

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

**ESCOLA DE ENFERMAGEM E SAÚDE COLETIVA**

**BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA**

Marina Marques Moreira

**POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: UMA ANÁLISE COMPARATIVA  
ENTRE OS SUBSISTEMAS PÚBLICO E PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À  
SAÚDE**

Porto Alegre

2017

MARINA MARQUES MOREIRA

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

**ESCOLA DE ENFERMAGEM E SAÚDE COLETIVA**

**BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA**

**POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: UMA ANÁLISE COMPARATIVA  
ENTRE OS SUBSISTEMAS PÚBLICO E PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À  
SAÚDE**

Trabalho de conclusão de curso de Bacharelado em Saúde Coletiva apresentado para Universidade Federal do Rio Grande do Sul- UFRGS, como requisito para a obtenção do título de Sanitarista.

Orientadora: Profa. Lisiane Bôer Possa

Porto Alegre

2017

*“Gracias a la vida, que me ha dado tanto (...)”*

*Violeta Parra*

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus amados pais, Mirian e Luis, por sempre acreditarem em mim, respeitando as minhas escolhas e encorajando-me em todos os momentos da vida, sem medir esforços para que eu chegasse até aqui... Vocês são o maior tesouro que possuo!

Aos meus irmãos, Tayguara, Rita e Mara, posso dizer que sou um pouquinho de cada um de vocês, tendo-os como minhas referências. Gratidão pelo incentivo e apoio constante!

À Lisiane, minha querida professora e orientadora, sou muito grata por todos ensinamentos e pela paciência neste processo de orientação, principalmente, por sua sensibilidade e compreensão a respeito da minha realidade enquanto estudante/trabalhadora.

Aos professores e colegas do curso de Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pela convivência, aprendizado e experiências compartilhadas ao longo da graduação que, sem dúvida, contribuíram muito para a minha formação e visão de mundo.

Agradeço, também, a todos os amigos e amigas que torceram por mim e que me acompanharam nesta caminhada.

## **RESUMO**

Este trabalho tem por objetivo investigar as diferenças e semelhanças no conteúdo da Política Nacional de Promoção da Saúde nos subsistemas suplementar e público estatal. Os desdobramentos analíticos da conceituação de promoção da saúde, assim como, a construção das políticas e ações em ambos os subsistemas de assistência à saúde. Para isso, tornou-se fundamental, e necessário, conhecer os conceitos que norteiam a promoção da saúde, o desenvolvimento desta política nos subsistemas público e privado de saúde, tendo como referência a criação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, coube, delinear a trajetória da construção da Política Nacional de Promoção da Saúde e fazermos uma análise comparativa desta, descrevendo e analisando os conceitos, programas e ações, assim como, as particularidades dos subsistemas, contextualizando-os a partir da dimensão sócio histórica da Política Nacional de Promoção da Saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Promoção da Saúde; Política Nacional de Promoção da saúde; Saúde suplementar; Sistema público de saúde.

## LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

CAPS – Caixas de Aposentadorias e Pensões

CNAS - Conselho Nacional de Assistência Social

DIOPE - Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras

DIPRO- Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos

IAPS – Instituto de Aposentadoria e Pensões

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde

PNUDS - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PT - Partido dos Trabalhadores

PSDB - Partido da Social Democracia Brasileira

RN – Resolução Normativa

SAMS - Sistema de Assistência Médica Suplementativa

SUS – Sistema Único de Saúde



## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>2. A POLÍTICA DE PROMOÇÃO À SAÚDE EM ANÁLISE</b>	<b>13</b>
<b>_____ 2.1.Promoção da Saúde: Resgate Histórico das suas Correntes e Concepções</b>	<b>13</b>
<b>_____ 2.2.O “Nascimento” da Política Nacional de Promoção da Saúde no Brasil</b>	<b>19</b>
<b>3. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: OS SUBSISTEMAS PÚBLICO E PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE.</b>	<b>26</b>
<b>_____ 3.1.O Sistema Público de Saúde no Brasil: o caso do SUS e seus antecedentes</b>	<b>26</b>
<b>_____ 3.2.Sistema de Saúde Privado: A Saúde Suplementar em pauta</b>	<b>29</b>
<b>4. ANÁLISE COMPARATIVA DA POLÍTICA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: PÚBLICO X PRIVADO</b>	<b>35</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>41</b>
<b>6. REFERÊNCIAS</b>	<b>43</b>





## 1. INTRODUÇÃO

A assistência à saúde no Brasil se dá através de um formato institucional híbrido onde coexistem um subsistema público e um subsistema privado de assistência à saúde. Este sistema dual se estabeleceu através de um processo histórico. Desde meados dos anos 60, vem-se “moldando” o campo da saúde – em que há a expansão de uma rede prestadora de serviços – com o fortalecimento de atores privados, o que possibilitou a expansão da saúde privada. Só foi possível a ruptura desse paradigma, através de um processo que se deu posteriormente a este período (MENICUCCI, 2007).

Foi na década de 80, numa conjuntura de redemocratização do país, que se pôde ter um “campo favorável” à institucionalização da proposta de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que se sobrepõe à tendência de privatização em curso. O desfecho, no entanto, é dado pela organização de um modelo de regulação que acaba por consolidar um modelo dual das políticas de assistência à saúde, representados, assim, pelos subsistemas público e privado. Neste contexto híbrido/dual de assistência à saúde, que se desenvolveram as Políticas de Promoção da Saúde. Segundo Neto et al. (2013), tem-se discutido sobre as consequências do “encontro” entre a saúde pública e a chamada “indústria da saúde”, que utiliza elementos do discurso da promoção da saúde para fortalecer sua própria expansão.

Indubitavelmente, a promoção da saúde vem exercendo uma grande influência com relação a organização dos sistemas de saúde. Pode-se dizer que ela é uma nova forma de se pensar e fazer saúde, que pretende refletir nas condições de vida da população. É importante compreender que a promoção da saúde constitui num modo de ver a saúde e a doença, e sua abordagem pode trazer contribuições relevantes que ajudam a romper com a hegemonia do modelo biomédico. Na perspectiva da promoção

trata-se de intensificar as ações das estratégias de promoção no cotidiano dos serviços de saúde, promover a autonomia das pessoas, indivíduos e profissionais, para que em conjunto possam compreender a saúde como resultante das condições de vida e propiciar um desenvolvimento social mais equitativo (Heidmann.et al, 2006). Como proposta para visibilizar a reorientação do modelo assistencial, segundo Silva et al. (2005), a promoção da saúde se constitui como um campo de saberes e práticas amplo e complexo, visto que sua definição não pode se limitar a um conceito, o que leva a diferentes abordagens sobre a temática.

Neste sentido, a abordagem mais moderna e com maior potencial de transformação do modelo assistencial parte do entendimento da promoção da saúde como um campo político e ideológico útil para analisar e atuar sobre os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. Tais determinantes e condicionantes dizem respeito às circunstâncias propiciadas pelos aspectos físicos, sociais, econômicos e culturais nos quais os indivíduos e coletivos estão inseridos (SILVA, 2015). Como processo de indução de mudança na lógica assistencial do modelo praticado pelo setor suplementar, modelo este médico-centrado e biologicista, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) responsável pela regulamentação do setor suplementar iniciou, em 2004, a implantação de programas de promoção da saúde – com vista a aproximar e alinhar o modelo praticado do setor aos ideários das políticas de saúde do sistema público estatal.

Diante do exposto, verifica-se a emergência e importância do estudo de promoção da saúde nos subsistemas privado e público de saúde, visto que há uma distinção no modelo assistencial de ambos os sistemas, refletindo de forma significativa na implementação e execução das políticas de promoção da saúde. Assim, o estudo tem como propósito observar as diferenças e semelhanças das políticas de promoção da

saúde em ambos os subsistemas, com a finalidade de analisar os escopos de tais políticas. Para responder aos objetivos deste estudo, foi desenvolvido um estudo qualitativo descritivo, em que pretende-se empreender a análise comparativa, entre as políticas de promoção da saúde nos subsistemas público e privado de saúde. A revisão sistemática da literatura e de documentos que tratam sobre a temática foi a técnica utilizada para a coleta das informações. Foram definidos os critérios de inclusão e exclusão adotados para a seleção da produção científica, selecionados os artigos que discorressem sobre a promoção da saúde, sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), assim como sobre os sistemas público e privado de saúde. Optou-se por selecionar estudos publicados no período de 2000 a 2017, escritos no idioma português e publicado na plataforma Scielo (Scientific Electronic Library Online). Este recorte temporal deve-se ao fato de tratar-se de um período no qual houve maior incentivo para a utilização deste conceito, bem como por reconhecer suas recentes utilizações através da PNPS.

O presente trabalho também utilizou a revisão documental, ao estudar a Política Nacional de Promoção da Saúde. A análise documental constitui uma técnica importante na pesquisa qualitativa, seja complementando informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema (Ludke e André, 1986). Os documentos foram selecionados nas bases de dados do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Saúde Suplementar, uma vez que essas instituições são as responsáveis pela formulação e implementação das políticas de promoção nos subsistemas públicos e privados de assistência à saúde no Brasil.

## **2. A POLÍTICA DE PROMOÇÃO À SAÚDE EM ANÁLISE**

A Promoção à Saúde será apresentada a seguir. Primeiramente será abordado o resgate histórico deste conceito e desta política, em especial uma síntese das diferentes correntes e concepções. Num segundo momento será apresentada a construção desta política no Brasil.

### **2.1. Promoção da Saúde: Resgate Histórico das suas Correntes e Concepções**

Os primeiros autores a utilizar a expressão promoção da saúde foram Winslow, em 1920, e Sigerist, em 1946. O conceito inicial de promoção da saúde foi apresentado, pelos autores, ao definirem as quatro tarefas primordiais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção de doença, a recuperação do enfermo e a reabilitação. Winslow, definiu a promoção da saúde como um esforço da comunidade organizada para alcançar políticas que melhorem as condições de saúde da população e os programas educativos para que o indivíduo melhore sua saúde pessoal, assim como para o desenvolvimento de uma ‘maquinaria social’ que assegure a todos os níveis de vida adequados para manutenção e o melhoramento da saúde (BUSS et al., 2003).

Posteriormente, o conceito de promoção da saúde foi delineado a partir do modelo de Leavell & Clark, na década de 40, como um dos elementos do nível primário de atenção em medicina preventiva. Ao desenvolverem o modelo de história natural da doença e seus três níveis de prevenção, incluíram a promoção da saúde na prevenção primária, como medida destinada a aumentar a saúde e o bem-estar geral. As atividades a serem realizadas para promover a saúde incluíam a boa nutrição, o atendimento às necessidades afetivas, educação sexual, orientação pré-nupcial e parental, boas

condições de moradia, trabalho e lazer, além de exames periódicos e educação para a saúde (BECKER, 2001).

O modelo de saúde adotado pela sociedade era o modelo biomédico. De acordo com ele, considerava-se um indivíduo saudável aquele que era dito livre de doença, dor ou defeito. Esse modelo, entretanto, mostrou-se ineficiente com o passar do tempo, na medida em que não evitava o surgimento das doenças e desconsiderava uma parte mais abstrata, mas que tem muita influência sobre o somático, o bem-estar-social. Com o surgimento de outras correntes de promoção este conceito, ao longo dos anos, veio se modificando, tendo em vista que o conceito de Leavell e Clark possuía enfoque centrado no indivíduo, com certa projeção para a família ou grupos, verificou-se sua inadequação para as doenças crônicas não-transmissíveis, pois a prevenção de tais doenças envolve medidas não só voltadas para os indivíduos e famílias, como também para o ambiente e os estilos de vida (BUSS, 2003).

Foi em meados dos anos 70 que a promoção da saúde se despontou como nova concepção de saúde. O moderno movimento de promoção à saúde surge no Canadá em maio de 1974, com a divulgação do conhecido “Informe Lalonde” que teve motivação política, técnica e econômica para enfrentar os aumentos do custo da saúde. Foi o primeiro documento oficial a receber a denominação de promoção à saúde. Até então, os fundamentos deste informe se encontravam no conceito de “campo da saúde” e introduzem os chamados “determinantes de saúde” (Heidmann. et al, 2006). O Informe Lalonde (1974), marco inicial da moderna Promoção da Saúde no Canadá, afirma que a saúde é determinada por um conjunto de fatores agrupáveis em quatro categorias: Biologia Humana, que envolve todos os fatos que se manifestam como consequência da constituição orgânica do indivíduo, incluindo sua herança genética e seus processos de maturação; Ambiente – que agrupa os fatores externos ao organismo, em suas

dimensões física e social, sobre os quais o indivíduo exerce pouco ou nenhum controle; Estilos de vida – que é o conjunto das decisões que o indivíduo toma a respeito da sua saúde, no que se refere por exemplo a suas atividades de lazer e alimentação, estando portanto parcialmente sob seu controle; Organização da Atenção à Saúde – que seria a disponibilidade, quantidade e qualidade dos recursos destinados aos cuidados com a saúde.

Até aquele momento, Lalonde (1974) afirmava que a maioria dos esforços da sociedade para melhorar a saúde, e a maior parte dos gastos em saúde, se concentraram na organização do cuidado médico. Apesar disso, quando se identificavam as causas principais de adoecimento e morte no Canadá, verificava-se que a sua origem estava nos três outros componentes do conceito de campo: a biologia humana, o meio ambiente e o estilo de vida. No entanto, a maior parte dos gastos diretos com saúde concentrava-se na organização da assistência. Dessa forma, foram propostas, cinco estratégias para abordar os problemas do campo da saúde: promoção da saúde, regulação, eficiência da assistência médica, pesquisa e fixação de objetivos. Esse Informe favoreceu a realização da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978, em Alma-Ata, com grande repercussão em quase todos os sistemas de saúde do mundo (BUSS, 2003).

Em 1986, a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde deu origem a uma peça central de direcionamento da estratégia de promoção à saúde em todo o mundo, mais conhecida como Carta de Ottawa. Segundo a mesma, [... promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social ... nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem

como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global] (CARTA DE OTTAWA, 1986). Neste sentido, podemos dizer que a saúde passa a ser construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, fazendo crescer a aceitação que os aspectos sócio-culturais, econômicos e ecológicos possuem grande importância para a saúde, tanto quanto, os aspectos biológicos. A partir disso, torna-se viável a discussão sobre deterioração do meio ambiente, os modos de vida, as diferenças culturais entre as nações e as classes sociais e estas passam a estar mais presentes nos debates sobre as formas de se promover a saúde.

Foram realizadas ainda, outras Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde. A Conferência de Adelaide, realizada em 1988, teve como tema central as políticas públicas saudáveis, identificando quatro áreas (apoio à saúde da mulher; alimentação e nutrição; tabaco e álcool; criação de ambientes favoráveis) considerando-as prioritárias para promover ações imediatas em políticas públicas. Já a III Conferência, realizada em Sundsvall/Suécia, em 1991, elegeu como seu tema central a criação de ambientes favoráveis à saúde, sendo a primeira conferência a focar a interdependência entre saúde e ambiente e todos os seus aspectos.

Com a Declaração de Jacarta, que foi o nome dado ao acordo assinado na IV Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em 1997, foram revistos os impactos da Carta de Ottawa, convocando novos atores a enfrentar os desafios impostos pela nova era. Segundo BUSS (2009) se quisermos estabelecer uma analogia com as conferências anteriores, pode-se dizer que desde seu subtítulo, ‘novos atores’ para uma nova era, a declaração de Jacarta pretendeu ser uma atualização da discussão sobre um dos campos de ação definidos em Ottawa: o reforço da ação comunitária. A mesma, foi a primeira das quatro conferências a ser realizada em um país em desenvolvimento e a



incluir o setor privado no apoio à Promoção da Saúde. Constatou-se que a estratégia de promoção da saúde desenvolvida após a Conferência de Ottawa mostrou-se eficiente para o melhoramento das condições de saúde e a prevenção de enfermidades, tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento.

Na América Latina, a Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada em 1992, em Santa Fé de Bogotá, na Colômbia, reuniu cerca de 21 países com o apoio da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). Tal conferência teve como propósito definir a importância da promoção da saúde na vida dos latino-americanos e debater fundamentos, táticas e incumbências envolvidas com o progresso da saúde da população da região. Para tal, foram desenvolvidas algumas estratégias como impulsionar a cultura da saúde, transformar o setor saúde colocando em relevo a estratégia de promoção da saúde e convocar, animar e mobilizar um grande compromisso social para assumir a vontade política de fazer da saúde uma prioridade.

Segundo BUSS (2009) em países e regiões em desenvolvimento, como a América Latina e o Brasil em particular, é evidente que se necessita trabalhar com o conceito mais amplo de promoção da saúde, o que conduz também a construção de práticas sociais mais abrangentes para que de fato se promova a saúde. Assim, através da declaração de Bogotá, foram definidos alguns compromissos para impulsionar o conceito de saúde condicionada por fatores socioambientais, políticos e econômicos, convocando as forças sociais para aplicar a estratégia de promoção da saúde, colocando os propósitos sociais à frente dos interesses econômicos e incentivando políticas públicas que garantam a equidade e favoreçam a criação de ambientes e opções saudáveis fortalecendo, assim, a capacidade da população nas tomadas de decisões que afetem sua vida.

No Brasil, através do debate em torno da reforma Sanitária, na década de 80, que foram introduzidas as ideias sobre promoção da saúde no país. A promoção da saúde deve ser compreendida, segundo CARVALHO (2008), como uma agenda integrada e multidisciplinar cujo objetivo primordial é fomentar mudanças em três níveis: assistência à saúde, gestão local de políticas públicas e proteção e desenvolvimento sociais para todos. A estratégia da promoção da saúde é integral na medida em que procura criar e fortalecer elos entre diversos setores e programas, não apenas dentro do chamado “setor de saúde” propriamente dito, mas envolvendo também outras agências de governo, organizações não governamentais e movimentos sociais. Assim, todos os setores da sociedade devem compartilhar a responsabilidade no esforço de proteger e cuidar da vida humana, promovendo saúde e qualidade de vida para todos.

Ao longo do tempo, portanto, o significado do termo Promoção da Saúde foi mudando. Atualmente, associa-se a valores como: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria. O discurso contemporâneo do campo da saúde coletiva com referência à ideia de promoção da saúde, segundo Czeresnia (2009), constituiu-se como elemento central da chamada ‘nova saúde pública’ coletiva, que estende significativamente a abrangência das ações de saúde ao tomar como objetivo o ambiente – local e global – em um sentido amplo. Além disso, está relacionado à ideia de “responsabilidade múltipla”, uma vez que envolve as ações do Estado (políticas públicas saudáveis), dos indivíduos e coletividades (desenvolvimento de habilidades pessoais e coletivas), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e das parcerias intersetoriais (BUSS, 2003), na definição de prioridades, planejamento e implementação de estratégias para promover saúde.

O discurso de promoção da saúde, entretanto, não é homogêneo e apresenta contradições que correspondem a interesses divergentes. Há uma extensa produção de trabalho sobre o tema que torna evidente o quanto as estratégias de promoção da saúde contemplam perspectivas das mais conservadoras às mais progressistas (CZERESNIA, 2009), o que torna seu conceito, premissas e estratégias passíveis de estudo, tendo em vista a busca de uma melhor compreensão dessa temática.

## **2.2. O “Nascimento” da Política Nacional de Promoção da Saúde no Brasil**

É possível identificar alguns processos que nortearam a construção e, posteriormente, a consolidação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), aqui apresentado como o “nascimento” da política. Apesar de haver, na literatura, vastas publicações sobre o termo promoção da saúde, foi observado que há poucas publicações que abordam o processo histórico da construção da mesma, assim como, no que tange a análise comparativa entre a promoção da saúde nos subsistemas público e privado de saúde. Talvez, isso se dê pelo fato de a PNPS ser relativamente nova, visto que seu marco legal, ou seja, sua aprovação é datada no ano de 2006.

A promoção da saúde adentra o campo das políticas públicas através do Relatório Lalonde, em 1974, conforme vimos anteriormente na discussão sobre o(s) conceito(s) e as concepções da promoção. Na literatura há uma divisão com relação ao assunto, de um lado acusam-a de atender a tendências neoliberais de responsabilizar/culpabilizar os indivíduos pela própria condição de saúde, tendo suas raízes no movimento internacional de promoção, isentando o Estado de parte de suas funções. Por outro lado, a apoiam por sua definição positiva de saúde e por suas diretrizes para o desenvolvimento de práticas intersetoriais e participativas na gestão dos problemas de saúde, tendo como suas bases teórico-políticas na reforma sanitária brasileira. (NETO et al, 2013).

Desde sua entrada em pauta até a formulação final da política, observa-se uma trajetória marcada por conflitos, que passou por duas diferentes gestões federais. Apenas em 1998, mesmo estando preconizada nos princípios constitucionais da integralidade, adentrou na agenda ministerial na gestão do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), através do projeto “Promoção da Saúde: um Novo Modelo de Atenção”, em cooperação com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUDS).

Posteriormente, na gestão do partido dos trabalhadores (PT), em 2003, o debate volta a se intensificar. O partido frente à pasta da saúde possuía definida intenção de construir uma política nacional com bases diversas do que vinha sendo realizado até então. Para isso, lançaram o documento “Política Nacional de Promoção da Saúde: Documento preliminar para discussão”, com a proposta de revisão substitutiva do documento elaborado anteriormente, visando a formulação da política. Apesar disso, a PNPS só foi estabelecida em 2006, como consequência de um longo e tortuoso debate.

Malta et al. (2016) destaca que, esse período inicial de institucionalização da Promoção da Saúde, em que pesaram as acelerações e desacelerações do processo de elaboração da Política, houve uma articulação importante com as instituições de ensino e pesquisa dedicadas ao tema, uma ampliação do debate com gestores estaduais e municipais do sistema de saúde e, principalmente, a defesa radical de princípios “pétreos” da Promoção da Saúde no SUS: autonomia, equidade, integralidade, intersetorialidade, cogestão no processo de trabalho e participação social.

Neto (2013), fala que as mudanças ocorridas no Ministério da Saúde exigiram várias rodadas de discussões e várias revisões do texto da PNPS, sendo um dos fatores para demora da aprovação da política. Fala também que, historicamente, a circunstância político-institucional chave para o desencadeamento da construção de uma política de

promoção da saúde foi a indução, por meio de financiamento, de organismos internacionais para inseri-la na agenda brasileira.

Hoje, segundo Campos et al (2004), a promoção da saúde é campo teórico-prático-político que em sua composição, com os conceitos e as posições do Movimento da Reforma Sanitária, delinea-se como uma política que deve percorrer o conjunto das ações e projetos em saúde, apresentando-se em todos os níveis de complexidade da gestão e da atenção do sistema de saúde. Segundo ele, a política deve estar comprometida com os serviços e ações de saúde, colocando os sujeitos como protagonistas do processo produtivo em saúde, deslocando o olhar e a escuta dos profissionais focado na doença objetivando, assim, a produção de coeficientes crescentes de autonomia durante o processo de cuidado à saúde.

Frente a isso, a PNPS (2014) estabeleceu promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. A PNPS de 2014 destaca como seus valores e princípios que será apresentada no Quadro 1:

#### **QUADRO 1: Princípios e Valores da PNPS**

a) reconhecer a subjetividade das pessoas e dos coletivos no processo de atenção e cuidado em defesa da saúde e da vida;
b) considerar a solidariedade, a felicidade, a ética, o respeito às diversidades, a humanização, a corresponsabilidade, a justiça e a inclusão social como valores fundantes no processo de sua concretização;
c) adotar como princípios a equidade, a participação social, a autonomia, o empoderamento, a intersetorialidade, a intrassetorialidade, a sustentabilidade, a integralidade e a territorialidade.

Fonte: BRASIL, PNPS 2014. Pg. 12

Compreendidas como linhas que fundamentam as ações e explicitam as suas finalidades, são diretrizes da PNPS apresentada no Quadro 2:

**QUADRO 2: Diretrizes da PNPS**

I.	O estímulo à cooperação e à articulação intrasetorial e intersetorial para ampliar a atuação sobre determinantes e condicionantes da saúde.
II.	O fomento ao planejamento de ações territorializadas de promoção da saúde com base no reconhecimento de contextos locais e no respeito às diversidades, a fim de favorecer a construção de espaços de produção social, ambientes saudáveis e a busca da equidade, da garantia dos direitos humanos e da justiça social.
III.	O incentivo à gestão democrática, participativa e transparente para fortalecer a participação, o controle social e as corresponsabilidades de sujeitos, coletividades, instituições e de esferas governamentais e da sociedade civil.
IV.	A ampliação da governança no desenvolvimento de ações de promoção da saúde que sejam sustentáveis nas dimensões política, social, cultural, econômica e ambiental.
V.	O estímulo à pesquisa, à produção e à difusão de experiências, conhecimentos e evidências que apoiem a tomada de decisão, a autonomia, o empoderamento coletivo e a construção compartilhada de ações de promoção da saúde.
VI.	O apoio à formação e à educação permanente em promoção da saúde para ampliar o compromisso e a capacidade crítica e reflexiva dos gestores e trabalhadores de saúde, bem como o incentivo ao aperfeiçoamento de habilidades individuais e coletivas para fortalecer o desenvolvimento humano sustentável.
VII.	A incorporação das intervenções de promoção da saúde no modelo de atenção à saúde, especialmente no cotidiano dos serviços de atenção básica em saúde, por meio de ações intersetoriais.
VIII.	A organização dos processos de gestão e de planejamento das variadas ações intersetoriais, como forma de fortalecer e promover a implantação da PNPS na Rede de Atenção à Saúde (RAS), de modo transversal e integrado, compondo compromissos e corresponsabilidades para reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde vinculados aos determinantes sociais.

Fonte: BRASIL, PNPS 2014. Pg. 15 e 16

A PNPS tem por objetivo geral promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e da saúde coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais.

São objetivos específicos da PNPS expressos no Quadro 3:

**QUADRO 3: Objetivos específicos da PNPS**

I - estimular a promoção da saúde como parte da integralidade do cuidado na RAS, articulada às demais redes de proteção social;
II - contribuir para a adoção de práticas sociais e de saúde centradas na equidade, na participação e no controle social, visando reduzir as desigualdades sistemáticas, injustas e evitáveis, com respeito às diferenças de classe social, de gênero, de orientação sexual e identidade de gênero, entre gerações, étnico-raciais, culturais, territoriais e relacionadas às pessoas com deficiências e necessidades especiais;
III - favorecer a mobilidade humana e a acessibilidade e o desenvolvimento seguro, saudável e sustentável;
IV - promover a cultura da paz em comunidades, territórios e Municípios;
V - apoiar o desenvolvimento de espaços de produção social e ambientes saudáveis, favoráveis ao desenvolvimento humano e ao bem-viver;
VI - valorizar os saberes populares e tradicionais e as práticas integrativas e complementares;
VII - promover o empoderamento e a capacidade para tomada de decisão e a autonomia de sujeitos e coletividades por meio do desenvolvimento de habilidades pessoais e de competências em promoção e defesa da saúde e da vida;
VIII - promover processos de educação, formação profissional e capacitação específicas em promoção da saúde, de acordo com os princípios e valores expressos nesta Portaria, para trabalhadores, gestores e cidadãos;
IX - estabelecer estratégias de comunicação social e mídia direcionadas ao fortalecimento dos princípios e ações em promoção da saúde e à defesa de políticas públicas saudáveis;
X - estimular a pesquisa, produção e difusão de conhecimentos e estratégias inovadoras no âmbito das ações de promoção da saúde;

XI - promover meios para a inclusão e qualificação do registro de atividades de promoção da saúde e da equidade nos sistemas de informação e inquéritos, permitindo análise, monitoramento, avaliação e financiamento das ações;

XII - fomentar discussões sobre modos de consumo e produção que estejam em conflito de interesses com os princípios e valores da promoção da saúde e que aumentem vulnerabilidades e riscos à saúde; e

XIII - contribuir para a articulação de políticas públicas intersetoriais e intrasetoriais com as agendas nacionais e internacionais.

Fonte: BRASIL, PNPS 2014. Pg. 13 e 14

Diante do exposto fica evidente que a política de promoção da saúde, segundo seus objetivos e diretrizes, busca o desenvolvimento dos sujeitos e a construção de novas práticas e ações, que desenvolvam modos de atenção com maior potencial de produção de saúde. Além disso, reforça o compromisso da promoção da saúde com o SUS, buscando a integralidade e a gestão participativa uma vez que busca estabelecer modos de atenção e gestão das políticas públicas de saúde que operem na indissociabilidade entre a clínica e a promoção e entre as necessidades sociais e ações do Estado (Campos et al, 2004).

Com relação às ações específicas descritas na PNPS, foram priorizadas às ações voltadas para a alimentação saudável, práticas corporais/atividades físicas, prevenção e controle do tabagismo, redução de morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, redução de morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura de paz e promoção do desenvolvimento sustentável. Essas ações demonstram que a promoção da saúde é uma importante resposta à medida que destaca ações intersetoriais como estratégia de enfrentamento dos problemas sociais, por exemplo, quanto ao meio ambiente, à urbanização, à segurança, à alimentação e nutrição, ao desemprego, à moradia, ao uso de drogas lícitas e ilícitas, etc.



Portanto, a PNPS tem um papel fundamental na redução da vulnerabilidade e na melhoria da qualidade de vida da população. Contudo, verifica-se que ao longo da construção da política e após sua implementação, o instrumento revela que boa parte das políticas de saúde tem sua vigência voltada para o interior do setor público. Segundo Neto et al. (2013), o foco da PNPS são os níveis federal, estadual e municipal de saúde, ainda que algumas das ações nelas designadas visem a atingir setores não governamentais. Ao trazer para o debate a questão da PNPS, podemos concluir que a mesma estabeleceu seu escopo voltado para o setor público-governamental, excluindo a discussão da saúde privada/suplementar. Diante disso, é imprescindível que possamos desenvolver uma análise comparativa dentre as políticas que norteiam o tema da promoção da saúde nos distintos sistemas de saúde estimulando a discussão sobre esta temática.

### **3. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: OS SUBSISTEMAS PÚBLICO E PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE.**

Neste capítulo será apresentado um breve histórico do sistema de saúde brasileiro, os antecedentes da construção da sua conformação atual, bem como, da organização dos subsistemas públicos e privados de assistência à saúde.

#### **3.1. O Sistema Público de Saúde no Brasil: o caso do SUS e seus antecedentes**

A organização sanitária brasileira, ao longo de muitas décadas, foi rudimentar, além de se caracterizar de modo centralizado, sendo incapaz de assegurar a assistência e responder às demandas de saúde do país. O Estado brasileiro era omissivo com relação à saúde da população, o que se pensava, na realidade, era que o próprio indivíduo deveria cuidar da sua saúde. Só havia intervenção estatal em casos que representasse risco de epidemia a população ou a economia. Assim, a saúde só despontou como questão social, ou seja, deixou de ser um problema que se restringe ao indivíduo, durante a passagem do século XIX para o século XX, com o desenvolvimento do país, através da industrialização, e com a concentração populacional nas grandes cidades.

Foram através de três vias que o sistema público de saúde se desenvolveu: saúde pública, medicina previdenciária e medicina do trabalho. Segundo PAIM (2009) a organização dos serviços de saúde no Brasil, antes do SUS, vivia em mundos separados: de um lado, as ações voltadas para a prevenção, o ambiente e a coletividade, conhecidas como saúde pública; de outro, a saúde do trabalhador, inserida no Ministério do Trabalho; e, ainda, as ações curativas e individuais, integrando a medicina

previdenciária e as modalidades de assistência médica liberal, filantrópica e, progressivamente, empresarial.

Através das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) instituídas pela lei Elói Chavez, na década de 1920, que uma pequena parte da população conseguiu, num primeiro momento, ter acesso a assistência à saúde. As CAPs eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Dentre os benefícios garantidos pelas CAPs estavam previstos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral. Contudo, os trabalhadores tinham que fazer contribuições financeiras, de forma compulsória, através da folha de pagamento para que pudessem ter acesso à assistência médica e/ou de saúde. Esta iniciativa, porém, excluía a população pobre em geral e aqueles que não trabalhavam de carteira assinada.

A área da saúde começa a ganhar espaço, através da criação do Ministério da Saúde, no início da década de 1950, em que este passa a ser um órgão não mais vinculado a nenhuma outra pasta, ou seja, desvincula-se de outros Ministérios, mesmo assim, não se mostrou uma política efetiva dentro do governo, deixando a assistência médica nas mãos do setor previdenciário. Quando os militares assumem o governo do país, na década de 1960, criam o INPS – Instituto Nacional de Previdência Social. Objetivava-se garantir a todos os trabalhadores urbanos e seus dependentes os benefícios da previdência social, utilizando o mesmo sistema instituído através das caixas de assistência à saúde (CAPs).

Ainda no regime militar, mais precisamente em 1978, houve o desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e a criação do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social). O INAMPS, era uma autarquia filiada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (hoje Ministério da

Previdência Social), e tinha a finalidade de prestar atendimento médico aos que contribuíam com a previdência social. Disponha de estabelecimentos próprios, mas a maior parte do atendimento era realizado pela iniciativa privada; os convênios estabeleciam a remuneração por procedimento, consolidando a lógica de cuidar da doença e não da saúde. Portanto, a medicina previdenciária estava centrada no hospital e na atenção à saúde de caráter curativo, não em prevenção e promoção da saúde (MANSUR, 2001).

Como forma de oposição ao regime militar, nasce o movimento da Reforma Sanitária. Em meados da década de 70, com o fim do milagre econômico, ocorreu uma crise do financiamento da previdência social, com repercussões no INAMPS. Ao longo da década de 80 o INAMPS passaria por sucessivas mudanças com universalização progressiva do atendimento, já numa transição com o SUS. Por meio da 8ª Conferência Nacional de Saúde que os profissionais da saúde, a população e entidades de classe começaram a se reunir para propor, junto às discussões de “Diretas Já” e do processo de redemocratização do Brasil pós período militar, a formalização da saúde como um direito para todos na Constituição Federal de 1988.

Com a promulgação da nova Constituição Federal, completa-se o processo de retorno do país ao regime democrático. No contexto de busca de implantação de um estado de bem-estar social, a nova carta constitucional transformava a saúde em direito de cidadania e dava origem ao processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde. Configurou-se aí o lema “Saúde, direito de todos e dever do Estado”. Dessa forma, o conceito do SUS foi uma enorme evolução em relação à situação anterior, já que abriu a perspectiva de atendimento a parcelas da população inteiramente desassistidas (FILHO, 1999).

Desde então, a proposta de se universalizar as políticas de saúde de uma forma ampla e plural que a saúde pública trouxe as questões de equidade e assistência de saúde para todos os cidadãos brasileiros. A partir destas discussões que se originou o Sistema Único de Saúde (SUS) que temos nos dias atuais e que está em constante transformação. Hoje, o SUS é um sistema universal de saúde com financiamento público, participação das esferas da federação, gestão pública, único nos seus princípios e diretrizes, com integração e articulação entre as diferentes esferas e a prestação de assistência - através de serviços de rede própria de municípios, estados e União- de serviços públicos de outras áreas de governo e de serviços privados contratados ou conveniados. Novas e velhas ‘ferramentas’ aumentaram a possibilidade de nos mantermos na direção de uma política de saúde fundada no cuidado e na integralidade buscando uma saúde pública que seja, efetivamente, contemplativa e plural.

### **3.2. Sistema de Saúde Privado: A Saúde Suplementar em pauta**

Ao lado da saúde pública, da medicina previdenciária e da saúde do trabalhador como componentes da saúde estatal, manteve-se, ao longo do século passado, a medicina liberal (PAIM, 2009). Podemos dizer que essa caracterizava-se por uma ampla autonomia do profissional, possibilitando aos médicos a definição de preços de suas consultas, horários, assim como, estabelecer as condições de atendimento. Contudo, com o aumento dos custos da assistência, a ampliação da utilização de equipamentos e de meios de diagnósticos e tratamentos, os médicos acabaram se tornando empregados de organizações estatais e/ou privadas, passando a atender, mesmo que em seus consultórios particulares, com regras estabelecidas através de convênios e planos de saúde. Foi neste processo que a medicina liberal foi sendo substituída pela medicina empresarial embora, tanto uma quanto a outra, estejam submetidas à lógica do mercado.

Desde a década de 1960, o crescimento econômico do Brasil e o aumento do trabalho formal têm contribuído para a expansão da saúde suplementar. Esse processo começou com os estímulos do governo ao convênio-empresa, por meio do qual as grandes empresas privadas do país ofereciam assistência médica aos trabalhadores em troca de incentivos fiscais. Com o tempo, houve a evolução dessa atividade, surgindo, assim, as operadoras de planos de saúde. Através do desenvolvimento de empresas de seguro saúde e da venda de distintos planos de saúde no mercado, que se desenvolveu a modalidade de medicina empresarial. Dela fazem parte: a autogestão, a medicina de grupo, as corporativas médicas e os seguros saúde - constituindo, assim, o Sistema de Assistência Médica Suplementativa (Sams), conhecido como Setor de Saúde Suplementar.

Segundo Menicucci (2011), o setor de saúde suplementar é composto pelas ações e serviços de saúde prestados pela iniciativa privada que, no Brasil, viabilizou-se nos anos de 1970, a partir da crise do modelo médico previdenciário e pelo forte incremento da modalidade convênio-empresa. Foi nos anos 80, que as formas privadas de assistência se expandiram, de forma tão significativa, que o setor privado no final da década já vigorava, encontrando-se, de certa forma, consolidada sua presença no mercado. Por meio da Constituição Federal de 1988, conquistou oficialmente seu espaço. Isso porque mesmo que a saúde, no texto constitucional, tenha sido considerado um direito de todos e dever do estado, permaneceu livre a iniciativa privada (BRASIL, 1988).

O marco regulatório do subsistema privado – saúde suplementar – foi estabelecido pela Lei n. 9.656 de 1998, apresentando-se como alternativa de obtenção de serviços assistenciais para a população (BRASIL, 1998). É definido como suplementar, devido à opção de se pagar um seguro privado para ter acesso à assistência

médica a despeito da manutenção da contribuição compulsória para a seguridade social, que inclui o direito ao acesso ao sistema público (BAHIA, 2002). Composta pelos serviços financiados pelos planos e seguros de saúde, a saúde suplementar, é predominante no subsistema privado de saúde brasileiro. Seu financiamento é privado, mas com subsídios públicos. A gestão privada é regulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A agência reguladora, criada em 2000, está vinculada ao Ministério da Saúde e é responsável pelo setor de planos e seguros de saúde no Brasil. A ela está incumbida a regulação, ou seja, a criação de normas, o controle e a fiscalização de segmentos de mercado explorados por empresas, isso para assegurar o interesse público do setor saúde afirmado constitucionalmente (ANS, 2017).

Os prestadores de assistência da saúde suplementar são privados e públicos, credenciados pelos planos e seguros de saúde. Estes mesmos serviços também podem ser conveniados ou contratados pelo subsistema público, fazendo parte de sua rede credenciada. Ou seja, as operadoras compram dos prestadores de serviços da área de saúde (médicos, laboratórios, clínicas, hospitais etc.) serviços como consultas, exames, internações, cirurgias, tratamentos, entre outros. Para tanto, dispõem de carteira de clientes (conveniados ou segurados), que, a partir de contratos, remuneram as operadoras de planos e seguros-saúde por meio de mensalidades.

Nas últimas décadas, teve significativa expansão, estimando-se, segundo os dados da ANS/2017, em 47,6 milhões o número de brasileiros cobertos por pelo menos um plano de saúde, o que corresponde a 24,5% da população do País (ANS, 2017). São os convênios médicos que, praticamente, financiam o setor privado da saúde, já que chegam a ser responsáveis, por exemplo, por 80% a 90% do faturamento dos maiores hospitais privados do país. Hoje, são oferecidos aos consumidores uma ampla gama de planos e seguros de saúde, em que sua distinção se dá através do tipo de cobertura da

rede de serviços oferecida, pelo padrão de conforto, carências, valores etc. No entanto, no que se refere ao modelo de assistência na saúde suplementar há que se indagar sobre os mecanismos de acesso aos diferentes níveis de complexidade e a resolutividade dessas ações. Essas características são fundamentais na análise do modelo assistencial, remetendo-nos à conclusão da indissolubilidade da discussão da regulação e da assistência, na garantia do acesso à rede de serviços em todos os níveis necessários (Malta et al, 2014).

Com base no histórico dos Programas de Promoção da Saúde e Prevenção e Controle de Riscos e Doenças, a ANS, tem estimulado as operadoras a mudarem o seu modelo de assistência à saúde, modelo este hegemonicamente centrado na doença, para um modelo de atenção integral a saúde. Para isso, formulou políticas de regulação indutoras, com a incorporação de ações de Promoção da Saúde e Prevenção de riscos e doenças, buscando repensar a organização do sistema de saúde. O primeiro movimento da ANS se deu no ano de 2008, através Resolução Normativa nº94, a qual estimulou a implantação de ações de Promoção da saúde e Prevenção de Riscos e Doenças. Em 2009, lançou uma nova estratégia, através da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE) e da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO), buscando reforçar a importância da implantação dos programas. Já no ano de 2011, foram desenvolvidas modelagens de programas na saúde suplementar, por meio da publicação das RNs nº 264 e 265 e suas respectivas Instruções Normativas. As mesmas dispuseram sobre formas de incentivos à participação de operadoras e beneficiários, introduziram a possibilidade de bonificação e premiações aos beneficiários na adesão aos programas validados pela ANS. Em 2012, foi publicada a RN nº 290, que dispõe sobre o registro dos valores aplicados nos respectivos programas em conta específica do Plano de Contas Padrão da ANS e também, outras RN's que



dispõem sobre os critérios de manutenção de Recursos Próprios Mínimos e constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Além disso, também no ano de 2012, ocorreram parcerias no âmbito da cooperação técnica, através da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS Brasil) e a ANS. Com o propósito de tratar de assuntos relevantes no campo assistencial da saúde suplementar, desenvolveram, através desta parceria, o Laboratório de Inovações Assistenciais em Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar, que tem como objetivo identificar e valorizar experiências exitosas e inovadoras neste setor. O Laboratório, com o objetivo de debater inovações no setor de planos de saúde, realizou o evento Inovações Assistenciais para Sustentabilidade da Saúde Suplementar que reuniu cerca de 400 participantes. O foco foi a promoção de saúde e o plano de cuidado. Assim, foram lançadas as seguintes publicações: Plano de Cuidado para Idosos na Saúde Suplementar; Cartão Plano de Melhoria da Saúde ; Plano de Melhoria da Saúde: Um Guia para pacientes e público em geral; Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar 2012; Vigitel Brasil 2011 Saúde Suplementar ; e Laboratório de Inovação da Saúde Suplementar (ANS, 2017). Ainda segundo a ANS, o desenvolvimento dessas iniciativas têm levado as operadoras à discussão do tema, à organização de seminários, à capacitação de equipe multidisciplinar, à apropriação de conceitos epidemiológicos, à adoção de protocolos clínicos e ao planejamento dos programas.

Sem dúvida, com a mudança do perfil de morbidade e mortalidade da população; a transição demográfica, epidemiológica e nutricional; o aumento dos custos na assistência à saúde e os potenciais impactos das ações de promoção e prevenção, torna-se de extrema relevância o desenvolvimento desses programas no setor

suplementar, sendo as ações de promoção e prevenção da saúde fundamentais para a reorientação da forma de atenção à saúde, caracterizando-se como estratégias para a melhoria na qualidade de vida. Com a publicação da INC nº 7, a ANS tem buscado cadastrar e monitorar os investimentos em programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças por parte das operadoras de planos privados de assistência à saúde. Nessa nova perspectiva, objetiva-se uma mudança no papel dos atores deste setor, na qual as operadoras tornem-se gestoras de saúde; os prestadores de serviços, produtores de cuidado; os beneficiários, usuários com consciência sanitária e autonomia; e a ANS, uma agência reguladora cada vez mais qualificada e eficiente para regular um setor que objetiva produzir saúde. Contudo, a atual saúde suplementar é um objeto que ainda requer investigação, em especial, sobre os conceitos utilizados na sua construção e sobre os referenciais teóricos utilizados em sua abordagem, no sentido de explorar a extensa interface público/privada que articula a estrutura social e econômica das políticas de Estado na área da saúde (SOUZA, 2013).

#### **4. ANÁLISE COMPARATIVA DA POLÍTICA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: PÚBLICO X PRIVADO**

As diferentes abordagens que a promoção da saúde admite vêm sendo construídas ao longo da história e influenciam as práticas atuais. Tendo em vista que são expressões fundamentais de todas as práticas e ações no campo de atuação da promoção da saúde buscamos analisar, comparativamente, os objetivos, princípios e diretrizes da PNPS com os programas e ações de Promoção da Saúde da ANS. O conceito principal de promoção da saúde, no subsistema suplementar e no subsistema público estatal, diferem-se no que diz respeito à concepção sobre a forma de incidir sobre os determinantes da saúde. O subsistema público de assistência à saúde, através da PNPS, descreve a promoção da saúde como:

“(…) um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, que se caracteriza pela articulação e cooperação intrasetorial e intersetorial e pela formação da Rede de Atenção à Saúde, buscando se articular com as demais redes de proteção social, com ampla participação e amplo controle social. Assim, reconhece as demais políticas e tecnologias existentes visando à equidade e à qualidade de vida, com redução de vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais” (PNPS, 2014, p.7).

Já o conceito de promoção à saúde apresentado pelo subsistema privado de assistência, a partir da Resolução Normativa nº 264 da ANS considera esta como:

“(…) processo político que articula ações sanitárias, sociais, ambientais e econômicas voltadas para a redução das situações de vulnerabilidade e dos riscos à saúde da população; capacitação dos indivíduos e comunidades para modificarem os determinantes de saúde em benefício

da própria qualidade de vida; e participação social na gestão das políticas de saúde” (ANS, 2011).

Enquanto o PNPS sinaliza a necessidade de políticas e tecnologias que contribuam para a equidade como condição para reduzir as vulnerabilidades resultantes dos determinantes, a ANS atribui à capacitação dos indivíduos e comunidade a responsabilidade pela modificação dos mesmos. Contudo, ambos os subsistemas buscam o ideário da promoção da saúde que remete a concepções teórico-conceituais, políticas e ideológicas, que podem ser tomadas como possibilidades para a reforma do setor saúde (SILVA; SENA, 2010). Apesar das definições da ANS, pressupõe-se que as limitações da saúde suplementar estejam relacionadas à concepção da promoção da saúde com repercussão nos programas desenvolvidos neste campo (RODRIGUES et al, 2015).

Os programas de promoção da saúde, no subsistema privado, constituem uma das estratégias da ANS para influenciar mudanças na organização e prestação de serviços ofertados por operadoras de planos de saúde (ANS, 2011). Apesar de se reconhecer a incorporação de novas práticas nas operadoras, é pertinente fazermos questionamentos acerca das dinâmicas e concepções que sustentam essas práticas, pois a mesma mantém a ênfase no discurso da redução de riscos e doenças e na diminuição dos custos:

“Tendo em vista o aumento crescente dos custos em saúde, determinado pelo envelhecimento da estrutura etária da população; pelas transformações nas estruturas de morbimortalidade, com elevação da importância das doenças crônicas não transmissíveis frente às doenças infecto-contagiosas; e pelas mudanças tecnológicas, que levam à incorporação de mais capital e recursos humanos (MÉDICI, 1995); as operadoras buscam a redução dos gastos com assistência à saúde de alto

custo. Vale ressaltar que a incorporação de tecnologias no setor saúde, diferente dos outros setores da economia, implica em aumento de custos por não ser substitutiva, uma vez que não desloca as anteriores. (ANS, 2011).

Onófrio (2007) afirma que a discussão e o interesse sobre a melhoria nas condições de vida e de saúde são crescentes na população, os indivíduos querem e precisam ser mais saudáveis, para atender às inúmeras demandas cotidianas – trabalho, família, sociedade e etc., e as operadoras, por sua vez, precisam reduzir seus custos, reter e conquistar seus clientes e, atualmente, apresentarem um diferencial ao mercado. Dentro desta perspectiva, torna-se necessária a adoção de um modelo com foco na saúde, na ação cuidadora e na lógica da promoção e prevenção. Segundo Malta (2004) o grande desafio consiste em restabelecer uma nova prática, centrada no estímulo à produção da saúde, prevenção, referenciada no vínculo e na responsabilização. Para Czeresnia (2003), são duas as perspectivas fundamentais para implantação e desenvolvimento de Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças: a melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida e a consequente redução dos gastos com assistência médica de alto custo. Segundo a autora as duas não são, em princípio, contraditórias, pois podem convergir os objetivos de interesse público e do mercado.

Enquanto a Política Nacional de Promoção da Saúde adota como princípios a equidade, a participação social, a autonomia, o empoderamento, a intersetorialidade, a intrassetorialidade, a sustentabilidade, a integralidade e a territorialidade (PNPS, 2014, p. 12), conforme o exposto:

“(...) a promoção da saúde deve considerar a autonomia e a singularidade dos sujeitos, das coletividades e dos territórios, pois as formas como eles

elegem seus modos de viver, como organizam suas escolhas e como criam possibilidades de satisfazer suas necessidades dependem não apenas da vontade ou liberdade individual e comunitária, mas estão condicionadas e determinadas pelos contextos social, econômico, político e cultural em que eles vivem” ( PNaPS, 2014, p. 8).

Verifica-se, na saúde suplementar, que os princípios atribuídos aos Programas de Promoção e Prevenção de Doenças, na saúde suplementar, estão implícitos. Nota-se a falta de algumas categorias norteadoras, dentre as quais se destacam: o empoderamento, a autonomia e a responsabilização múltipla. Essas categorias são tomadas como condições sine qua non para a promoção da saúde, pois representam a capacidade dos indivíduos de fazerem escolhas e criarem formas de lidar com as questões relacionadas ao cotidiano de vida, que sejam mais criativos, solidários e produtores de movimentos (NETO et al, 2009).

No que se referente às estratégias, com objetivo de alinhar as ações e serviços prestados pela saúde suplementar às diretrizes das políticas públicas de saúde, a ANS, iniciou um processo de indução de mudanças na lógica assistencial. Dentre as estratégias utilizadas pela agência reguladora, destaca-se a qualificação do cuidado por meio de incentivos à incorporação de práticas que ultrapassam a assistência médico-hospitalar, que é predominante no setor (ANS, 2011), destacando:

“A implementação de estratégias e Programas para Promoção da Saúde e Prevenção e Controle de Riscos e Doenças é prática no setor suplementar de saúde brasileiro, ainda que, na maioria dos casos, seja realizada de forma fragmentada e desarticulada, não só por iniciativa das operadoras de planos privados de saúde, mas também por seus prestadores de serviço. A ANS considera como um Programa para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doença o conjunto orientado de estratégias e ações programáticas integradas que objetivam a promoção da saúde; a prevenção de riscos, agravos e doenças; a compressão da morbidade; a

redução dos anos perdidos por incapacidade e o aumento da qualidade de vida dos indivíduos e populações” (ANS, 2011, p.25).

Já a PNPS destaca que:

“(…) a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde/doença em nosso país como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada, deteriorada; e potencializar formas mais amplas de intervir em saúde”(PNPS, 2014).

Observamos que, a PNPS induz o desenvolvimento de ações intersetoriais, de territorialização, voltadas a indivíduos e coletivos, enquanto os Programas de Promoção e Prevenção de Doenças mantêm ações centradas no indivíduo. Além disso, foi observado também que é comum o enfoque no controle de riscos e comportamentos, exercido por meio de práticas para padronização de hábitos de vida considerados saudáveis, com vistas à contenção de custos por meio da redução do consumo de serviço de alto custo.

Com relação aos eixos operacionais, que são estratégias para concretizar ações de promoção da saúde, o Ministério da Saúde, considerando a necessidade de desenvolver, fortalecer e implementar políticas e planos de ação em âmbito nacional, estadual e municipal que consolidem o componente da promoção da saúde no SUS, considera a promoção da saúde como:

“(…) uma estratégia de articulação transversal capaz de criar mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade e os riscos à saúde da população, defendendo a equidade e incorporando a participação e o

controle social na gestão das políticas públicas; Considerando o objetivo específico da Política Nacional de Promoção da Saúde quanto à incorporação e implementação de ações de promoção da saúde, com ênfase na atenção básica; e Considerando as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde, embasadas na integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação e sustentabilidade” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, PORTARIA 1.119, 2005).

Ao buscarmos estabelecer um diálogo entre a PNPS e os Programas de Promoção e Prevenção de Doenças, ficaram evidentes as diferentes definições, assim como, a operacionalização de cada um dos princípios. Parece-nos que as dificuldades para identificar a operacionalização do empoderamento e da intersetorialidade, está ligada à maior dificuldade de colocar tais princípios em prática.

Além disso, a análise realizada nos permite sugerir que os princípios tenham distinta relevância para a viabilização da promoção de saúde nos subsistemas de assistência à saúde. Mais do que um princípio orientador da prática, a concepção de promoção da saúde nos parece o pressuposto inicial de qualquer ação voltada à nova promoção e demonstrou ser importante para distinguir experiências voltadas à promoção daquelas com enfoque curativo-preventivo (Sicoli et al, 2003).

Tanto no subsistema público quanto no subsistema privado, a participação social parece-nos o mais essencial dos princípios e deve ser cuidadosamente assegurada em ambos os subsistemas de assistência à saúde, principalmente no que tange ao poder deliberativo das instâncias de representação da sociedade civil. A intersetorialidade, apesar das resistências e lacunas, deve também merecer maior destaque, à medida que é essencial para viabilizar ações que de fato modifiquem as condições de vida cotidianas.



## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O debate sobre modelos assistenciais na saúde suplementar não deve ser desvinculado do entendimento global do funcionamento do SUS, assim como as ações desenvolvidas para a promoção de saúde. A compreensão e a regulação da saúde supletiva podem ser estudadas e compreendidas a partir das experiências e modelagens produzidas no público, com o objetivo de compará-las e de estabelecer novos conhecimentos (BRASIL, 2008). O aumento das propostas de promoção da saúde no setor suplementar pode representar um importante impacto positivo na saúde dos beneficiários de planos de saúde. Entretanto, embora haja interesses em expandir e regulamentar práticas de cuidados em saúde rompendo o paradigma biomédico-hospitalocêntrico, os programas desenvolvidos pelo setor suplementar ainda são pouco conhecidos e analisados (COHN, 2011). Dessa forma, torna-se essencial um olhar mais cuidadoso aos Programas de Promoção e Prevenção de Doenças das operadoras, buscando o alinhamento à Política Nacional de Promoção da Saúde.

Apesar de ainda persistirem controvérsias na definição da promoção de saúde e confusões relativas a seus limites conceituais com a prevenção, muitos autores vêm procurando desenvolver, clarificar e disseminar o discurso da promoção. Contudo, como bem expressam Labonte (1996), Cerqueira (1997) e Mello et al. (1998), o mesmo não pode ser dito quanto à dimensão metodológica da promoção. Apesar de os princípios estarem razoavelmente desenvolvidos, permanece a dificuldade de traduzi-los em práticas coerentes, a ponto de as raras práticas que privilegiam a “nova promoção de saúde” se encontrarem ainda dispersas e desarticuladas.

Com os resultados da análise comparativa realizada neste estudo, é possível identificar que a mudança do modelo de atenção à saúde envolve a adoção de práticas cuidadoras e integrais. Portanto, pensar a saúde de forma integral significa, também,

articular as diretrizes da ANS com as políticas empreendidas pelo Ministério da Saúde, respeitando as peculiaridades do setor suplementar, fortalecendo parcerias e a discussão a respeito das necessidades de saúde da população, bem como estabelecer políticas de regulação indutoras em diversos níveis, afim de assegurar a Promoção da Saúde em prol da qualidade de vida dos indivíduos e populações.

## 6. REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (BRASIL). **Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**; Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro : ANS, 2006. 65 p.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (BRASIL). **Panorama das Ações De Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar / Agência Nacional de Saúde Suplementar**. – Rio de Janeiro : ANS, 2008. 88 p.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (BRASIL), Espaço das Operadoras-Promoprev-histórico;2017.Disponívelem:  
<http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-da-operadora/298-promoprev-historico>.

BAHIA, L.; VIANA. A. **Breve histórico do mercado de planos de saúde no Brasil**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Regulação e saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2002.

BECKER, Daniel. **No seio da família**: amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001. 117 p.

BOSHI, Renato R. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil**. 2ed. Porto Alegre: Edipucrs, 2002.

BRASIL, Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Dispõe sobre a Regulação da ANS**. Brasília, 2017.

BUSS, P. M. **Uma introdução ao conceito de promoção da saúde**. In: Czeresnia, D.;

Freitas, C. M. de (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência**. 2. ed. rev e ampl. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. p. 15-38.

CAMPOS, Gastão Wagner; BARROS, Regina Benevides de.; CASTRO, Adriana Miranda de. **Avaliação de política nacional de promoção da saúde**. Ciênc.saúde coletiva [online]. 2004, vol.9, n.3, pp.745-749.

CARVALHO, Antonio Ivo de. **Princípios e prática da promoção da saúde no Brasil**. Cad. Saúde Pública vol. 24 no 1 Rio de Janeiro Jan 2008.

CERQUEIRA, M T. Promoción de la salud y educación para la salud: retos y perspectivas. In: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **La promoción de la salud y la educación para la salud em América Latina: un análisis sectorial**. Ginebra: Editorial de La Universidad de Puerto Rico, 1997. p.7-48.

COHN, A. Questionando conceitos: o público e o privado na saúde no século XXI. In: SANTOS, N.R.; AMARANTE, P.D.C. (Org.).Gestão pública e relação público-privado na saúde . Rio de Janeiro: CEBES, 2011. cap.15, p.267-274.

FILHO, Luiz Tavares Pereira. **Iniciativa Privada e saúde**. Estud. Av. vol 13 no.35 São Paulo Jan/ 1999.

HEIDMANN, Ivonete T.S. Buss et al. **Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções**. *Texto contexto*,2006, vol.15, n.2, pp.352-358.

LABONTE, R. Estrategias para la promoción de la salud en la comunidad. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Promoción de la salud: uma antologia**. Washington: OPAS, 1996, p.153-65. (Publicación científica, 557).

LALOMDE, M. **A new perspective of the health of Canadians**. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada, 1974.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas**. São Paulo, EPU, 1986.

MALTA, Deborah Carvalho et al. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção**. *Ciênc.saúde coletiva* [online]. 2016, vol.21, n.6, pp.1683-1694.

MELLO, D A., ROUQUAYROL, M.Z., ARAÚJO, D., AMADEI, M., SOUZA, J., BENTO, L.F., GONDIN, J., NASCIMENTO, J. Promoção à saúde e educação: diagnóstico de saneamento através da pesquisa participante articulada à educação popular (Distrito São João dos Queiróz, Quixadá, Ceará, Brasil). **Cad. Saúde Pública**, v.14, n.3, p.583-95, 1998

- MENICUCCI, TMG. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil:** atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. 320 p
- NETO, João Leite Ferreira; KIND, Luciana; RESENDE, Maria Carolina Costa e COLEN, Natália Silva. **Processos da construção da Política Nacional de Promoção da Saúde.** *Cad. Saúde Pública.* 2013, vol.29, n.10, pp.1997-2007.
- PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009, 148 p.
- PIETROBON, Louise. et al. **saúde suplementar no Brasil:** o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 18 [ 4 ]: 767-783, 2008.
- RODRIGUES AT, Silva KL, Sena RR. Health promotion programs within supplementary healthcare in Belo Horizonte, MG, Brazil: concepts and practices. *Interface (Botucatu).* 2015; 19(54):455-66.
- SESTELO, J. A. F, Produção acadêmica sobre Saúde Suplementar no Brasil de 2000 a 2010: revisão crítica e investigação sobre a articulação entre o público e o privado. 2013, 67p.
- SÍCOLI, J. L., NASCIMENTO, P. R. Health promotion: concepts, principles and practice, *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v.7, n.12, p.91-112, 2003.
- SILVA JR, Alúcio G. da; ALVES, Carla A.; ALVES, Marcia G. M. 2005. **Entre tramas e redes:** cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; aqui falta
- SOUZA, Luis E.P.F.; SESTELO, J. A; BAHIA, Lígia. **Saúde suplementar no Brasil:** abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(5):851-866, mai, 2013. 851p