *mellitus*, sobrepeso/obesidade e hipertensão).

Com relação ao mapeamento do perfil de morbimortalidade dos beneficiários, observou-se que 41,4% das operadoras o realizavam, porém, usando como estratégia principal a realização e/ou solicitação de consultas, exames e internações. Esses itens de despesas foram descritos no processo de regulação assistencial em estudos realizados em operadoras.^{10,17} Algumas operadoras realizam a avaliação dos gastos por paciente e por prestador monitorando os usuários de maior dispêndio: envia-os para programas específicos de prevenção de doenças ou disponibiliza cuidadores de idosos.^{10,18}

Foi baixa a frequência da assistência domiciliar (30%), modalidade que tem crescido na oferta das operadoras, motivada por melhores cuidados e pelo custo menor em comparação com a assistência hospitalar.^{10,18}

No que diz respeito ao oferecimento dos programas, observou-se a tendência de eles serem realizados pela própria operadora. Se antes apenas as operadoras de planos de saúde caracterizadas como “Medicina de Grupo” investiam em serviços próprios, recentemente, essa situação tem sido incorporada, também, pelas “Cooperativas Médicas”. A justificativa para essa mudança se dá em razão de aprimorar o controle do acesso do usuário aos serviços, a qualidade e os preços praticados.^{10,18}

Quanto à disponibilidade de programas em maior proporção em planos coletivos e planos individuais/coletivos em relação àqueles estritamente individuais, esse resultado está em consonância com achados de pesquisas anteriores, pois a oferta era maior em planos coletivos, ficando os serviços disponibilizados pelos planos individuais mais restritos às consultas, exames e internações.^{10,18}

Com relação às estratégias de sensibilização das operadoras de planos de saúde para a realização dos programas, podemos considerar que são pouco efetivas, sendo baseadas na distribuição de materiais de divulgação, não mobilizando os prestadores, especialmente os médicos. A ação que resultaria em maior efetividade, o pagamento por desempenho foi adotado por apenas uma operadora. Procedimentos semelhantes foram descritos em pesquisa realizada em 2004, na qual essa mesma operadora já apresentava estratégia de pagamento diferenciado por resultados alcançados em cuidados adotados em idosos e crianças.¹⁸

Da mesma forma, as estratégias utilizadas para melhorar a adesão dos beneficiários também é insuficiente, como o envio de materiais de divulgação e ligações telefônicas. A isenção de coparticipação, que seria uma ferramenta bastante motivadora, foi pouco utilizada.

As formas encontradas pelas operadoras para buscar participantes foram interessantes, destacando-se a identificação de pacientes de maior risco, seja por faixa etária, seja por utilização, busca em prontuários e acúmulo de fatores de risco. Todas são estratégias de busca corretas e já descritas em estudos prévios.¹⁹ Chama a atenção a baixa frequência de encaminhamento médico, talvez por não acreditarem nas evidências da promoção e prevenção. Esse aspecto é muito negativo pelo fato de o médico ser o maior indutor de procedimentos. Caso ele não indique os programas de promoção e prevenção, estes terão baixa implementação, devendo as operadoras desencadear ação no sentido de reversão dessa tendência. O fato de não serem ainda consideradas práticas de responsabilidade do prestador médico, e sim das operadoras em serviços específicos, tem sido um grande motivo de os programas de promoção da saúde e prevenção de doenças não terem ganhado grande centralidade no setor suplementar.¹⁹ Ademais, as operadoras de planos privados de saúde, em geral, têm um controle muito acirrado dos exames e procedimentos solicitados pelos médicos e, portanto, a proposta de investimento em programas de prevenção de riscos e doenças requer mudanças estruturais e culturais.

Os programas disponibilizados eram centrados, ainda, nas doenças apresentadas pela população adulta e idosa entre os beneficiários, tais como a hipertensão, o diabetes *mellitus* e a obesidade. Foram, ainda, lembradas inúmeras outras opções de grupos de doenças (DPOC, câncer, cardiovasculares, gestão de crônicos), o que caracteriza muito mais programas de prevenção do que de promoção da saúde. Outros programas foram oferecidos em menor frequência, destacando-se a alimentação saudável e a atividade física.

As atividades realizadas nos programas caracterizaram-se por atendimentos individuais e orientações coletivas, realizados pelos profissionais (médicos, nutricionistas e enfermeiros), o que corrobora a tese de que a ênfase maior é na prevenção e orientação para pacientes com fatores de risco e enfermidades específicas. Ademais,

pelas características do questionário aplicado em resposta ao requerimento de informação da ANS, não é possível fazer um aprofundamento sobre em que consiste e caracteriza o atendimento individual e a orientação coletiva dos profissionais de saúde. Entende-se que essa última atividade diz respeito aos grupos de educação em saúde com pacientes portadores de doenças e agravos específicos à saúde.

Os principais resultados obtidos após a implementação dos programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças relatados pelas operadoras foram a redução do número de consultas, exames complementares, atendimentos de urgência e emergência, além da diminuição dos custos assistenciais. Estudos mostram que investir na promoção da saúde e na prevenção de riscos e doenças é custo efetivo.¹

Em relação aos limites da pesquisa, seus achados devem ser avaliados com cautela no que diz respeito à validade externa, visto que as operadoras que atuam em Belo Horizonte com sede em outro município não foram incluídas no estudo. As informações constam de uma base secundária, não sendo analisadas informações mais precisas – por exemplo, a descrição sobre os resultados alcançados deverá ser relativizada, devendo essa conclusão ser objeto de outra metodologia de investigação.

Esse tipo de estudo é importante para a compreensão dos novos mecanismos regulatórios e de indução que têm sido adotados pela ANS e para mostrar que eles estão ganhando capilaridade. Observa-se que as práticas de prevenção de riscos e doenças têm se difundido, pois 41,4% já eram realizadas, mas ainda não se alcançou o universo das operadoras e prestadores em Belo Horizonte, fato que pode ser explicado dada

a persistência do modelo assistencial baseado em procedimentos. Entretanto, estudos têm mostrado que em algumas operadoras esse cenário tem sido diverso, com a implantação de práticas inovadoras, gestão de risco, práticas de captação, acompanhamento e monitoramento de usuários, com êxito nas respostas, programas de promoção e prevenção bem estruturados e implantados, tanto no Brasil quanto em outros países.¹⁵ Essas medidas já inovaram e mudaram a forma de operar e a prática discursiva das operadoras,¹⁶ especialmente em razão das inúmeras evidências dos benefícios da promoção da saúde na redução das DCNT.¹

CONCLUSÃO

Em virtude do pouco tempo de implantação de medidas de incentivo ao desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças pelas operadoras de planos privados de saúde, os resultados alcançados em Belo Horizonte podem ser considerados positivos até o momento. Entretanto, é fundamental a ampliação do número de operadoras oferecendo os programas, a integração das ações desenvolvidas, a melhoria no registro de participação dos beneficiários e o aumento da ênfase na promoção da saúde, e não simplesmente na prevenção das doenças.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos parceiros que viabilizaram a realização deste estudo: à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), pelo fornecimento dos dados, e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo suporte financeiro.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Preventing Chronic Diseases: a vital investment. Geneva: World Health Organization; 2005.
2. Xavier FA, Barboza LF, Monteiro AMP, Santos LC, Oliveira DR. Fatores de risco cardiovascular entre docentes de uma universidade pública de Minas Gerais. *REME Rev Min Enferm.* 2010; 14(4): 465-72.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Informações epidemiológicas e de morbidade. [Citado 2009 nov. 24]. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Distribuição do gasto com internação hospitalar no SUS por grupos de causa, na UF, Região a que pertence a UF e no Brasil. 2009. [Citado 2009 nov. 24]. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>.
6. Moura AAG, Carvalho EF, Silva NJC. Repercussões das doenças crônicas não-transmissíveis na concessão de benefícios pela previdência social. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2007; 12 (6): 1661-72.
7. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Panorama das Ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2008.
8. Brasil. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Regulamenta a Saúde Suplementar no Brasil e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 4 jun. 1998. Seção 1.
9. Brasil. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 8 jan. 2000. Seção 1.
10. Malta DC, Cecílio LCO, Merhy EE. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. *Ciênc Saude Coletiva.* 2004; 9(2): 433-44.
11. Santos FP, Merhy EE. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. *Interface (Botucatu).* 2006; 10 (19): 25-41.
12. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informações. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2009. [Citado 2009 mar. 25]. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portal/site/>>.

13. Czeresnia D. The concept of health and the difference between promotion and prevention. *Cad Saúde Pública*. 1999; 15(4): 701-9.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
15. Malta DC, Jorge AO. Modelos assistenciais na saúde suplementar: o caso de uma operadora de autogestão. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 13(5): 1535-42.
16. Santos FP, Malta DC, Merhy EE. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 13(5): 1463-75.
17. Ribeiro JM, Lobato LVC, Vaitsman J, *et al*. Procedimentos e percepções de profissionais e grupos atuantes em mercados de planos de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 13(5): 1477-87.
18. Malta DC, Jorge AO. O mercado de saúde suplementar e análise dos dados das operadoras selecionadas. In: Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Duas faces da moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar*. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2005.
19. Cecílio LC, Aciole GG, Menezes CS, Iriart C. A saúde suplementar na perspectiva da microrregulação. In: Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Duas faces da moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar*. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2005.

Data de submissão: 17/6/2011

Data de aprovação: 1º/8/2012