

FACULDADE LABORO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM AUDITORIA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM
SAÚDE

FRANCIVALDA ARAGÃO LIMA

**A AUTOGESTÃO NO BRASIL: AVANÇOS E LIMITES NA
PROMOÇÃO À SAÚDE**

São Luís – MA

2015

FRANCIVALDA ARAGÃO LIMA

**A AUTOGESTÃO NO BRASIL: AVANÇOS E LIMITES NA
PROMOÇÃO À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde da Faculdade Laboro, como requisito para obtenção do título de especialista.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mônica Elinor Alves Gama.

São Luís – MA

2015

Lima, Francivalda Aragão

A autogestão no Brasil: avanços e limites na promoção à saúde/
Francivalda Aragão Lima. - São Luís, 2015

Impresso por computador (fotocópia)

00p.

Trabalho de conclusão apresentado ao curso de Especialização em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde da Faculdade Laboro/Universidade Estácio de Sá, como requisito para obtenção do grau de especialista em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde. - 2015

Orientadora: Profa. Dra. Mônica Gama Elinor Alves Gama

1. Autogestão. 2. Promoção à saúde. I. Título

CDU-65.011.1:614

FRANCIVALDA ARAGÃO LIMA

**A AUTOGESTÃO NO BRASIL: AVANÇOS E LIMITES NA
PROMOÇÃO À SAÚDE**

Trabalho de conclusão apresentado ao curso de especialização em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde da Faculdade Laboro, como requisito para obtenção do título de especialista.

Aprovada em / /

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Mônica Elinor Alves Gama - Orientadora
Doutora em Medicina
Universidade São Paulo - USP

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a DEUS por todas as graças a mim concedidas. A minha saudosa mãezinha, Francisca Aguiar Aragão, pela coragem, determinação e, sobretudo pelo amor dedicado a mim e aos meus irmãos. Aos meus amados filhos Bruno, Gustavo e Afonso Júnior e também a minha futura nora Thais, pelo amor, companheirismo, incentivo e colaboração para a realização desse sonho. Aos meus queridos irmãos, amigos e professores pelos ensinamentos.

Agradeço, ainda, a minha querida professora orientadora, Mônica Gama, que me conduziu com sabedoria e paciência, para que eu realizasse este trabalho.

Senhor, quero dar-te graças de todo o coração e falar de todas as tuas maravilhas. Em ti quero alegrar-me e exultar, e cantar louvores ao teu nome, ó Altíssimo (Salmo 9:1-2).

RESUMO

O estudo parte de uma revisão literária que tem como objetivo analisar a questão da autogestão no Brasil, enfatizando nos avanços e limites na promoção à saúde. O presente artigo apresenta como metodologia uma revisão bibliográfica, fazendo um levantamento do que existe referente ao contexto histórico da autogestão, os avanços da autogestão no Brasil a partir de 1980, os efeitos da regulação nas entidades de autogestão e o desenvolvimento das ações de promoção da saúde, bem como a Política Nacional de Promoção da Saúde. Concluindo o trabalho, a partir dos assuntos estudados, foi mostrado que as entidades de autogestão em saúde apresentam-se como uma modalidade bastante adequada e eficaz na promoção da saúde.

Palavras-chave: Autogestão. Promoção à saúde.

ABSTRACT

The study is a literature review that aims to analyze the issue of self-management in Brazil, highlighting the advances and limitations in health promotion. This article presents a literature review and methodology, taking stock of what is related to the historical context of self-management, advances in self-management in Brazil since 1980, the effects of regulation in self-management entities and the development of actions to promote health and the National Health Promotion Policy. As completion the work, from the subjects studied, it was shown that health self-management entities are presented as a very appropriate manner and effective in promoting health.

Keywords: Self-management. Health promotion.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVO	11
3 METODOLOGIA	11
3.1 REVISÃO DA LITERATURA	11
4 A AUTOGESTÃO DENTRO DE UM CONTEXTO HISTÓRICO	12
4.2 A QUESTÃO DA AUTOGESTÃO NO BRASIL: a partir de 1980 e A nova lei brasileira de autogestão	14
4.3 A PROMOÇÃO DA SAÚDE: avanços e limites da autogestão na promoção à saúde	19
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
REFERÊNCIAS	23

1 INTRODUÇÃO

O modelo assistencial e de financiamento da saúde suplementar no Brasil que mais tem avançado é o de autogestão, tendo em vista que esse novo modelo não se preocupa apenas com conceitos de doença e assistência médico-hospitalar, mas também com a prevenção. As autogestoras, que são as empresas públicas e privadas, incorporam uma visão ampla de promoção da saúde dos seus beneficiários/funcionários.

Integralidade, solidariedade e prevenção são sustentáculos de um modelo de gestão que demonstra, na prática, ser bom tanto para os beneficiários quanto para as empresas.

A autogestão, além de ser uma das modalidades que mais tem avançado, é ainda a mais bem avaliada pelo Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) e pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), os quais avaliam a atenção à saúde, o equilíbrio econômico-financeiro da operadora, além da satisfação do beneficiário.

Esse modelo assistencial eficientemente reconhecido e sem fins lucrativos, o qual além de contemplar as expectativas e a saúde de milhões de beneficiários em todo o país, com a prática de uma assistência humanizada e associada às iniciativas de promoção de saúde, chamam a atenção de executivos dos setores públicos e privados devido a seu papel diferenciado e inovador da autogestão.

Pautados nesse enfoque é que procuraremos desenvolver este trabalho demonstrando que a saúde suplementar, na forma de autogestão, segue comprometida com os programas ajustados à dimensão das operadoras/empresas e ao perfil dos beneficiários, com ações, iniciativas, propostas e constatações que serão apresentadas.

Os resultados obtidos na pesquisa foram sistematizados neste trabalho seguindo a seguinte exposição: a) Introdução: que apresenta o foco da discussão; b) 1º Capítulo: A AUTOGESTÃO DENTRO DE UM CONTEXTO HISTÓRICO; c) 2º Capítulo: A QUESTÃO DA AUTOGESTÃO NO BRASIL, o qual se divide em dois subcapítulos: A autogestão no Brasil: a partir de 1980 e A nova lei brasileira de autogestão: avanços e limites na promoção à saúde. E considerações finais.

2 OBJETIVO

Estudar a autogestão no Brasil, com ênfase nos avanços e limites na promoção à saúde, a partir da literatura especializada.

3 METODOLOGIA

A pesquisa realizada neste estudo trata-se de uma revisão de literatura.

3.1 REVISÃO DA LITERATURA

Consideram-se como referencial para estruturação da presente revisão os passos propostos por Castro (2001).

- Formulação da Pergunta: QUAIS OS AVANÇOS E LIMITES DA AUTOGESTÃO PARA AS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE?
- Localização e seleção dos estudos: serão considerados no estudo publicações nacionais e periódicos indexados, impressos e virtuais, específicas da área (livros, monografias, dissertações e artigos), sendo pesquisados ainda dados em base de dados eletrônica tais como Google Acadêmico. Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde e Scielo.
- Período: 2003 a 2014
- Coleta de Dados: Serão coletados dados relativos AUTOGESTÃO no setor público e a Política nacional de PROMOÇÃO DA SAÚDE. Descritores (palavras chave): AUTOGESTÃO, PROMOÇÃO DA SAÚDE.
- Análise e apresentação dos dados
 - A AUTOGESTÃO DENTRO DE UM CONTEXTO HISTÓRICO
 - A QUESTÃO DA AUTOGESTÃO NO BRASIL: a partir de 1980 e A nova lei brasileira de autogestão
 - A PROMOÇÃO DA SAÚDE: avanços e limites da autogestão na promoção à saúde

4 A AUTOGESTÃO DENTRO DE UM CONTEXTO HISTÓRICO

No plano conceitual, segundo a ANS, autogestão significa:

Entidades que operam serviços de assistência à saúde destinados, exclusivamente, a empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim, de uma ou mais empresas ou, ainda, a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhadas. Podem ser patrocinadas ou não pelo empregador. Na maior parte dos casos das empresas/instituições estatais e da administração pública, os programas são geridos pelas próprias empresas ou por instituições privadas sem fins lucrativos conjuntamente com seus funcionários (ANS, 2009).

A origem da assistência à saúde nas organizações brasileiras vem das empresas de estrada de ferro na década de 1920, a qual era um dos ramos mais importantes da economia do Brasil. Essas empresas demandavam formas de serviços sanitário e assistencial, bem como medidas de caráter coletivo, que garantiam a saúde dos seus empregados, como forma de não ser interrompido o desenvolvimento do setor.

Em 1923, com a Lei Eloy Chaves, foi instituído o sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's), com financiamento tripartite, composto por empregados, empresas e governo. O empregado tinha o direito de participar do conselho administrativo dessas Caixas.

Com base nesta Lei os trabalhadores tinham garantidos alguns benefícios, como: assistência médica para si e seus familiares, medicamentos a preços especiais, aposentadorias e pensões. Com o início da oferta de assistência médica privada, na época, fez com que algumas Caixas criassem serviços de atendimento médico, sob sua administração própria.

A partir de 1926, os mesmos direitos adquiridos pelos empregados das estradas de ferro foram estendidos aos empregados portuários e marítimos. Como essas Caixas eram organizadas por empresas, empregados ou categorias profissionais, grande parte da população ficava de fora, apesar dessas Caixas serem reguladas pelo governo. Porém, com o rápido crescimento das mesmas, tornou-se inviável a monitorização dos seus funcionamentos, tendo em vista que ao

final da chamada “República Velha”, nos anos 20, o Estado encontrava-se totalmente desprovido de órgãos de controle social e fiscalização das políticas voltadas à sociedade civil.

Com a ascensão de Getúlio Vargas ao poder, foram implementadas estratégias para ampliação de suas bases de apoio político junto as classes trabalhadoras e ao empresariado. Então, foi criado, pelo governo, um órgão que visava o relacionamento entre Estado, trabalhadores e empresários, esse órgão foi o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Editou, também, um decreto promovendo a reforma do sistema de aposentadorias e pensões.

Na década de 30, foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's) que somaram-se as CAP's sob a proteção do novo ministério.

Muitas Caixas foram transformadas em Institutos, assim como também foram criados novos Institutos como: Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM), Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Comerciantes (IAPC), Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários (IAPB) e Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (IAPI).

Com a criação desses Institutos a maioria das Caixas foram por eles absorvidas, das que restaram, algumas sobreviveram até a década de 60. Há as que perduram até os dias atuais, como é o caso da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI).

A concessão, nesse período, de aposentadorias e pensões com critérios mais rigorosos, fez com que houvesse uma redução no número de benefícios que eram concedidos pelos Institutos, houve contenção de gastos, ocasionando queda dos recursos destinados aos serviços ambulatoriais, hospitalares e farmacêuticos, que ficaram mais restritos pela legislação que passou a regulamentar os IAP's.

O poder de negociação dos trabalhadores de cada categoria com seus respectivos Institutos é que estabelecia a maior ou menor extensão da assistência e dos serviços médicos.

A opção que os Institutos encontraram para economizar recursos foi a compra de serviços de assistência hospitalar bem como ambulatorial, junto a terceiros, através de convênios com hospitais e clínicas da iniciativa privada e também com profissionais autônomos.

Então, observa-se que entre as décadas de 40 e 60, as CAPs e IAPs eram a única forma de assistência médica prestada, porém beneficiavam somente parte dos trabalhadores formais. Desta forma, caracterizava-se em ser um sistema excludente, pois deixava as categorias formais menos organizadas, toda a população de trabalhadores rurais e o setor da economia informal dos grandes centros ficavam sem assistência.

Com o fim da Era Vargas e as mudanças sociais da época, algumas reivindicações dos trabalhadores começaram a ser atendidas e algumas alterações legislativas foram concedidas. Entre elas, a garantia de assistência à saúde aos aposentados e pensionistas, o aumento do teto máximo de gastos nessa área, a construção de hospitais e ambulatórios e a consequente ampliação da assistência médica, garantindo assistência clínica, cirúrgica, farmacêutica ou odontológica aos beneficiários, em ambulatório, hospital ou domicílio (UNIDAS, 2005).

Após o golpe militar de 1964, uma reforma previdenciária fundiu cinco dos seis IAPs em um único, o chamado Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Este era responsável pela assistência médica, ambulatorial e hospitalar, de todos os trabalhadores formais, sendo então incluídas as empregadas domésticas, a população rural e os trabalhadores autônomos.

No ano de 1974, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social e o INPS foi dividido em três institutos: o de Administração da Previdência e Assistência Social (Iapas), que administrava e recolhia recursos; o INPS, que continuou com as funções de administração, cálculo, concessão e pagamento de benefícios previdenciários e assistenciais; e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), destinado somente a administrar o sistema de saúde previdenciária (UNIDAS, 2005).

4.2 A QUESTÃO DA AUTOGESTÃO NO BRASIL: a partir de 1980 e A nova lei brasileira de autogestão

Em 1980 foi criada a denominada Associação Brasileira de Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresa (ASASPE), que posteriormente se tornaria a Associação Brasileira das Autogestões em Saúde Patrocinadas pelas

Empresas (ABRASPE), iniciando o processo de aglutinação de empresas com serviços próprios de assistência à saúde. (UNIDAS, 2005)

Oficialmente no ano de 1984, foi fundada ABRASPE, com o intuito além de reunir as empresas com serviços próprios de assistência à saúde, realizar um trabalho de mobilização, de prestação de serviços às associadas e de disseminação das melhores práticas e dos mais eficazes projetos inerentes ao Sistema Suplementar de Saúde. (COSTA, 2006; UNIDAS, 2005)

Para a ABRASPE, o objetivo das empresas de autogestão é proteger e promover a saúde dos usuários, com recursos e serviços credenciados (convênios) ou de livre-escolha (reembolso). (COSTA, 2006)

Até meados dos anos 80, o mercado de planos de saúde fica quase restrito pelos chamados planos-empresa. Porém, no fim da década de 80 ocorreu uma mudança significativa no mercado de planos de saúde quando as empresas de medicina de grupo passam a comercializar planos individuais com padrões de cobertura diferenciados (ALMEIDA, 2008).

Já no final dos anos 80, houve a expansão do setor com o crescimento expressivo da comercialização de planos individuais, inclusive com a entrada decisiva dos bancos e seguradoras no mercado, e com a forte adesão de novos grupos de trabalhadores pela assistência à saúde supletiva, principalmente nos setores do funcionalismo público (UNIDAS, 2005, p. 17).

Como Menicucci (2003) cita, foi realizada uma pesquisa pela empresa de consultoria Montigny Woerner, em 1989, mostrando que os fatores identificados pelas 230 empresas pesquisadas que as levavam a ter um plano de assistência médica, por ordem de importância eram: dar ao empregado sentido de segurança, manter a empresa competitiva em relação ao mercado, atrair e reter mão-de-obra de melhor qualidade, amenizar o clima de conflito entre patrões e empregados, cumprir bons preceitos de responsabilidade social, entre outros motivos.

A Constituição Federal de 1988 teve sua contribuição por ter estabelecido a atribuição do Estado de assegurar o direito à saúde dos cidadãos pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e garantiu o setor de assistência médico-hospitalar, permitindo a oferta de serviços de assistência à saúde pela iniciativa privada, sob o controle do Estado (ALMEIDA, 2008).

Mas foi através da Lei nº 8.080/90 que foi definitivamente instituído o SUS, com comando único em cada esfera de governo, definindo o Ministério da

Saúde como gestor do sistema no âmbito da União, e estabeleceu a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência.

A criação do Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde (CIEFAS), em 13 de junho de 1990, surgiu com a urgente missão de promover negociações com prestadores de serviços hospitalares, classe médica e laboratórios defendendo o interesse de suas filiadas ainda "informais" que reunia 18 entidades. Desta forma, surgiu a necessidade de oficializar o CIEFAS com personalidade jurídica para que pudesse atuar em defesa legal de suas filiadas (ALMEIDA, 2008).

Mesmo com a ampliação da demanda e oferta dos serviços privados de saúde, durante os anos 80 e 90, somente com a Lei nº 9.656 de agosto de 1998 e a Lei nº 10.185 de fevereiro de 2001, que foram regulamentadas as Seguradoras Especializadas em Saúde, subordinando-as às normas e fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), criada pela Medida Provisória nº 1.928, de 25 de novembro de 1999, convertida na nº Lei 9.961/00.

A criação da Lei nº 9.656 desobrigou as autogestoras de oferecerem o plano-referência e de demonstrar viabilidade econômico-financeira.

Conforme comenta Almeida (2008), a demanda pelos serviços privados de assistência à saúde aumentou de forma sustentada até o final dos anos 90, apesar dos problemas advindos do aumento de preço dos serviços na segunda metade da década de 90 e da redução da renda de boa parte da clientela, especialmente da classe média urbana, entre os anos de 1999 e 2003.

Em setembro de 2000, o CIEFAS e a ABRASPE, a fim de tratar da unificação das Entidades Representativas da Autogestão em Saúde, criaram comissões de estudos para elaborar um plano de fusão que abrangesse as particularidades de cada entidade. Então, em novembro de 2002, durante a realização do IV Congresso Internacional de Gestão em Saúde, oficializou-se a união destas duas maiores entidades que representam a autogestão no Brasil, nascendo, assim, a União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS, 2014).

Neste momento de criação, a missão definida para a UNIDAS foi a de promover o fortalecimento do segmento da autogestão em todo o território nacional, fomentando a excelência em gestão de saúde e a democratização do acesso a uma

melhor qualidade de vida, contribuindo para o aperfeiçoamento do sistema de saúde do país (UNIDAS, 2005).

Algumas das iniciativas regionais que aglutinaram as empresas de autogestão em saúde na década de 80 continuaram vinculadas à UNIDAS. Entre elas estão Grupo de Empresas de Autogestão em Saúde (GREMES) e Associação das Entidades Paranaenses de Autogestão em Saúde (ASSEPAS).

Os planos privados de saúde para os colaboradores das organizações representam uma importante ferramenta na busca da produtividade e na garantia da sobrevivência do negócio. A assistência em saúde torna-se uma responsabilidade social das organizações, além de estar diretamente relacionada à qualidade de vida e de saúde, ao bem-estar físico e mental dos colaboradores e à conseqüente competitividade da organização (UNIDAS, 2005, p.17).

As autogestões começaram a ser definidas na Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 39/2000 e na Resolução CONSU nº 05/99. Porém, apenas em 21 de novembro de 2006, a ANS publicou oficialmente a Resolução Normativa nº 137, representando um grande marco na legislação de saúde suplementar, pois regulou e definiu a natureza jurídica das entidades de autogestão.

Dentre os aspectos relevantes da Resolução Normativa nº 137/06, um dos que se destaca é a impossibilidade de oferta do plano a beneficiários que não estão inscritos em razão de vínculo empregatício, seja ativo ou inativo.

A RN nº 137/06 apresenta ainda novidades quanto a terceirização, pois segundo esta a entidade de autogestão deve operar por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, cuja administração será realizada de forma direta. Porém, exige que a entidade de autogestão comunique a contratação, previamente, à ANS, bem como envie cópia do instrumento no prazo de trinta dias contados de sua assinatura.

Regulação e autogestão

Segundo Gama (2003), os planos de autogestão foram os pioneiros na implementação de mecanismos reguladores de utilização de serviços médicos e hospitalares, com o objetivo de conter os custos da assistência de seus beneficiários.

O CIEFAS ressalta o aspecto não lucrativo da autogestão como uma de suas principais vantagens, ao passo que a ABRASPE apresenta como vantagem, a eliminação do intermediário entre o usuário e o prestador de serviço de saúde, assim como a possibilidade de criação do plano personificado para a massa de usuários de cada empresa (GAMA, 2003, p. 51).

A autogestão é a modalidade dominante nas empresas estatais e órgãos da administração pública que, em muitos casos, criaram instituições privadas sem fins lucrativos para a gestão da assistência (UNIDAS, 2005, p.23)

A flexibilidade no gerenciamento dos seus recursos é uma importante característica da modalidade autogestão, possibilitando uma melhor relação entre o custo e a qualidade dos serviços contratados e um adequado controle dos gastos. É um sistema que prioriza os beneficiários em todas as suas decisões, com atenção integral e preventiva à saúde, garantindo um bom atendimento ao usuário e uma significativa redução de custos (UNIDAS, 2007).

Um aspecto de impacto negativo da regulação para as autogestões foi a restrição da sua atuação. Ao limitar a oferta de assistência, por parte desses planos de saúde, a parentes até terceiro grau (resolução Consu nº 5), a legislação impede, a um só tempo, a livre concorrência e a extensão de benefícios obtidos por determinada categoria, mediante ação mutualista, a outros trabalhadores. (UNIDAS, 2005)

A necessidade de se adequar à regulamentação trouxe às autogestões um custo maior em termos administrativo-operacional, além do pagamento da taxa de saúde suplementar. Os impactos da equiparação das autogestões às operadoras de planos de saúde acabaram em dificultar o crescimento do segmento, havendo uma retração (UNIDAS, 2005).

Como a autogestão em saúde constitui-se em um sistema que não visa ao lucro, este segmento prima pela transparência de suas ações e da gestão dos recursos disponíveis.

Entre as principais vantagens verificadas nos planos de saúde das autogestoras encontram-se:

A eliminação de intermediários entre o beneficiário e o prestador de serviços de saúde; o pagamento dos serviços médicos e hospitalares efetivamente utilizados; maior ou plena cobertura das patologias e respectivos tratamentos; a possibilidade de implementação de programas de prevenção da doença e promoção da saúde; a gestão conjunta da assistência à saúde e da medicina ocupacional (UNIDAS, 2005, p. 66).

Outra vantagem significativa é a integração da medicina assistencial com a ocupacional, pois muitas vezes os usuários apresentam quadros clínicos vinculados a sua atuação profissional. Desta forma, a prática de prevenção integrada à promoção da saúde busca a diminuição dos fatores de risco que contribuem para a manifestação das patologias ou a ocorrência de acidentes relacionados ao trabalho (UNIDAS, 2007).

A autogestão trata antes da qualidade de assistência, não investe em marketing e em propaganda, não paga corretagem, não busca lucro. Toda a atenção da autogestão está voltada para a assistência com a certeza de que, além de definir o presente, esta prioridade será determinante para construção de um futuro com saúde (UNIDAS, 2013, p. 71).

Observa-se que, geralmente, os sistemas de autogestão abrangem um maior número de serviços, principalmente pela sua atuação geográfica, e atendem doenças e procedimentos que muitas vezes não têm cobertura pelos demais planos de saúde atuantes no mercado (UNIDAS, 2007).

4.3 A PROMOÇÃO DA SAÚDE: avanços e limites da autogestão na promoção à saúde

Conforme define a Organização Mundial da Saúde (OMS), Promoção da Saúde é um processo o qual busca ampliar as possibilidades de indivíduos e comunidades em atuarem sobre fatores que afetam sua saúde e qualidade de vida, com maior participação no controle deste processo.

A promoção de saúde começou a ganhar destaque no campo da Saúde Pública a partir da década de 1980. A Carta de Ottawa, documento produzido na I Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde, realizada em Ottawa, em novembro de 1986, é a principal referência ao desenvolvimento das idéias de promoção à saúde em nível mundial.

Esta Carta declara que a Promoção da Saúde é o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (OMS, 1986).

Nesse sentido, como apontado por Heidmann et al:

O grande desafio à promoção da saúde, principalmente no contexto latino-americano é a de mudança de cenário, no qual ainda prevalece uma enorme desigualdade social com deteriorização das condições de vida da maioria da população, junto com o aumento dos riscos para a saúde e diminuição dos recursos para enfrentá-los. Segundo os autores, a luta por saúde equivale à melhoria da qualidade de vida (renda, educação, transporte, lazer, habitação e outros) e deve estar presente nas principais estratégias de promoção à saúde (HEIDMAN apud TINOCO, 2009, p.)

Na Constituição Federal de 1988, a saúde é apresentada como um direito universal de cidadania, resultante de condições de vida e trabalho e inserida no plano das políticas sociais com formato de “direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício através de políticas sociais e econômicas e do estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988).

Desta forma a saúde começa a ser vista com uma abordagem mais ampla, garantindo então ações não só de recuperação da saúde, como também de prevenção de doenças e proteção e promoção da saúde.

No ano de 1998, ocorreu uma reformulação estrutural no Ministério da Saúde brasileiro, sendo as ações de Promoção da Saúde, oficialmente inseridas na estrutura, alocadas na recém criada Secretaria de Políticas de Saúde. (Nilson e Westphal, 1998 apud Carvalho et all, p. 11).

Quanto a esta inserção na Secretaria de Políticas, Carvalho (ano desconhecido) comenta que colaborou de forma positiva para a divulgação e esclarecimento de propostas e na articulação de ações de Promoção da Saúde a outras Políticas e programas de saúde, ampliando as oportunidades de seus princípios, valores e estratégias serem inseridos na formulação destas políticas e programas, na sua implementação e avaliação.

Em 30 de Março de 2006 foi publicada a Política Nacional de Promoção da Saúde, através da Portaria nº 687 MS/GM. Seu objetivo geral foi deixar claro que desejo do governo é melhorar a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados a seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006).

Caracteriza-se como uma política na qual os setores privados e os do governo, bem como os não governamentais juntamente com a sociedade participem em conjunto, neste objetivo de melhoria da saúde da população e sua qualidade de vida (TINOCO, 2009).

Na implementação da política foi instituído pelo Ministério da Saúde um Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde, composto por representantes de todas as Secretarias do Ministério da Saúde, da Fundação Nacional de Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz, do Instituto Nacional do Câncer e da ANS (Carvalho, ano desconhecido).

Conforme aponta Rangel (2010), com a nova proposta de regulação indutora surge a necessidade do modelo de gestão em saúde, promovido pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, ser repensado. Deve-se praticar ações como:

Introduzir na saúde suplementar a temática da promoção de saúde e prevenção e controle de riscos e doenças, incentivar a reestruturação do processo de produção do cuidado, assim como, rediscutir as formas usuais de organização dos serviços de saúde, com vistas ao monitoramento dos fatores de risco, ao gerenciamento de doenças crônicas, à compressão da morbidade e diminuição dos anos de vida perdidos por incapacidade, foram os fundamentos para a proposição de uma política que visa a qualificação da atenção à saúde no setor suplementar (RANGEL, 2010 apud Curci et all, p. 33).

Por meio da Resolução Normativa n. 264 de 19 de agosto de 2011, foram definidos os conceitos, escopos e modelagens dos programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças no âmbito da saúde suplementar, além de e dispor sobre os incentivos para as operadoras e para os beneficiários de planos privados de assistência à saúde.

A promoção da saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde.

A primeira iniciativa da ANS para estimular que as operadoras de planos de assistência à saúde implantassem ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças foi com a publicação da Resolução Normativa RN nº 94, em 23 de março de 2005, estabelecendo critérios para a prorrogação dos prazos para a integralização da cobertura com ativos garantidores das provisões de risco, definidas

na Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 77, de 17 de julho de 2001, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde que realizassem programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças para seus beneficiários.

O sistema adotado pelas entidades de autogestão demonstra ser um dos modelos mais adequados e eficazes para as organizações que se preocupam com a qualidade de vida dos seus colaboradores. A assistência à saúde dos colaboradores de uma empresa e seus dependentes acaba permitindo a definição de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças voltados às características e necessidades da população assistida, servindo ainda como instrumento de motivação e de melhoria do clima organizacional (UNIDAS, 2007).

Dentre medidas de melhoria dos planos de assistência, praticadas pelas autogestoras, a UNIDAS (2007) aponta o gerenciamento da demanda, a hierarquização do acesso, o controle de autorizações prévias, a adequada orientação ao beneficiário, a eficaz gestão da informação e os modelos alternativos de atenção à saúde, como os médicos de família, o atendimento pré-hospitalar e as internações domiciliares (home care).

O perfil de atuação da autogestão permite que haja uma integração da assistência à saúde e da medicina ocupacional, presente no ambiente de atuação do profissional, local onde muitas vezes pode estar localizada a efetiva causa do problema de saúde.

Uma estratégia bastante presente nas operadoras de autogestão é a prevenção primária, praticada através de ações como palestras, campanhas, produção e distribuição de material educativo. Esta prática tem o objetivo de reduzir os fatores de risco que contribuem para a manifestação de doenças (UNIDAS, 2007).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apresentou uma revisão literária da prática e desenvolvimento ao longo dos anos da autogestão no Brasil, enfatizando nos avanços e limites na promoção à saúde, utilizando diversas fontes e normas legislativas a respeito.

Por meio deste estudo é possível verificar que ainda que os princípios da promoção da saúde apresentem uma abordagem inovadora e do potencial para

mudança social, ainda existem muitos passos e avanços a serem galgados pelos profissionais e gestores da saúde.

Diante das demais modalidades, a autogestão apresenta-se como destaque dentre as demais operadoras de saúde, por conta de ser uma das mais preocupadas com a qualidade de vida de seus participantes, com a real promoção da saúde.

Desta forma, percebe-se que se o Brasil adotar uma política séria para o desenvolvimento da Saúde, com o apoio da ANS, atuando na regulação e avaliação, incentivando, inclusive a criação de novas entidades de autogestão, é possível acreditar que a saúde com qualidade, no Brasil, possa existir para toda a população.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Renata Gasparello de. **O capital baseado em risco: Uma Abordagem para Operadoras de Planos de Saúde**. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2008.

AUTOGESTÃO em saúde no Brasil: 1980-2005: história da organização e consolidação do setor. São Paulo: Unidas - União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde, 2005.

AUTOGESTÃO, modelo ideal para a saúde corporativa. São Paulo: Unidas - União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde, 2013.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição: República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Resolução Normativa nº 137, de 14 de novembro de 2006. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Dispõe sobre as entidades de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar. Diário Oficial da União, 2006.

_____. Resolução Normativa nº 264, de 19 de agosto de 2011. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Dispõe sobre Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças e seus Programas na saúde suplementar. Diário Oficial da União, 2011.

_____. Resolução Normativa nº 94, de 23 de março de 2005. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Dispõe sobre os critérios para o diferimento da cobertura com ativos garantidores da provisão de risco condicionada à adoção, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de programas de promoção à saúde e prevenção de doenças de seus beneficiários. Diário Oficial da União, 2005.

_____. Resolução RDC nº 77, de 17 de julho de 2001. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Dispõe sobre os critérios de constituição de garantias financeiras a serem observados pelas Operadoras de Planos de Assistência à Saúde -OPS. Diário Oficial da União, 2011.

_____. Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União, 1998.

_____. 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. Segunda edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p.

CARVALHO, Antonio Ivo de; WESTPHAL, Marcia Faria; LIMA, Vera Lucia Pereira. **Histórico da promoção da saúde no Brasil**. Disponível em: <
http://ufrr.br/procisa/index.php?option=com_phocadownload&view=category&download=188:historico-promocao-saude-brasil&id=29:textos&Itemid=275> Acesso em: 27 jan. 2015.

COSTA, Tânia Maria Zambelli de Almeida; BRUSCHI, Maria Letícia Duarte. **Tomadas de decisões nas organizações de autogestão em saúde: algumas experiências adotadas em Minas Gerais, Belo Horizonte: Fead-Minas, 2006.**

CURCI, Kátia Audi et all. Histórico da regulação da promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar no Brasil In: OGATA, Alberto José. **Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar brasileira: Resultados do laboratório de inovação**. Brasília, DF: OPAS, 2014.

GAMA, Anete Maria. **Caracterização da Autogestão no processo de regulamentação do setor suplementar de saúde**. Dissertação – Mestrado em Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2003.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e privado na política de assistência à saúde do Brasil: atores, processos e trajetória.** Editora: Fiocruz, 2003.

SCHEFFER, Mário (coordenador). **Promoção da saúde: meta e compromisso da autogestão.** São Paulo: UNIDAS - União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde, 2007.

TINOCO, Sarah Guerra Gama; LEITE, Eneida Gagliardi; BALDINI, Nayara Leal Ferreira. **Reflexões sobre a política de promoção da saúde no Distrito Federal e sua integração com a estratégia saúde da família.** Tempus – Actas de Saúde Coletiva, vol. 3, n. p. 64-75, abr. / jun.

UNIDAS, Apresentação. Disponível em:
<http://www.unidasmg.org.br/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=8>
Acesso em: 14 jan. 2015.

World Health Organization (WHO). The Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: World Health Organization; 1986.