

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA - EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

RINALDO CAETANO DA SILVA

**POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE
DICOTOMIA ENTRE: PÚBLICO E PRIVADO**

VITÓRIA
2018

RINALDO CAETANO DA SILVA

**POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE
DICOTOMIA ENTRE: PÚBLICO E PRIVADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.
Área de concentração: Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local.
Linha: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais.
Orientadora: Prof.^a. Dr^a. Maristela Dalbello-Araujo.

VITÓRIA

2018

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

S586p Silva, Rinaldo Caetano da.
Políticas de promoção da saúde dicotomia entre: público e privado / Rinaldo Caetano da Silva. - 2018.
84 f. : il.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maristela Dalbello-Araujo.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2018.

1. Promoção da saúde - Brasil. 2. Sistema público – Sistema privado - Brasil. 3. Direito à saúde - Brasil. 4. Análise documental. I. Dalbello-Araujo, Maristela. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD: 362.10981

RINALDO CAETANO DA SILVA

**POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE
DICOTOMIA ENTRE: PÚBLICO E PRIVADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Prof.^a Dr.^a. Maristela Dalbello-Araujo
Orientadora
EMESCAM

Prof.^a. Dr.^a. Paula de Souza Silva Freitas
Membro externo
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPIRITO SANTO

Prof.^a Dr.^a. Maria Carlota de Resende Coelho
Membro Interno
EMESCAM

"Já perdoei erros quase imperdoáveis, tentei substituir pessoas insubstituíveis e esquecer pessoas inesquecíveis. Já fiz coisas por impulso, já me decepcionei com pessoas quando nunca pensei me decepcionar, mas também já decepcionei alguém. Já abracei para proteger, já dei risada quando não podia, fiz amigos eternos, amei e fui amado, mas também já fui rejeitado, fui amado e não amei. Já gritei e pulei de tanta felicidade, já vivi de amor e fiz juras eternas, 'quebrei a cara muitas vezes'! Já chorei ouvindo música e vendo fotos, já liguei só para escutar uma voz, me apaixonei por um sorriso, já pensei que fosse morrer de tanta saudade e tive medo de perder alguém especial (e acabei perdendo). Mas vivi, e ainda vivo! Não passo pela vida...E você também não deveria passar! Viva! Bom mesmo é ir à luta com determinação, abraçar a vida e viver com paixão, perder com classe e vencer com ousadia, porque o mundo pertence a quem se atreve e a vida é 'muito' para ser insignificante".

(Autor Desconhecido)

AGRADECIMENTOS

Agradeço minha amada Mãe, *Marilza Caetano*, que com todo seu amor, carinho e dedicação, sempre acreditado em mim, me incentivando a nunca desistir, mesmo nos momentos mais difíceis que surgem em nossas vidas. À minha Vovó Rosa, que incondicionalmente, abriu mão de sua vida para cuidar da minha, o meu eterno obrigado.

Ao meu Pai, *José Reinaldo*, que mesmo não estando mais presente em vida, sempre foi uma referência em minha caminhada, reflexos de outrora.

Ao meu Irmão, *Alcides Caetano*, mesmo sendo mais novo em idade, sempre foi um exemplo de pessoa, admirando o seu crescimento, e vendo o homem que está se tornando.

Ao meu grande amor, *Meriani Cesconeti*, desde o início do nosso relacionamento, sempre esteve comigo, me apoiando, incentivando e acompanhando com sua sabedoria, humildade, e simplicidade traduzida em paciência e dedicação. E agradeço também ao fruto de nosso amor, *nossa amada filha Alice*, que fez renascer em mim a importância pela vida, a busca por uma força eterna, a maior de todas as motivações.

Aos meus *Tios (as), Primos (as), Sogro (a), Cunhados (as)* pelo incentivo, compreensão e carinho nos momentos que faltaram em mim sabedoria e paciência para lidar com as adversidades desta etapa que se finda.

Aos *Amigos (as)* por estarem sempre presentes e por me apoiarem, mesmo nos momentos mais delicados, me ouvindo, debatendo, buscando juntos novas perspectivas que me motivasse a se desenvolver e evoluir.

Aos *Colegas de trabalho* que sempre se colocaram dispostos a me ajudar, com paciência e sabedoria, compreendendo a importância desta etapa para minha vida.

Aos *Colegas de estudos* por terem compartilhado seus saberes e expectativas, processo marcado pela força do querer ser, e do poder fazer, com fortes traços de companheirismo e amizades.

Agradeço aos meus *Professores (as)* por terem possibilitado saberes, compartilhado informações, e com isso, construindo o conhecimento. E, claro, pela paciência ao longo do processo.

Agradeço a minha Orientadora, *Prof.^a Dr^a Maristela*, por ter me acolhido durante o processo, acreditado em mim, me ensinado não somente conhecimentos científicos, como também os de vida, pela paciência com minhas limitações, ensinando-me a supera-las, valorizando, deste modo, as etapas da vida.

À empresa e aos respectivos representantes legais, por terem oportunizado o meu desenvolvimento e qualificação profissional.

E a Deus, por ter me dar sabedoria nas minhas atividades, ensinado a valorizar cada etapa e pessoa acima citadas, entendendo assim, a importância delas em minha caminhada.

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) teve sua regulamentação relativamente recente e se organiza através de princípios doutrinários e organizacionais garantidos pela Constituição Federal de 1988, possibilitando inclusive, a participação da iniciativa privada, mediante dispositivos que norteiam a celebração de suas ações. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foi regulamentada em 2006 a partir das discussões fomentadas pela sociedade em razão do cenário de desequilíbrio social, de desenvolvimento humano e questões da saúde coletiva. Também em 2005, foram iniciadas ações pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) na busca da promoção da saúde, por meio da Resolução Normativa de Nº 94, que incentivou a criação de programas de promoção de saúde e prevenção de doenças de seus beneficiários. Tal fato fez indagar de que maneira as políticas aplicadas por cada uma dessas esferas se assemelham ou diferem na perspectiva da promoção da saúde e prevenção de doenças? Neste processo, Estado e Mercado, enquanto setores emblemáticos da dualidade Público x Privado acabam sendo reconhecidos como entidades antagônicas, distintas, embora permaneçam ligadas pela trama social em que se estabelecem. Movidos destas indagações realizamos uma pesquisa cujo objetivo foi identificar as semelhanças e diferenças entre as políticas de promoção da saúde e prevenção de doença emanadas por ambos os setores. A metodologia utilizada para alcançar o objetivo foi a da técnica de Análise Documental, que permite realizar a pesquisa de materiais que não receberam qualquer tipo de tratamento analítico por meio de uma ficha de leitura. Analisamos comparativamente as duas portarias, de 2006 e 2014, que dizem respeito à Política de Promoção da Saúde emanada pelo Ministério da Saúde, posteriormente as resoluções, conjunturas e instruções normativas que dizem respeito a regulação da ANS disseminadas através de manuais técnicos, sendo os datados de 2006 e 2011. O processo analítico foi realizado entre a primeira edição de cada política com suas respectivas edições atualizadas e, em seguida, confrontados sobre a ótica Público x Privado. Para isso foi utilizado uma ficha de leitura como recurso para coletar as informações dos documentos e extrair respostas frente as indagações. Verificamos que a inexistência de alguns fatores estruturantes da política do sistema privado de saúde, incorrem em ações fragmentadas a respeito dos pressupostos da promoção da saúde. Concluímos que as políticas têm caminhos e públicos diferentes, haja vista que a PNPS através de seus valores, princípios, diretrizes alcança todo o território nacional com suas ações, visando trabalhar os determinantes e condicionantes de saúde, já a ANS, apesar de bem estruturada em seus manuais técnicos que visam nortear as ações de promoção da saúde, alcança uma pequena parcela da sociedade, seus beneficiários e sua intervenção visa primariamente, a lógica econômica. Entretanto, ambas apresentam o propósito de mudança do modelo assistencial de saúde atual.

Palavras-chave: Sistema público x Sistema privado – Brasil. Promoção da saúde – Brasil. Análise documental.

ABSTRACT

The Unified Health System (SUS) had its relatively recent regulations and is organized through doctrinal and organizational principles guaranteed by the Federal Constitution of 1988, allowing even the participation of private initiative, through devices that guide the celebration of their actions. The National Policy on Health Promotion (PNPS) was regulated in 2006 based on discussions promoted by society due to the scenario of social imbalance, human development and collective health issues. Also in 2005, actions were initiated by the National Agency for Supplementary Health (ANS) in the pursuit of health promotion, through Normative Resolution No. 94, which encouraged the creation of programs for health promotion and prevention of diseases of its beneficiaries. Has this question asked how the policies applied by each of these spheres resemble or differ from the perspective of health promotion and disease prevention? In this process, State and Market, while emblematic sectors of the Public vs. Private duality end up being recognized as distinct antagonistic entities, although they remain bound by the social fabric in which they are established. Moved from these inquiries we carried out a research whose objective was to identify the similarities and differences between health promotion policies and disease prevention emanated by both sectors. The methodology used to achieve the objective was the Document Analysis technique, which allows the research of materials that did not receive any type of analytical treatment by means of a reading card. We analyze comparatively the two ordinances of 2006 and 2014, which relate to the Health Promotion Policy issued by the Ministry of Health, later the resolutions, conjunctures and normative instructions that concern the regulation of ANS disseminated through technical manuals, being dated of 2006 and 2011. The analytical process was carried out between the first edition of each policy with its respective editions updated and then confronted on the Public x Private Optic. For this purpose a reading sheet was used as a resource to collect the information of the documents and extract answers to the questions. We verified that the absence of some structuring factors of the policy of the private health system, incur fragmented actions regarding the assumptions of health promotion. We conclude that the policies have different paths and different publics, given that PNPS, through its values, principles, guidelines reaches the entire national territory with its actions, aiming to work the determinants and health determinants, the ANS, although well structured in its technical manuals that aim to guide health promotion actions, reach a small portion of satiation, its beneficiaries and its intervention is primarily aimed at economic logic. However, both present the purpose of changing the current healthcare model.

Keywords: Public system x private system. Health promotion – Brazil. Documentary analysis.

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)
ANATEL	Agência Nacional de Telecomunicações
ANEEL	Agência Nacional de Energia Elétrica
ANP	Agência Nacional do Petróleo
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPs	Caixas de Aposentadoria Pensão
CF 88	Constituição Federal
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESF	Estratégia Saúde da Família
INAMPS	Instituto Nacional de Previdência Nacional
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
JK	Juscelino Kubitschek
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PROMOPREV	Programas de Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças
PSF	Programa Saúde da Família
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 CONTEXTUALIZAÇÃO.....	16
2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	16
2.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	31
2.2.1 As Conferências Internacionais de Promoção da Saúde.....	31
2.2.2 Os conceitos de Promoção da Saúde.....	40
2.2.3 A Promoção da Saúde no Brasil.....	45
2.2.4 A Política Nacional de Promoção da Saúde.....	46
2.2.5 Promoção da Saúde na Saúde Suplementar.....	49
3 OBJETIVOS.....	52
3.1 OBJETIVO GERAL.....	52
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	52
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	53
5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	57
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
REFERÊNCIAS.....	72
APÊNDICES	78
APÊNDICE A – QUADRO DE ANÁLISE DOCUMENTAL.....	79
APÊNDICE B - ANÁLISE DOCUMENTAL DA PNPS 2006 X PNPS 2014.....	80
APÊNDICE C - ANÁLISE DOCUMENTAL DA ANS 2005 X ANS 2011.....	82
APÊNDICE D – ANÁLISE DOCUMENTAL DA PNPS 2006 X ANS 2006.....	84
APÊNDICE E – ANÁLISE DOCUMENTAL DA PNPS 2014 X ANS 2011.....	86

INTRODUÇÃO

O Interesse pelo assunto surgiu pouco tempo depois de ser contratado por uma operadora de planos privados de saúde, localizada no município de Vitória - ES, com o objetivo de trabalhar em um Programa Multidisciplinar de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças, denominado *SCS PrevBem*, onde tenho a oportunidade de atuar com outros profissionais da área da saúde. Essa proposta fez com que eu buscasse novos conhecimentos e vivências, e foi neste sentido que iniciei um curso de pós-graduação lato-sensu em Atividades e Exercícios Físicos na Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças, de caráter multidisciplinar, no Albert Einstein Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa, em São Paulo.

Após o término desse processo, surge então a vontade de aprofundar meus conhecimentos acerca da Promoção da Saúde, tanto no âmbito da saúde pública quanto privada, e seus respectivos reflexos para a sociedade, que busca a cada dia novas perspectivas de cuidados com a saúde, combate e controle de doenças crônicas, visando o bem-estar das pessoas. Diante das expectativas expostas, busquei o mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM.

A partir de então, tenho estudado os sistemas políticos inerentes ao campo da Promoção da Saúde, seu traçado histórico e os respetivos andamentos, fortalecendo minha atuação profissional, contribuindo assim para a sociedade de modo geral, através de minhas práticas e relações cotidianas. O resultado desta vontade se traduz em meio as palavras escritas nesta dissertação, levando o leitor, independentemente de onde se origina, a compreender de que maneira se desenvolve a Promoção da Saúde e a Relação Público x Privado inerentes do processo

A dicotomia Público x Privado vem sendo trabalhada nesta dissertação, a partir do cenário que antecede o nascimento da saúde pública no Brasil, que advém do processo histórico, no momento em que o Brasil começa a ser colonizado pelos portugueses; os meios de produção e o desenvolvimento social que começa a incitar mudanças em suas realidades, tanto na saúde quanto no trabalho; o

desenvolvimento da medicina previdenciária e seus impactos na sociedades; a chegada dos recursos tecnológicos e farmacêuticos; o combate às epidemias e sua relação com o sistema econômico da época para o gerenciamentos de crônicos; as manifestações por melhores condições de saúde e emprego; a conquista da saúde descrita e garantida através da Constituição Federal, chegando à criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e suas relações com a iniciativa privada, a qual se caracteriza, como complementar ao processo de cuidado-saúde-doenças da população.

Em seguida buscamos trabalhar o desenvolvimento da Promoção da Saúde e os impactos tanto para o governo quanto para a população. Em seu recorte histórico percebemos a importância da busca de novos modelos/propostas de atenção à saúde, principalmente na atenção primária, combatendo deste modo os altos custos da atenção secundária e terciária, atendo-se como crítica ao modelo biomédico, fomentando assim uma discussão sobre a importância em envolver outras áreas nos cuidados com a saúde, com foco no combate ao desequilíbrio dos condicionantes e determinantes de saúde.

Nota-se uma evolução nas discussões e conceitos da promoção da saúde e seus campos de atuação, tanto no âmbito da saúde pública como também na saúde privada, devido aos cenários epidemiológicos e sociais, os impactos econômicos e o acesso aos cuidados com a saúde, no Brasil e no mundo. Apresentamos o desenvolvimento das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde desde da 1ª Conferência, realizada em Ottawa, no Canadá no ano 1986 até a 9ª Conferência em Shanghai, China em 2016.

No Brasil, a Promoção da Saúde no âmbito Público se concretiza pela Política Nacional de Promoção da Saúde, nascida através de uma Portaria Governamental que visa reduzir as vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos determinantes e condicionantes da saúde da população. Na saúde privada percebe-se, além dessas mudanças, também os fatores econômicos através de programas de promoção da saúde, pois seu nascimento surge com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por força de sua Política de

Regulação Indutora, disseminada através de um Manual Técnico que propõe vantagens econômicas àqueles que aderirem à promoção da saúde.

Para compreender melhor os caminhos da Promoção da Saúde, iremos analisar as políticas empreendidas por ambos os setores, confrontando conceitos e ideias, visando identificar as semelhanças e diferenças existentes, seguindo um roteiro guia elaborado de acordo com a estrutura política dos referidos setores e seus documentos específicos.

Esta estrutura de análise é necessária, uma vez que a lógica empreendida pelos setores públicos x privado buscam resultados similares, porém por caminhos distintos, e que muitas das vezes se fundamentam nas mesmas fontes de conhecimento e estudo para a elaboração de suas propostas. Com essa reflexão, questiona-se: Qual seria a necessidade de se ter duas políticas de promoção da saúde para um único território? Qual é a lógica que se aplica para esse modelo assistencial de saúde em ambas as esferas? O foco e impacto dessas políticas alcançaria qual necessidade, social ou econômica?

Para responder essas e outras indagações, optamos para este estudo, utilizar em nossa metodologia, o sistema de Análise Documental, por permitir explorar de maneira mais concisa as informações dos documentos. E através deste caminho convidamos o leitor a mergulhar em informações valiosas extraídas em ambos, e de toda a base teórica empreendida para esclarecer os caminhos da Promoção da Saúde, na relação nos sistemas Público e Privado, da Saúde do País.

1 CONTEXTUALIZAÇÃO

1.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema de Saúde vigente no país é chamado de Sistema Único de Saúde (SUS), cuja regulamentação é relativamente recente em termos de política pública.

No Brasil, a institucionalização das ações de Saúde Pública aconteceu de forma tardia, se comparada com o processo que ocorreu na Europa durante o séc. XVIII. A defasagem de cem anos deve-se ao estágio de desenvolvimento em que se encontrava o País naquele período, e especialmente ao conjunto das relações sociais de produção que não propiciavam a abordagem da questão social relacionada com a saúde (DALBELLO-ARAUJO, 2005).

Por isso, é possível afirmar que nem sempre houve um sistema universal e público para os brasileiros. Durante a época do Brasil colônia, os cuidados à saúde baseavam-se no modelo sanitário de Portugal, com militares responsáveis por administrar aspectos sanitários e as práticas de cuidados aos nativos. O controle desse processo cabia às autoridades locais, já que a vigilância dos ancoradouros e das transações de mantimentos era de incumbência das câmaras municipais. Pobres, itinerantes, enfermos e demais necessitados eram atendidos através das solidariedades cristãs existentes, principalmente, através da criação das Santas Casas de Misericórdia, as quais começaram a surgir nos anos de 1543, quando Brás Cubas criou, em Santos, a Irmandade da Misericórdia e o Hospital de todos os Santos (PAIM, 2009).

Neste período praticamente não havia relações monetário-mercantis em nosso país. A riqueza social era medida em termos de posse de terra e número de escravos, não existindo condições favoráveis ao desenvolvimento capitalista. Uma parcela da mão-de-obra estava ligada à economia agroexportadora e outra à economia de subsistência, ou seja, relações escravocratas e relações não capitalistas. Um grande contingente de pessoas era lançado em situação de invalidez, de miséria, de vagabundagem ou de roubo, o que é evidenciado pela existência de mecanismos de

contenção para esses indivíduos, como os grandes hospícios (DALBELLO-ARAUJO, 2005).

De modo geral, no entanto, era a Igreja, com subsídios do Estado, que assumia o controle sobre essa escória. Os escravos, assim como os homens livres que viviam nas propriedades rurais devido a ligações pessoais, de agregação ou de compadrio eram tidos como assunto privado do senhor dono das terras. Nesse sentido, cabia a ele assumir a responsabilidade pela saúde daqueles que estavam sob sua tutela, permanecendo as questões de saúde focalizadas como de domínio privado ou familiar, exercidas precariamente por esse senhor. Sem dúvida, havia graves problemas de doenças, como altos índices de mortalidade por tuberculose, malária, varíola e febre amarela. Não obstante, as ações nessa área eram esparsas e sem infraestrutura administrativa para sua implantação (DALBELLO-ARAUJO, 2005).

A Proclamação da República representou uma etapa importante na constituição de um Estado-Nação, embora não tenha sido capaz de destruir as oligarquias regionais e nem os resquícios monárquicos centralizadores. As ações de Saúde Pública que se constituíram neste período tinham como característica a grande centralização estatal de seu gerenciamento e as tentativas de erradicação de doenças transmissíveis que pudessem prejudicar o desempenho econômico de uma determinada região. Exemplar o caso da cidade de Santos em que várias medidas foram tomadas, devido à importância do porto a economia do início do século, então centrada na atividade agroexportadora (ANDRADE; DALBELLO-ARAUJO, 2003).

É esse poder central, sob o jugo da burguesia cafeeira, que iniciará a incorporação da Saúde como uma área de atividade estatal, por volta de 1900, decidindo sobre sua organização e os locais de atuação. As ações de Saúde Pública no Brasil incidiram, primeiramente, sobre o meio ambiente urbano e, mais especificamente, sobre aqueles lugares que representavam perigo de doença e de desordem. A marca característica das ações sanitárias diz respeito ao lugar reservado ao Brasil no jogo comercial internacional. Dessa forma, as poucas campanhas sanitárias voltadas para a população objetivavam erradicar ou minimizar os efeitos de algumas doenças epidêmicas, melhorando a condição geral das cidades, favorecendo o

comércio exterior e a vinda de trabalhadores imigrantes (DALBELLO-ARAÚJO, 2005).

Assim, em torno de 1900, a saúde pública passou a ser preocupação governamental e as ações de controle de epidemias e condições sanitárias passaram a fazer parte da agenda da política, com o propósito de desenvolver ações como ocorria na vigilância sanitária dos portos (PAIM, 2009).

Mais tarde, com a constituição dos processos industriais no Brasil, a saúde aflorava como questão social, o cenário de saúde era de desequilíbrio e não norteava de maneira clara e concisa as ações de saúde para a população, sugerindo, desse modo, a falta de compromisso do Estado (PAIM, 2009).

Na década de 1920, com a recente industrialização foram criadas as Caixas de Pensão (CAPs), entendidas como fundos organizados pelas empresas através de contribuições dos empregados e empregadores, cujos benefícios eram a pensão, aposentadoria por invalidez, tempo de serviço e idade, e também assistência médica curativa, fortalecendo a prestação dos serviços privados na atenção à saúde com a assistência médica do sistema previdenciário público (RODRIGUES, 2014).

O desenvolvimento da indústria no governo de Juscelino Kubitschek favoreceu o fortalecimento das indústrias farmacêuticas e Hospitais. Com isso, promoveu-se a então nascida medicina de grupo, entendida como organização de seguros privados de saúde que atuam através do pré-pagamento dos serviços. Destaca-se, ainda, o surgimento das cooperativas médicas já na década de 1960, e como reflexo desse processo histórico muitos dos trabalhadores e sindicatos foram seduzidos por seguros privados de saúde, na busca por ações e serviços plenos fornecidos pelos planos privados, em detrimento de um sistema público de saúde (RODRIGUES, 2014).

O regime militar contribuiu com empréstimos destinados ao setor privado, de modo que os serviços de saúde o que fez com que o serviço privado se expandisse. Esse fenômeno ocorreu através da ampliação das redes privadas de saúde com fins lucrativos, em todos os campos de atuação, cuja adesão foi significativa, uma vez

que passou de 14,4% em 1960, para 45,2% em 1975, revelando um crescimento do setor privado sem precedentes (RODRIGUES, 2014).

Esse fenômeno econômico durante o regime militar fez com que em 1966, os IAPs fossem aglomerados em um só órgão, denominado Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), no qual somente trabalhadores formais tinham o direito aos serviços prestados. Por sua vez, aqueles que não se enquadravam no perfil de segurado traçado por aquele órgão, novamente ficavam a mercê da caridade e filantropia (PAIM, 2009).

Com a vigência do Código Tributário Nacional em 1966, ainda durante o regime militar, foi instituída a possibilidade de abater o valor gasto com os serviços privados de saúde do imposto de renda das pessoas físicas. Tal inovação fez com que os trabalhadores se afastassem cada vez mais dos serviços públicos de saúde, diante da vantagem fiscal oferecida pela legislação em vigor (RODRIGUES, 2014).

Paralelamente ao crescimento da medicina liberal e empresarial, cresceu também o número de instituições filantrópicas, como as Santas Casas de Misericórdia das quais também mantinham, em função da caridade, benefícios fiscais para desenvolvimento de seus afazeres nos cuidados com a saúde (PAIM, 2009).

Permaneciam excluídos, no entanto, grupos profissionais como os das áreas rurais, os domésticos, os autônomos e os desempregados. Em função dessas decisões, houve uma queda na qualidade da assistência médica ofertada pela previdência social brasileira.

O crescimento da assistência médica previdenciária foi identificado como resultado de uma associação entre Estado, empresários nacionais (empresas prestadoras de serviços médicos) e indústria estrangeira (indústria farmacêutica e de equipamentos e aparatos médicos), a qual propiciou a criação de um 'complexo médico-industrial', responsável por elevadas taxas de acumulação de capital de grandes empresas monopolistas internacionais [...] nessa perspectiva, a explicação do desenho institucional estabelecido para a prestação de assistência médica passa pelas relações entre política de saúde e política econômica, estando a política de saúde voltada para abrigar os interesses capitalistas do setor (MENICUCCI, 2010, p. 186).

Já na década de 1970, os estudos demonstravam a falência do modelo de assistência médica previdenciária, a fragmentação que impunha, tendo de um lado a assistência remediativa e de outro a saúde pública voltada quase que somente para puericultura e campanhas de vacinação, demonstrando o abandono para com o povo, através da utilização imprópria de recursos e apresentando diversos desfalques em seus cofres (PAIM, 2009).

Assim, durante o I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde da Câmara de Deputados, no ano de 1979, nasceu a primeira proposta do Sistema Único de Saúde (SUS), norteado por princípios e diretrizes fundamentadas na importância para a saúde do povo brasileiro.

Sete anos mais tarde, na VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, na qual se reuniram diversos seguimentos do mercado, atuantes nos setores públicos e privados, além dos grupos representantes de movimentos sociais, foi elaborado um documento a ser enviado a constituinte, acarretando na inserção de um capítulo próprio na Constituição Federal disciplinando somente saúde. Tal fato deu origem a promulgação de duas leis, que culminaram no nascimento do SUS: as leis 8.080 e a lei 8.142, ambas de 1990.

De acordo com Aciole (2006, p.195):

O SUS como produto do movimento de reforma sanitária brasileira tem assim caráter fortemente utópico ao pretender construir uma outra relação entre estado e sociedade, e por possuir uma concepção incluyente, pluralista, democrática, descentralizadora, de base municipalista, além de transparente porque submetida ao controle externo, de um público sobre a ação estatal.

Como consequência, foram inseridos em nossa Carta Magna de 1988, diversos dispositivos consagrados pelo resultado de lutas sociais, dentre os quais podemos citar, com maior relevância, aqueles que dispõem sobre a Seguridade Social e Saúde, quais sejam:

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (BRASIL, 1988, p. 65).

Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios [...] (BRASIL, 1988, p. 65).

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 66).

Assim, nasce o SUS, “[...] de caráter público, formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo, e sob o controle dos seus usuários” (BRASIL, 1990, p. 4).

A ideia de um Sistema Único de Saúde, estatal e público, está assentada, ademais, nas premissas de gestão nacionalizadora de recursos, unicidade de princípios em abrangência nacional, abertura a participação comunitária, permeabilidade às injunções da esfera pública, institucionalizada na forma de conselhos paritários e setoriais, e realização de um conjunto de ações que consideram a saúde como um produto das necessidades sociais construídas em cada momento histórico (ACIOLE, 2006, p.20).

E, em consonância com o Art. 7º da Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas na Constituição Federal, obedecendo, ainda, aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.
- XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. (Redação dada pela Lei nº 13.427, de 2017) (BRASIL, 1990).

Para que o SUS possa funcionar em todos os campos e regiões brasileiras, ele se organiza através dos princípios da Regionalização e Hierarquização, atuando tanto em linhas horizontais e verticais, possibilitando conhecimento e atendimento dos mais diversificados casos e situações do país (BRASIL, 1990). Também deve obedecer ao princípio da Resolubilidade, para que possa garantir a assistência completa, reduzindo fatores capazes de gerar complicações na saúde do indivíduo; e o Princípio da Participação dos Cidadãos, atribuindo grande responsabilidade à população através de conselhos e outros caminhos, tornando parte do processo de evolução (BRASIL, 1990).

Além disso, desde sua criação está previsto o princípio da Complementariedade do setor privado, garantido pela Constituição Federal de 1988 (CF 88), possibilita a participação da iniciativa privada nos processos de saúde da população, mediante dispositivos dos quais norteiam a celebração de suas ações (BRASIL, 1990).

Os autores que discutem a relação público-privado, inerente ao sistema de saúde brasileiro apontam que tais discussões surgiram ainda no período anterior a VIII Conferência Nacional de Saúde, através de trabalhos, teses e estudos realizados por Carlos Gentile (1918-1982), Cecilia Donnângelo (1940-1983), Sergio Arouca (1941- 2003) e outros desbravadores da saúde coletiva. Porém, apontam que aquele momento ficou marcado pela falta de participação do setor privado durante os debates, contudo, não deixaram de compor a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) no sentido da defesa de seus interesses (PAIM, 2005).

Destaca-se do relatório da CNRS destinado à Assembleia Nacional Constituinte, em que se pode ler "[...] é assegurado o livre o exercício da atividade liberal em saúde e

a organização de serviços privados, obedecidos os preceitos éticos e técnicos determinados pela lei e os princípios que norteiam a Política Nacional em Saúde" (PAIM, 2005, p. 115).

Neste mesmo texto, existem alusões aos setores públicos, privado não lucrativo filantrópico, privado lucrativo contratado e privado lucrativo autônomo (PAIM, 2005). Os responsáveis em gerir o SUS estão nas três esferas de governo, nos Municípios temos as secretarias de saúde, os secretários e prefeito; nos Estados participam as secretarias estaduais, os secretários, e, por último, na esfera Federal, o Ministério de Saúde, com o ministro responsável, que de maneira contínua, programam, executam e avaliam ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990).

A verba para custear a saúde é oriunda da Seguridade Social (que também é responsável pela Previdência Social e a Assistência Social) somados de outros recursos da União, constantes da Lei de Diretrizes Orçamentárias, com aprovação anual do Congresso Nacional (BRASIL, 1990).

A Seguridade Social é entendida como um modelo de proteção social, que representa um agrupamento de políticas públicas, motivadas por concepções de retidão social, assegurando a todos os povos uma garantia ínfima indispensável, socialmente acordada. Ela se norteia através do Plano Beveridge, organizado na Inglaterra em 1942, que visa à cidadania por via do justo social, garantido pelo governo, apresentando-se em caráter democrático e de forma ampla, independente de processos contributivos do passado (FLEURY; OUVENEY, 2008).

Seu ingresso aos direitos sociais amarra-se por via de carências demandadas pela população, conforme exemplo apresentado por Fleury e Ouverney (2008, p. 13), "[...], ou seja, o acesso à escola se justifica pela necessidade de alfabetização e educação, o acesso ao sistema de saúde porque há uma demanda sanitária". Esse padrão também é conhecido como institucional pois produziu políticas e organizações públicas preparadas em propiciar de maneira agregada e centrada, a gerência de aplicação dessas ações (FLEURY; OUVENEY, 2008).

O governo é o principal responsável em gerir e financiar o sistema, é o que encaminha fundos significativos dos cofres públicos na conservação das políticas sociais. Esses recursos são divididos mediante necessidades apresentadas, e são supridos por via de novas arrecadações periódicas, conotando uma manutenção econômica de gerações em gerações. O modelo propõe uma cidadania universal, pois os proveitos são garantidos como direitos sociais, de modo universal a todos que dele necessitem (FLEURY; OUVENEY, 2008).

Desta forma, podemos afirmar que o Sistema de Saúde, hoje vigente no país, é composto por dois subsistemas, um privado, caracterizado por relações de mercado e regido pelo código de defesa do consumidor, e um público, cabendo ao Estado a sua organização. Entretanto, nas palavras de Pietrobon, Prado e Caetano (2008, p.768):

Esse sistema de saúde pode ser dividido em dois subsistemas: o público e o privado [...] O subsistema público é representado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) [...] O subsistema privado é dividido em dois subsetores: o subsetor saúde suplementar e o subsetor liberal clássico.

Ambos desencadearam mudanças políticas e sociais, levando a uma regulamentação relativamente recente em termos de política pública, e é bom lembrarmos que nem sempre houve um sistema universal e público para os brasileiros.

Campos (2005) aborda o público através da referência do caráter de projetos e programas de uma organização que contempla as vontades coletivas, por uma ótica oposta, sua realização seria particular quando voltadas para alguns sujeitos individuais.

Já as organizações privadas são as que intervêm no mercado e as privadas filantrópicas e também comunitárias. A propriedade estatal se concretiza através da administração direta (próprio governo), autarquias, fundações públicas e empresas públicas. Pois, de acordo com estudo sobre o assunto, o par dialético, o par contrário o público é o caráter particular (CAMPOS, 2005).

Ainda no pensamento dos autores:

Além do par oposto o público-particular e o estatal-privado, seria necessário introduzir um terceiro elemento lacaniano, que é o governo. É complicado pensar o Estado sem governo, sem ator social. Porque é importante essa distinção? Porque a organização Estatal pode desenvolver ações programas e projetos de caráter público e privado e vice-versa. Não há nenhuma organização privada que sobreviva no mercado sem uma parcela de caráter público (CAMPOS, 2005, p. 91).

Na fala de Aciole (2006), a expressão privada, se põe contrária a público, mas simultaneamente a opinião pública, na qual se liga a ideia de mercado, compreendido como ambiente de produção privado, individualizadas, desamparados da atividade ou no âmbito público (Estatal). Ainda segundo o autor, a opinião pública faz menção ao estilo de exteriorização do interesse do todo e ao exercício de uma opinião crítica.

Para Sader (2005, p. 47) a relação público-privado se manifesta no seguinte aspecto:

A distinção público-privado pode ser encarada de uma outra ótica: a da distinção política/economia, com o primado do público sobre o privado interpretado como o primado da política sobre a economia, do interesse geral sobre a acumulação e as necessidades privadas. Essa visão é possível, porque, à diferença das sociedades pré-capitalistas, no capitalismo a acumulação privada não requer para sua reprodução [...] a intervenção estrutural da política.

Aciole (2006) nos traz ainda, que o termo público é usado para dar sentido no que diz respeito à distribuição do bem comum, ao interesse público e coletivo em geral, enquanto o privado expressa a condição individualizada, e única.

Tais fatos evidenciam que o desenvolvimento do campo da saúde decorreu, na área pública, de práticas coletivas e preventivas, ações essas de cunho estatal. De outro lado, o crescimento na área privada ocorreu pelas práticas individuais e curativas, relacionadas como da prática clínica (ACIOLE, 2006).

No entendimento de Fleury e Ouverney (2008, p. 38) a construção da política de saúde como política social envolve diversos aspectos políticos, sociais, econômicos, institucionais, estratégicos, ideológicos, teóricos, técnicos, culturais, dentre outros

“[...] ficando complexa a participação e envolvimento entre os processos acima citados”.

Através dessa lógica, percebe-se uma relação envolvendo governo, sociedade e comércio, exemplificado da seguinte maneira: a sociedade subsidia através de impostos e contribuições por meio das aquisições de bens, produtos e ou serviços afetando deste modo aspectos relacionados com a saúde, motivando o Estado a desenvolver ações de controle e combate das variáveis oriundas dessas relações.

Compreendido o processo, o governo ajustará sua política orçamentaria mediante o cenário em que o País se encontra e suas metas definirão de que maneira os recursos serão alocados e quais planejamentos poderão ser optados. De acordo com Campos, Viana e Soares (2015), através dos recursos que o Estado estimula à adesão aos modelos e estratégias de atenção primária à saúde administrada pelos municípios. A divisão de responsabilidades, no entanto, não exime as pessoas, a família, empresas e sociedade (FLEURY; OUVÉNEY, 2008).

Através lei nº 8080/90, em seu artigo 4º, também é possível saber quem são os envolvidos além da sociedade, para que ocorram as ações de saúde:

O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990).

Porém, no decorrer dos anos, o SUS pode ser visto por diversas facetas, tais como: o SUS Formal, conforme descrito pela Constituição Federal de 1988; o SUS democrático, de acordo com a Reforma Sanitária Brasileira (RSB); o SUS Real, que faz menção ao sistema econômico e suas características, além de práticas e políticas governamentais; e o SUS para pobres, como fragmento das administrações internacionais. Contudo, as aspirações do SUS são ajustadas a uma idealização social democrata de concessão universal (CAMPOS; VIANA; SOARES, 2015).

Na busca de controlar melhor as ações por parte da iniciativa privada, deu-se início ao processo de regulação através do controle da comercialização de produtos, restringindo ações excludentes por perfil de risco, buscando ajustar o desequilíbrio

econômico do mercado de saúde deixando mais sustentável a relação (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008).

No setor saúde encontramos duas agências de regulação, sendo elas: a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), incumbido a ela ações regulatórias nos setores de vigilância Sanitária, a outra é a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), responsável pelo setor suplementar de assistência (HEIMANN, 2005).

A ANS é uma autarquia especial que tem como características a autonomia administrativa, financeira patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e com mandato fixo de diretores. Sua finalidade é promover a defesa do interesse público, e suas funções são a regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência supletiva à saúde. A estrutura do órgão conta com cinco diretorias, que carecem ainda de maior integração, entre elas: Normas e Habilitação das Operadoras (Diope), Habilitação de Produtos (Dipro), Fiscalização (Difis), Desenvolvimento Setorial (Dides), Gestão (Diges). Um dos diretores acumula a função de diretor presidente da Diretoria Colegiada e da Câmara de saúde Suplementar (SCHEFFER; BAHIA, 2005, p.136).

A regulação se apresenta como alternativa de proporcionar a eficiência econômica, e deste modo, ficando a cargo dela, além de oportunizar o bem-estar dos consumidores e usuários, concomitantemente fomentaria novas oportunidades para o desenvolvimento da economia (SCHEFFER; BAHIA, 2005).

Já no entendimento de Carvalho, Fortes e Garrafa (2013, p.260):

O período, desde a aprovação da regulamentação do setor suplementar, caracterizou-se pela expansão da globalização econômica, pelo aumento da participação privada na atenção à saúde em diversos países, pelo avanço das ciências e da incorporação de biotecnologias na medicina, acompanhados, no Brasil, de mudanças econômicas e transição demográfica, com crescente envelhecimento da população.

Devido cenário duplo de atenção à saúde, e com a intensificação do desequilíbrio nas relações de mercado, nasce através da Lei nº 9.656/98, o setor de saúde suplementar, de maneira mais organizada, minimizando impactos para seus usuários, com controle sobre fatores econômicos, regulamentando a atuação das empresas privadas (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008).

Scheffer e Bahia (2005) falam que não há um consenso firmado entre os estudiosos do setor privado de saúde, pois existem outras denominações para além de Saúde Suplementar, podendo ser eles: Atenção Médica Supletiva, Assistência Médica Complementar ou Assistência Médica Suplementar.

De acordo com Carvalho, Fortes e Garrafa (2013, p.261), essa lei:

[...] estabeleceu como plano básico e mínimo que uma operadora deveria garantir no produto oferecido no mercado, além da opção segmentar de planos com cobertura ambulatorial/ hospitalar, somente ambulatorial ou apenas hospitalar com atendimento pré-natal.

O termo operadora é herança de outros setores regulados, enquadrado sob a mesma característica de modalidades empresariais bem distintas, não refletindo as diversidades dos segmentos, já a legislação, entende por operadora toda e qualquer pessoa de direito privado responsáveis por administrar planos de saúde (SCHEFFER; BAHIA, 2005).

A ANS tem por objetivo viabilizar a proteção das intenções públicas no auxílio à saúde, monitorando as atividades dos planos privados de saúde, inclusive na relação de comércio, compra e venda consumo e oferta, oportunizando o a evolução da saúde no país (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008).

O nascimento da agência, ligada ao Ministério da Saúde, simbolizou um ganho da saúde sobre o campo econômico, mas veio também concretizar o ideário sobre a diferenciação entre o segmento e o SUS, fortalecendo, no plano legal e institucional, a presença de dois sistemas que não se comparam. O SUS dos pobres; e os planos e seguros de saúde, destinados a classes médias e atuantes do mercado de trabalho. Pensando nesse processo, a Agência, em 2005, criou o Programa de Qualificação no Setor de Saúde Suplementar com o objetivo de fomentar avanços no setor saúde e, promover melhorias e expansão dos cuidados à saúde, fornecida pelos planos de saúde, incitando além da recuperação, a promoção e a prevenção (SCHEFFER; BAHIA, 2005). Visto que são empresas com finalidade social. São serviços essenciais do estado.

Este Programa de Qualificação é concentrado em quatro linhas de ação, sendo elas: os aspectos econômico-financeiros, as estruturas e operações, a satisfação do usuário/ beneficiários, por último e não menos importante, atenção à saúde, abarcando junto a ela, a assistência e prevenção (SCHEFFER; BAHIA, 2005).

As deformações e deslizos que porventura foram atribuídos a legislação não camuflam seus reflexos positivos: normas para entrada, funcionamento e baixa das empresas do setor, conceituação de critérios mínimos de cobertura transferências para o Poder Executivo Federal com responsabilidades na regulação e fiscalização das operadoras, não somente no aspecto social, como também econômico (SCHEFFER; BAHIA, 2005).

Os aspectos que determinam as condições de saúde no Brasil são verificados através do diálogo público que reconhece a constitucionalidade da saúde, como bem público, de direito do cidadão, com ações individuais e coletivas cujo objetivo é a cura e a prevenção na forma integral, ofertada pelas especialidades higienistas, sanitárias e clínicas através do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de 1990 com os princípios de universalidade, equidade, integralidade (ACIOLE, 2006).

No dialogo privado destaca-se o mercado através da oferta de prestação de serviços de assistência médico individual e curativa, mantida pelo sistema de vendas dos produtos em saúde, definida como saúde suplementar, que reúne as operadoras e seguros privados de saúde, que se organizam como cooperativas de trabalho médico, medicinas de grupo, filantrópicas e autogestões. É neste cenário que podemos definir os dois sistemas de saúde no Brasil: o Público através do SUS e o Privado formado pelas operadoras de Planos de Saúde (ACIOLE, 2006).

Na gestão do SUS, a participação de representantes da sociedade e dos gestores das diversas instâncias subnacionais de governo é garantida por meio de diversos arranjos institucionais, que permitem não só maior responsabilização do poder público, como também a participação no processo decisório. No caso da assistência suplementar, o arranjo institucional de uma agência reguladora dotada de alto grau de autonomia administrativa, decisória e punitiva não considera as instâncias decisórias e gestoras do SUS (MENICUCCI, 2010, p.192).

Pelo cenário apresentado até o momento, observamos as diferentes características no sistema público-privado atuantes no setor saúde, principalmente na relação entre estado e mercado, que constituem um sistema híbrido definido por sua dicotomia, expressando suas diferentes faces socioeconômicas dependentes de implantações de políticas públicas e privadas e seus reflexos no social (ACIOLE, 2006).

Essa relação público-privado se manifesta pela concessão de capital abaixo do necessário como auxílio, e de suporte advindo do capital privado, além da desestatização de gestão pública. Também levasse em debate a possível desvalorização dos serviços prestada pelo SUS e utilização consistente beneficiando o privado (CAMPOS; VIANA; SOARES, 2015).

O setor de planos de saúde é definido como suplementar, no Brasil, 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 serviço público (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008, p. 769).

Outros fatores que estão envolvidos na relação público-privado dizem respeito ao sistema de terceirizações dos processos de trabalho, suas reorganizações da lógica de funcionamento e desgastes frente a processos trabalhistas ocorridos por complexas condições nas atividades laborais, dentre outros fatores (CAMPOS; VIANA; SOARES, 2015).

Todo esse cenário faz com que o SUS fique comprometido na aquisição dos recursos, pois os repasses fiscais do governo para o privado, os custos com os planos privados de saúde para trabalhadores estatais e o desgaste econômico de auxílios fiscais fazem com que o SUS fique desprovido de maiores receitas. Essa herança advém desde o regime militar (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008).

Contudo, Scheffer e Bahia (2005) dizem que a Agência Nacional de Saúde, que é o responsável pelo setor de integração com o SUS, mostra que às operadoras de planos de saúde e o SUS, se apresenta somente através do ressarcimento, com procedimentos jurídicos e administrativos. Ainda segundo os autores, o modelo de ressarcimento se restringe às situações de internação e atendimentos de urgência e emergência dos utilizadores dos planos privados de saúde na pública e conveniada.

O aspecto legal prevê que o processo de ressarcimento deva ser em quantias acima daquilo que é custeada pelo SUS, os procedimentos com cobertura predita nos contratos dos beneficiários.

O setor público com isso perde força, condicionando o aspecto mercantil do estado, caracterizado pelo financiamento ao acúmulo privado, de considerável capital, ora no cenário nacional ora no cenário internacional (SCHEFFER; BAHIA, 2005).

Isso faz refletir sobre os impactos dos princípios norteadores do SUS, levando a pensar que são contrários aos seus ideais, favorecendo novas possibilidades de participação da iniciativa privada no setor saúde, e automaticamente desestruturando o pleiteado pelo SUS (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008).

2.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE

2.2.1 As Conferências Internacionais de Promoção da Saúde

A concepção de Promoção da Saúde (PS) tem sido discutida, nos últimos 30 anos, em diversos países, principalmente, os que estão em franco desenvolvimento, tais como: Canadá, Estados Unidos e países da Europa. A PS foi, então, se estabelecendo como um campo de possibilidades e apresentada de várias maneiras: como utopia, estratégia, prevenção, meio, finalidade, imperativo ético, nível de intervenção na saúde, bandeira de luta social, diretriz, direcionamento das políticas, paradigma, dentre outros (IGLESIAS et al., 2009).

A ideia de Promoção da Saúde, tem como marco histórico o Relatório Lalonde produzido no Canadá, em 1974 (DALBELLO-ARAUJO et al., 2012). De acordo com Pasche e Hennington (2006), o relatório foi formulado com o objetivo de enfrentar o aumento de custos com os cuidados médicos e os reflexos da abordagem nas doenças crônico-degenerativas. Destaca-se nesse documento a divisão dos aspectos da saúde em quatro componentes: Biologia Humana; Ambiente; Estilo de Vida e a Organização da Assistência à saúde. No relatório priorizava-se como

mecanismos de combate a promoção da saúde regular o processo, assistência eficaz, pesquisa e a definição de objetivos.

O governo canadense, visando a implementação do proposto no relatório Lalonde, implementou por toda extensão territorial um sistema de saúde baseado na universalização, integralidade, acessibilidade, portabilidade e administração pública. Além de investir em condições de moradias, meio ambiente tratado e conservado, transporte, alimentação, ensino, cultura e lazer (IGLESIAS, 2009).

Em 1978 foi realizada a Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, no Cazaquistão. Esta ocorreu a partir da parceria entre Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e teve como resultado a elaboração da Declaração de Alma-Ata. Este documento apontava para a ampliação do conceito de saúde, que passa a ser compreendido como o completo bem-estar físico, mental e social, e tinha como lema: “Saúde para todos no ano de 2000” (IGLESIAS, 2009). O objetivo proposto na declaração de Alma-Ata era a redução das desigualdades nas condições de saúde das populações de todos os países, tanto desenvolvidos como em desenvolvimento. (IGLESIAS, 2009).

Para tanto, a declaração apresentava o uso de oito quesitos tidos como essenciais para se atingir a nova concepção de saúde

[...] educação dirigida aos problemas de saúde prevalentes e métodos para sua prevenção e controle; II) promoção do suprimento de alimentos e nutrição adequada; III) abastecimento de água e saneamento básico apropriados; IV) atenção materno infantil, incluindo o planejamento familiar; V) imunização contra as principais doenças infecciosas; VI) prevenção e controle de doenças endêmicas; VII) tratamento apropriado de doenças comuns e acidentes; e VIII) distribuição de medicamentos básicos (IGLESIAS, 2009, p. 23).

Após a elaboração do relatório Lalonde e da Declaração de Alma-Ata a OMS promoveu Conferências Globais de Promoção da Saúde. As conferências de Ottawa (1986) de Bangkok (2005) definiram e constituíram os conceitos, princípios, campos de atuação e nortearam a promoção da saúde em um contexto mais abrangente da globalização; a de Adelaide (1988) verificou a formulação de políticas públicas

saudáveis; a de Sundsvall (1991) investigou a concepção de ambientes favoráveis; as de Jacarta (1997) e México (2000) concordaram com a qualificação da promoção da saúde e sua importância nos determinantes da saúde; a de Nairóbi (2009) solicitou mecanismos para sanar os espaços vazios entre evidências e suas aplicações, impactando, deste modo, no desenvolvimento da saúde; a de Helsinki (2013) reanalisou as vivências e o entrosamento no aspecto da Saúde em todas as Políticas e definiu diretrizes para atuações melhores estabelecidas em países e respectivos grau de desenvolvimento; a de Xangai (2016) apontou a promoção da saúde no meio dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, acesso em 05 maio 2018).

A Conferência de Ottawa, a primeira a ser realizada, reitera a importância das condições e recursos que são essenciais para a saúde: Paz, Habitação, Educação, Alimentação, Renda, Ecossistemas Equilibrados, Recursos Sustentáveis, Justiça Social e a Equidade (PASCHE; HENNINGTON, 2006). Tal conferência teve como produto a Carta de Ottawa, que destaca o termo da Promoção da Saúde e o correlaciona a princípios como os da Solidariedade, da Democracia, do Desenvolvimento, da Vida e da Participação (BUSS, 2003); O autor aponta, ainda, que estes preceitos devem ser associados a estratégias como intervenções do Estado por meio de Políticas Públicas Saudáveis. Estas, por sua vez, proporcionam Ambientes Favoráveis à Saúde; e, também, o envolvimento da Comunidade por via das ações comunitárias; da rede de Saúde com reorganização de seus sistemas e parcerias entre setores, indo ao encontro da distribuição das responsabilidades (PASCHE; HENNINGTON, 2006).

A Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, foi realizada na Austrália, na cidade de Adelaide, em 1988, e reforçou a seriedade das políticas públicas como propósito para vidas saudáveis, salientando a responsabilidade das vontades políticas - principalmente, as de caráter econômico para a saúde -, na insuficiência de informatização e das soluções governamentais à ascensão tecnológica (OLINDA; SILVA, 2007).

A Conferência destacou quatro áreas como preferenciais para se promover ações imediatas em políticas públicas saudáveis; são elas: apoio à saúde da mulher,

alimentação e nutrição, tabaco e álcool e criação de ambientes saudáveis. Olinda e Silva (2007) apontam que estes objetivos coadunam com o previsto na Constituição Federal do Brasil de 1988, uma vez que esta tem em seus objetivos elementares a diminuição das desigualdades sociais e regionais, a promoção do bem geral e a construção de uma coletividade solidária sem quaisquer proporções de discriminação. Assim, as ações previstas na Segunda Conferência de Promoção da Saúde contemplam os direitos de cidadania e os deveres do Estado no Brasil, dentre eles, a saúde (OLINDA; SILVA, 2007).

Em 1991, na Terceira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, sediada na Suécia, na cidade de Sundsväl, deu-se início a discussão entre a correlação de saúde e ambiente, este considerado na totalidade de seus aspectos. Nesta conferência, expressou-se a importância do desenvolvimento de ambientes físicos, sociais, econômicos e político, que visassem aspectos mais favoráveis à saúde (BUSS, 2003).

O documento 'As Cartas da Promoção da Saúde' (BRASIL, 2002, p. 42), afirma a correlação entre saúde e ambiente ao destacar que as ações de Promoção da Saúde "[...] devem ter diferentes dimensões (física, social, espiritual, econômica e política) e precisam ser coordenadas tanto no nível local como nos níveis regional, nacional e mundial, para encontrar soluções verdadeiramente sustentáveis".

Olinda e Silva (2007) complementam, ainda, que essa Conferência se relaciona as anteriores ao sintetizar os componentes apontados pela OMS como compromisso para se alcançar a meta de Saúde para todos, já que se considera o cenário de pobreza e privação, em ambiente altamente deteriorado, que ameaça, a cada momento, a saúde.

A Conferência de Sundsväl destacou também quatro estratégias importantes para a ação em saúde pública, que busca promover a estruturação de ambientes favoráveis no nível da comunidade: (a) Reforçar as ações comunitárias, destacando os grupos femininos; (b) Capacitar a comunidade e as pessoas a ganharem mais controle sobre sua saúde e ambiente, por via da educação e mais envolvimento nos processos de decisão; (c) Incorporar alianças para a saúde e os ambientes

favoráveis e (d) Mediar as vontades conflitantes na sociedade, de maneira que se possa garantir o acesso igualitário a ambientes favoráveis à saúde (BRASIL, 2002).

Em 1992, ano seguinte a Conferência de Sundsväl, aconteceu no Brasil a Conferência das Nações Unidas sobre Ambiente e Desenvolvimento, a chamada Rio-92. Esta pretendia preparar o mundo para o século XXI, em um cenário internacional de busca mútua por melhores condições de vida resultantes dos possíveis desequilíbrios ambientais iminentes a época (BUSS, 2013). No mesmo ano, ocorreu em Bogotá, na Colômbia, uma Conferência Internacional de Promoção a Saúde, com representantes de 21 países, inclusive, com participação do Brasil (OLINDA; SILVA, 2007).

De acordo com o documento 'As cartas de Promoção da Saúde' (BRASIL, 2002, p.45):

A situação de iniquidade da saúde nos países da América Latina reitera a necessidade de se optar por novas alternativas na ação da saúde pública, orientadas a combater o sofrimento causado pelas enfermidades do atraso e pobreza, ao que se sobrepõe os efeitos colaterais trazidos pelas enfermidades da urbanização e industrialização.

Na Conferência de Bogotá, constituíram-se recomendações teóricas e práticas, que enalteciam os elementos integrantes da Promoção da Saúde e, assim, como os dispositivos a serem utilizados. Dessa forma, pactos foram assumidos pelos países signatários do evento em cumprimento ao seguinte princípio: "O direito e o respeito à vida e à paz são valores éticos fundamentais da cultura e da saúde". Dentre os alicerces da Conferência estavam presentes os incentivos a políticas públicas que garantissem a equidade e beneficiassem a criação de ambientes e opções saudáveis (OLINDA; SILVA, 2007).

De acordo com Buss (2000, p. 173)

A Declaração de Santa Fé de Bogotá aponta três estratégias para a promoção da saúde na América Latina: 1) impulsionar a cultura da saúde, modificando valores, crenças, atitudes e relações. 2) transformar o setor saúde, pondo em relevo a estratégia de promoção da saúde. 3) convocar, animar e mobilizar um grande compromisso social para assumir a vontade política de fazer da saúde uma prioridade.

A partir do exposto, nota-se que cabe à Promoção da Saúde não só verificar os fatores que possibilitam a iniquidade, como também oportunizar ações que diminuam os efeitos desta. Além disso, as ações de PS devem atuar nas transformações dos comportamentos e atitudes dos povos e seus representantes, origem das infelicidades (BRASIL, 2002). Stoltz e Araújo (2004) complementam que a Carta de Bogotá retifica a saúde como reflexo do desenvolvimento econômico e social local, e em seu planejamento local, e aconselha estimular a cultura da saúde com reflexos em valores, atitudes e relações.

Na quarta Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, ocorrida na Indonésia, em 1997, produziu-se a Declaração de Jacarta. Esta reafirma as concepções presentes nas demais conferências e enfatiza que a saúde é um direito humano fundamental e primordial para o desenvolvimento social e econômico (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

A quarta Conferência possuiu como assunto principal a Promoção da Saúde no Século XXI. Outro fato significativo foi ter sido a primeira conferência a inserir o setor privado no amparo a promoção da saúde. O momento foi aproveitado para repensar o que se assimilou a respeito da promoção da saúde, reanalisar os determinantes da saúde e para apontar os caminhos e os mecanismos indispensáveis para combater os desafios da promoção da saúde que viriam (BRASIL, 2002).

A conferência atualizou as discussões ocorridas em Ottawa ao reconhecer que as ações de Promoção da Saúde são mais eficientes se empregadas de modo articulado as cinco estratégias predefinidas em Ottawa (solidariedade, democracia, desenvolvimento, vida e participação) do que se forem centradas em um único campo, além do que, diversos panoramas - cidades, comunidades locais, escolas, espaços de trabalho, dentre outros – apresentam possibilidades práticas para a efetivação de estratégias integrais (BUSS, 2000).

Para os autores Olinda e Silva (2007, p. 66), a Conferência:

[...] ressaltou em seu produto final, Declaração de Jacarta, a paz, o abrigo, a instrução, a segurança social, as relações sociais, o alimento, a renda, o direito de voz das mulheres, um ecossistema estável, o uso sustentável dos

recursos, justiça social, respeito aos direitos humanos e equidade com os elementos necessários e indispensáveis para a saúde. A pobreza passou a ser evidenciada como a maior ameaça à saúde.

Buss (2013) destacam que a Declaração de Jacarta reforça o nascimento de novos determinantes da saúde e coloca em destaque os elementos que ultrapassam barreiras continentais, tais como: incorporação de economia global, mercados financeiros e comerciais, o ingresso aos meios de comunicação, assim como, o avanço na destruição do meio ambiente; mesmo que seja redundante a todos países tais temas.

A quinta Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, que aconteceu no México no ano de 2000, teve como objetivo promover avanços nas prioridades da Promoção da Saúde para o século XXI, que já haviam sido percebidas em Jacarta e confirmadas pela Assembleia Mundial da Saúde de 1998 (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003). Estes avanços dizem respeito a promover a responsabilidade social em matéria de saúde; a ampliar a capacitação das comunidades e dos indivíduos; a aumentar a “inversão” no desenvolvimento da saúde; a assegurar a infraestrutura necessária à Promoção da Saúde e fortalecer sua base científica e a reorientar os sistemas e serviços de saúde (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003, p. 106).

A sexta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde – que teve como o título: Para a Promoção da Saúde em um mundo globalizado - foi realizada em Bangkok, na Tailândia, em 2005 (IGLESIAS, 2009). Evidenciou-se nesta conferência os impactos diretos da globalização na saúde, uma vez que ocorreu elevação dos índices de desigualdades sociais, alterações em todo o mundo nos cenários do meio ambiente, nos modos de urbanização, nas técnicas de comercialização dos continentes e ocorreu o surgimento de padrões de consumo e comunicação. Estes pontos foram debatidos com o propósito de analisar políticas e parcerias para a efetivação da Promoção da Saúde em um cenário de crescente processo de globalização.

As estratégias para a Promoção da Saúde em um mundo globalizado, apontadas pela Carta de Bangkok, sugerem intervenções eficazes por meio de políticas firmes, com participação e apoio das defesas destas. Para isso, se requer ações para

implementação de estratégias, como (a) a defesa da saúde referenciada nos direitos humanos e na solidariedade; (b) investimentos em políticas, ações e infraestruturas sustentáveis, para que possa se envolver os determinantes de saúde; (c) criar condições visando o desenvolvimento de políticas, liderança, práticas de promoção da saúde, transferência de conhecimento e pesquisa, e alfabetização em saúde; (d) regulamentar e legislar na busca de um nível mais alto de defesa contra danos e possibilitar oportunidades igualitárias de saúde e bem-estar para as pessoas; e (e) buscar parcerias e constituir alianças com organizações públicas, privadas, não-governamentais e organizações internacionais e também a sociedade civil na busca de ações sustentáveis (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Em 2009, ocorreu a sétima Conferência Global de Promoção da Saúde, realizada em Nairóbi, Quênia, na qual foram discutidos, dentre diversos assuntos, as dificuldades para implementação de propostas nos compromissos políticos e de desenvolvimento e as soluções para uma melhor distribuição de renda (PAULA; FARIA; ALMEIDA, 2013).

Nesta conferência, “[...] ficaram estabelecidos como objetivos: priorizar a saúde e a equidade como responsabilidade central dos governos; afirmar a necessidade de coerência política e reconhecer a necessidade de vontade política, coragem e visão estratégica” (PAULA; FARIA; ALMEIDA, 2013, p. 864). Com isso, foram pautadas responsabilidades a serem empregadas prementemente por meio de governos e daqueles que tomam decisões; tais como: fortalecer as lideranças, tomar a Promoção da Saúde como política transversal, empoderar comunidades e indivíduos, fortalecer os processos participativos, construir e aplicar conhecimentos em torno da busca de evidências, da efetividade e da Promoção da Saúde (BRASIL, 2010).

Segundo Dias e Gama (2014), a Conferência de Nairóbi concebeu a primeira oportunidade para discutir uma política mundial de Promoção da Saúde, em que seu documento, o ‘Nairóbi Call to Action’, fundamentou a importância da Promoção da Saúde frente aos desafios do desenvolvimento, equidade, redução das desigualdades e efetivação dos direitos humanos.

A oitava Conferência Global sobre Promoção da Saúde, em Helsinque, na Finlândia, no ano de 2013 "[...] reconheceu a ação multissetorial e as políticas públicas voltadas para a saúde como elementos centrais para a promoção da saúde, a conquista da equidade em saúde e realização da saúde como um direito humano" (BUSS et. al. 2016, p. 1).

A Carta de Helsinque convoca à intersectorialidade na constituição de políticas públicas e a inexistência de vontade política, por parte dos governantes, para a concretização da Promoção da Saúde dos povos; além disso, buscou a importância das políticas públicas e sua relevância nos determinantes da saúde e bem-estar (PAULA; FARIA; ALMEIDA, 2013). "O Brasil apresentou uma síntese do programa de transferência de renda direta, o Bolsa Família, e o progresso dessa política intersectorial de proteção social" (PAULA; FARIA; ALMEIDA, 2013, p. 863);

Segundo Buss et al (2016), a Conferência narra o conceito de maneira abrangente e aceita de Plano de Ação em Saúde em Todas as Políticas - HiAP como sendo "[...] uma abordagem às políticas públicas em todos os setores que sistematicamente leva em conta as implicações de decisões, busca sinergias e evita impactos prejudiciais à saúde para melhorar a saúde da população e a saúde" (BUSS et al, 2016, p.188).

A nona Conferência Global de Promoção da Saúde, realizada em Xangai, China, em 2016, resultou em dois documentos: a declaração de Xangai e o Consenso de Xangai. O primeiro diz respeito a promoção da saúde e os compromissos assumidos pelos países para o Desenvolvimento Sustentável para a Agenda 2030 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

A declaração destaca a necessidade de as pessoas poderem controlar sua própria saúde - de estarem em posição de escolherem um estilo de vida saudável. Observando a necessidade de ações políticas em diversos setores e regiões, o documento ressalta o papel da boa governança e da alfabetização em saúde na melhoria da saúde, bem como o importante papel desempenhado pelas autoridades municipais e pelas comunidades. (PAHO, 2016) (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE).

Já o Consenso de Xangai descreve os percursos para promover a Promoção da Saúde e aborda os determinantes da saúde via governança com qualidade, cidades

saudáveis, alfabetização em saúde e mobilização social (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

2.2.2 Os conceitos de Promoção da Saúde

As concepções de Promoção da Saúde foram se alterando com o decorrer dos anos devido as discussões realizadas em torno da própria concepção de saúde. Se antes se defendia que saúde era o estado oposto a estar doente, atualmente, há a compreensão que a saúde é um estado influenciado por vários fatores, dos quais deve-se se considerar inclusive as relações subjetivas dos sujeitos. Assim, não há como falar na concepção de Promoção da Saúde sem relacioná-la a de saúde.

Buss (2003) apontam que Winslow, em 1920, apresentava o conceito de saúde pública como a arte de evitar enfermidades, prorrogar a vida e evoluir a saúde corporal, mental e a eficiência do corpo. Estes objetivos seriam alcançados via empenhos comunitários organizados para o saneamento do meio ambiente; a administração das infecções na comunidade; o arranjo dos serviços médicos e paramédicos, para o diagnóstico precoce e a terapêutica preventiva de doenças; e a melhoria da máquina social, que iria certificar a cada indivíduo um modelo de vida adequado na gestão da saúde (CZERESNIA, 2003).

Buss (2003) dizem que a Promoção da Saúde é o empenho comunitário feito para atingir políticas que melhorem as condições de saúde. Ela é composta ainda por programas educativos, que visem a melhoria individual da saúde e deve desenvolver uma 'maquinaria social' que garanta a todos níveis de vida apropriados para a manutenção e melhoria da saúde.

A Promoção da Saúde, segundo Sicoli e Nascimento (2003), possui duas perspectivas. A conceitual - compreendida por princípios, premissas e definições - e a metodológica - referente ao desenvolvimento prático, planos de ação, estratégias, mecanismos para intervir e ferramentas metodológicas. Neste mesmo sentido, Traverso-Yépez (2007) aponta que a OMS entende a Promoção da Saúde como

[...] um processo social e político, não limitado a abraçar ações direcionadas a fortalecerem as habilidades e capacidades dos indivíduos, mas envolvendo, também, ações dirigidas a mudar as condições sociais, ambientais e econômicas, de forma a amenizar o seu impacto na saúde pública e individual (TRAVERSO-YÉPEZ, 2007, p. 224).

A Promoção da Saúde segundo Dalbello-Araujo et al. (2012) baseia-se no trabalho conjunto das políticas sociais, que possibilitam melhorias e maior qualidade na maneira de viver. Czeresnia (2013) reforçam que a PS é composta por um grupo de atividades, de metodologia e de artifícios, que podem ser governamentais ou civis. Estas devem propiciar o desenvolvimento das condições de bem-estar e de acesso a bens e serviços sociais que promovam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos (CZERESNIA, 2013). Em que se proporcione cuidado a saúde e ao desenvolvimento de mecanismos que favoreçam à população mais controle sobre suas condições de saúde e vida, seja individual ou coletiva (CZERESNIA, 2013).

Vasconcelos e Schmaller (2014) relembra um momento histórico importante, o movimento da Nova Promoção da Saúde. De acordo com os autores:

Nos últimos anos, o debate em torno da Promoção da Saúde (PS) tem assumido visibilidade nos meios de comunicação, nas diversas profissões sanitárias, na produção acadêmica e nas políticas de saúde de distintos países. Tal processo é expressão de um movimento internacional, denominado de Nova Promoção da Saúde (NPS), que emergiu a partir de meados dos anos 1970, sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde (OMS) (VASCONCELOS; SCHMALLER, 2014, p.130).

A Nova Promoção da Saúde argumenta a importância de superar racionalidades distintas, preconizando ideias como a concepção holística de saúde, a importância dos Determinantes Sociais da Saúde, a relevância da intersectorialidade, da participação comunitária, do direito à saúde, da equidade, da sustentabilidade, e outras (VASCONCELOS; SCHMALLER, 2014).

Sicoli e Nascimento (2003) afirmam que é interessante rever os três campos de ação descritos na Carta de Ottawa, que os autores creem estar mais próximos da nova promoção de saúde: a elaboração de políticas públicas, a criação de ambientes favoráveis à saúde e o fortalecimento da participação da população.

No campo da Nova Promoção da Saúde o termo empowerment, está distante de ser observado como modo de fortalecer a ação coletiva contra as estruturas de poder, ele é contemplado como um método de construção que exige negociação e concertação social (VASCONCELOS; SCHMALLER, 2014).

É preciso lembrar, também, que, historicamente, o conceito de Promoção da Saúde originou-se com as concepções de Winslow, em 1920, e teve influência significativa de Sigeriste (de 1946) e Leavell e Clark, em 1965 (TEIXEIRA; PASCHE; HEINNINGTON, 2006; BUSS, 2003). Há de se destacar que Leavell e Clark possuem uma contribuição considerável para a discussão de Promoção da Saúde. Os referidos autores no livro “História Natural das Doenças” apontam a Promoção da Saúde como um conjunto de atos preventivos na busca da saúde e bem-estar, além de fomentarem o desenvolvimento intersetorial (TEIXEIRA, PASCHE, HEINNINGTON, 2006; BUSS, 2003).

Na História Natural da Doença, Leavell e Clark apontam para três níveis de prevenção: Primário, Secundário e Terciário; que são descritos por cinco aspectos diferentes entre si, de acordo com a ordem de cada nível, a Promoção da Saúde e a Proteção Específica; o Diagnóstico, o Tratamento Precoce e a Limitação da Invalidez; e a Reabilitação. A prevenção primária, de acordo com os autores, ocorre no período pré-patogênico, no qual a PS não visa combater doenças, e sim, busca o bem-estar e o desenvolvimento da saúde, em que é compreendida a importância da educação em saúde e a orientação sanitária (BUSS, 2003). Porém, mais tarde, percebeu-se que estes conceitos não se aplicavam a Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (CZERESNIA, 2003).

Czeresnia (2003) destacam que a prevenção de doenças é um ponto crítico a ser explicitado no processo saúde-doença. Para os autores, a Promoção da Saúde apresenta um espectro mais vasto na busca de localizar e combater os macros determinantes de tal processo e há a tentativa de convertê-los de maneira positiva na direção da saúde; enquanto a prevenção de doenças visa que as pessoas permaneçam isentas de tais determinantes. Ou seja, a promoção da saúde tem por objetivo alterar as condições de vidas, tornando-as mais dignas e adequadas, já a prevenção tem como meta evitar doenças.

Para Silva (2012) a prevenção de doenças se fundamenta nos moldes epidemiológicos e procura descobrir quais são os fatores responsáveis pela disseminação das doenças, apresentando como objetivo prioritário evitar o desenvolvimento de patologias. De acordo ainda com Sucupira e Mendes (2003), a concepção de prevenção advém da perspectiva economicista e foi rapidamente introduzida pelo modelo capitalista. Tal concepção coaduna-se com as ideologias do paradigma da biomedicina e ocasiona a necessidade de se agregar tecnologia adequada para essas ações e, deste modo, implementou-se a prática dos exames de "check-up" e a indústria da prevenção (SUCUPIRA; MENDES, 2003). Por outro lado, o campo conceitual e prático da Promoção da Saúde tem se implementado como uma reação ao excesso de medicalização, tanto da sociedade como no sistema de saúde; além de atualmente possuir uma concepção mais abrangente do que a presente na obra de Leavell e Clark, a "História Natural das Doenças" (SUCUPIRA; MENDES, 2003).

Iglesias (2009) discorre em seu estudo sobre a etiologia do termo promover. De acordo com a autora este

[...] vem do latim *promovere*, na direção de mover, ir mais além, ir para a frente, avançar, dar impulso, apoiar, fomentar, favorecer, propor, fazer-por (alguma coisa) mas também fazer-com (alguém) e através-de (um grupo, uma organização). Assim, ao contrário da ação de Prevenção, que visa o controle dos acontecimentos para a garantia do não adoecimento, a Promoção à Saúde vai em direção do acontecimento, trabalhando com a possibilidade de escolha do sujeito (IGLESIAS, 2009, p. 39).

Czeresnia (2003) salientam que há uma ótica conservadora da Promoção da Saúde que corrobora com a redução da responsabilidade do Estado e transfere aos sujeitos a obrigação de tomarem conta de si mesmos. Por outro lado, há uma perspectiva progressista que aponta para uma outra dimensão da Promoção da Saúde, evidenciando a elaboração, de políticas públicas intersetoriais, direcionadas à melhoria da qualidade de vida das populações. Promover a saúde obtém, desta maneira, um espectro que circunscreve o campo da saúde e considera o ambiente, em sentido amplo, percorrendo a concepção local e global, além de agregar elementos físicos, psicológicos e sociais.

Dalbello-Araujo et. al. (2012) afirmam que a PS e a prevenção de doenças se complementam, contudo, não se igualam, pois cada uma apresenta sua própria concepção sobre saúde e à maneira dos indivíduos a conquistarem.

Para Traverso-Yépez (2007), os vários entendimentos referentes à Promoção da Saúde apresentam óticas distintas no que diz respeito ao desenvolvimento das ações e o modo como se organizam, pois, enquanto a prevenção busca combater o que não se manifestou em qualquer aspecto biopsicossocial, a promoção tende a zelar pela qualidade de vida de pessoas e seus ambientes.

Para compreender o termo Promoção da Saúde é importante perceber que as transformações das atitudes são consequências das mudanças de concepções e olhares sobre a vida e a sociedade. Assim, promover saúde aponta para opções e estas nem sempre fazem parte da esfera do conhecimento verdadeiro, mas de virtudes, muitas vezes ligando-se, a termos tais como: empoderamento e vulnerabilidades (CZERESNIA, 2003). Nas palavras de Sucupira e Mendes (2003, p.9) "[...] para a prevenção, evitar a ocorrência de enfermidade e a perda do bem-estar é o objetivo final. Para a promoção da saúde o objetivo contínuo é buscar expandir o potencial positivo de saúde, portanto, a ausência de doenças não é suficiente".

A Promoção à Saúde trabalha com uma ideia abrangente de saúde, que está relacionada a ideia de uma boa qualidade de vida, o que inclui acesso ao lazer, a educação, ao saneamento básico, a alimentação, entre outros determinantes à saúde. Seguindo nesta direção, torna-se presente outra diferença em relação à Prevenção, uma vez que esta solicita obrigatoriamente, a presença de profissionais de saúde para a sua realização, já as atividades de Promoção à Saúde podem e devem ser efetivadas por organizações não-profissionais, movimentos sociais, governos locais, municipais, regionais e nacionais (IGLESIAS, 2009).

A discussão sobre qualidade de vida e saúde é histórica tanto no Brasil quanto na América Latina. A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) fez seminários sobre condições de vida e situação de saúde. Em tais eventos muitos autores latino-americanos discutem, por perspectivas teóricas diversas, o tema da saúde e da

qualidade de vida (BUSS, 2000). A articulação do tema se faz importante para o Brasil e os demais países latino-americanos, pois apresentam má distribuição de renda, analfabetismo e baixo grau de escolaridade, condições precárias de habitação e ambiente, situações de miséria, pessoas morrendo antes de completar 40 anos, falta de água potável e de acesso a esgoto; fatores que têm um papel muito importante nas condições de saúde (BUSS, 2000; BYDLOWSKI; WESTPHAL; PEREIRA, 2004).

É importante a discussão de propostas que estimulem mudanças verdadeiras nos indivíduos, nos grupos, nos governos - ou seja, na sociedade - para que se alcance um cenário em que as condições mínimas necessárias para sobrevivência digna sejam garantidas à população. Com isso, tem-se avançando no movimento da Promoção da Saúde, que visa o desenvolvimento das questões relacionadas a qualidade de vida e denota que os profissionais envolvidos descubram novas formas de pensar e de agir, preocupando-se com a construção de um mundo saudável (BYDLOWSKI; WESTPHAL; PEREIRA, 2004).

A proposta da Promoção da Saúde constituiu-se, assim, como uma atitude frente à medicalização da vida social. A PS visa escapar do reducionismo biomédico, se desenvolvendo como um mecanismo de transformação, entendendo que a saúde se produz no entrecruzamento dos diversos setores, saberes e vivências. A Promoção da Saúde envolve ainda a distribuição de responsabilidades sociais, incluindo a população como participante ativa desse processo (IGLESIAS, DALBELLO-ARAUJO, 2009).

2.2.3 A Promoção da Saúde no Brasil

No Brasil, com o término da ditadura militar e o início da redemocratização do país, grupos de sanitaristas progressistas, não satisfeitos com os avanços alcançados com as mudanças propostas pelas correntes preventivistas, acentuaram a discussão em busca de novos paradigmas para direcionar atividades que pudessem dar uma nova dimensão às políticas públicas do setor saúde, levando em consideração os determinantes sócio-históricos do processo saúde-doença. Isso fez com que, nos

anos 1980, o movimento da Reforma Sanitária Brasileira conseguisse implementar propostas na VIII Conferência Nacional de Saúde que resultaram no estabelecimento do SUS como sistema público de saúde, nos anos 1990; instituído na Constituição de 1988 e implementado pelas leis 8080 e 8142 de 1990 (BRASIL, 2010).

A implementação do SUS como Sistema de Saúde não ocorreu de modo linear, ela é repleta de desenvolvimento, avanços e, também, de estagnações e impasses; fato semelhante ocorreu na implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). A PNPS construiu-se no cotidiano de trabalho das equipes de saúde, especialmente, no âmbito do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e da Estratégia de Saúde da Família (PACS/ESF) (BRASIL, 2010). O PACS/ESF tem considerável integração social e territorial e orienta-se pelos princípios de vinculação, corresponsabilização e integralidade na assistência à saúde e, assim, estabelece um percurso fundamental para a implementação de ações de Promoção da Saúde no SUS (BRASÍLIA, 2010).

Teixeira (2006), as sugestões contempladas em relação à Promoção da Saúde contribuem para enriquecer o debate sobre a mudança do modelo de atenção à saúde no SUS. Este coopera para o desenvolvimento da construção conceitual e metodológica da Promoção da Saúde, além de contribuir para a construção da vigilância da saúde direcionada aos determinantes de riscos e danos à saúde individual e coletiva (TEIXEIRA, 2006).

2.2.4 A Política Nacional de Promoção da Saúde

Na busca por contribuir com melhorias dos serviços prestados pelo SUS, nasce, em 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), a partir das discussões fomentadas pela sociedade em razão do cenário de desequilíbrio social, processos democráticos ora fragmentados ora inexistentes, evolução humana e a atenção à saúde coletiva (MAGALHÃES, 2016).

Após todo o diálogo surge à Portaria nº687 MS/GM DE 30.03.2006, da qual cria a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) que visa melhorias na saúde da população e frente aos desafios oriundos da sua evolução, o Ministério da Saúde (MS), através dos textos constitucionais, da legislação que regulamenta o Sistema Único de Saúde - SUS e dos resultados das Conferências Nacionais e Internacionais de Saúde e do Plano Nacional de Saúde (2004-2007); cria a proposta da Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS (BRASIL, 2006).

Segundo Albuquerque et al. (2016), a PNPS visa resgatar as discussões no que tange aos modos mais saudáveis de viver da população com o intuito de debater os determinantes sociais (DSS) e de afastar-se da culpabilização pelo adoecer. Diz ainda que é um ponto de partida para estabelecimento de objetivos e recursos para o processo de promoção da saúde, em especial, nas esferas estaduais e municipais. A política, através do seu texto, busca mudanças no modo de organizar, planejar, realizar, analisar e avaliar o trabalho em saúde (BRASIL, 2006. p. 18):

De acordo com a diretora de Vigilância e Promoção da Saúde do Ministério da Saúde, Deborah Malta, o contexto nacional e internacional apontou novos desafios e compromissos que motivaram o aprimoramento e a atualização da Política Nacional de Promoção da Saúde. 'A nova política dialoga com os acordos internacionais firmados pelo governo brasileiro e está articulada com as demais políticas. Ela incorpora o saber popular e tradicional às práticas em saúde e valoriza a formação e a educação permanente, que compreende mobilizar, sensibilizar e promover capacitações para gestores, trabalhadores da saúde e de outros setores', afirma (UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS, acesso em 7 nov. 2017).

Porém, para que isso ocorra, é importante compreender como acontecia a organização financeira e os investimentos destinados a PNPS, para isso, Magalhães (2016) apresenta em sua obra, que desde a criação da PNPS e sua revisão em 2014, ocorreram ampliações dos investimentos para projetos e programas que visem à promoção da saúde em todo o território brasileiro, constando em 2009 a participação de 1500 entes federativos envolvidos na Rede Nacional de Promoção da Saúde. Ainda segundo o autor, esse foi um dos motivos que, também, contribuiu para que ocorresse a revisão e amadurecimento da política em 2014, pois concomitante a isso, observava-se desequilíbrio dos montantes de recursos e suas alocações.

Todo esse processo vai ao encontro do objetivo, reelaborado, destacado por Westphal e Franceschini (2016, p. 1820), sendo o seguinte:

Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), revista e publicada em 2014, que assume o objetivo geral de *promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade de saúde individual e coletiva e reduzindo a vulnerabilidade e riscos a saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais* está sendo operacionalizada para colaborar, agora oficialmente, no enfrentamento da questão da exclusão, ou melhor, das iniquidades em saúde no Brasil.

A PNPS se organiza e estrutura através de diretrizes, temas transversais, eixos operacionais, competências comuns e específicas para cada esfera de gestão do setor de saúde, compreendendo o próprio MS, Secretarias Estaduais e Municipais de saúde. Prevê também ações de financiamentos, para ações de promoção de saúde e atenção a temas prioritários, assim compreendidos em sua idealização, contemplando seus valores e princípios (BRASIL, 2015).

Expandindo-se através de temas transversais, são discutidos: os Determinantes Sociais de Saúde (DSS), Equidade e respeito à diversidade; O desenvolvimento sustentável; A produção de saúde e cuidado; Ambientes e territórios saudáveis; Vida no trabalho; a Cultura da paz e os direitos humanos; questões das quais são norteadoras para a criação de agenda de promoção de saúde e para a adoção de estratégias.

Sá et al. (2016) refletem ainda a necessidade da PNPS em transversalizar nas redes o processo de promoção da saúde, oportunizando ações de cuidados de maneira mais humana através da ótica da integralidade.

Portanto, se observa que a promoção da saúde acontece através das articulações sujeito/coletivo, público/privado, estado/sociedade, clínica/política, setor sanitário/outras setores, buscando romper com exagerado fracionamento do processo saúde-adoecimento e diminuição da vulnerabilidade, dos riscos e dos danos que dele resultam (BRASIL, 2006).

Buscando concretizar as ações, a política segue os Eixos Operacionais: Territorialização; Articulação e cooperação intrasetorial e intersetorial; Rede de atenção a saúde; Participação e controle social; gestão; Educação e Formação; Vigilância, monitoramento e avaliação; Produção e disseminação de conhecimento e saberes; Comunicação social e mídia.

Como resultado do diálogo contínuo entre esferas governamentais, não governamentais, o setor privado e a sociedade civil, a PNPS apresenta os seguintes temas compreendidos como prioritários: Formação e educação permanente; Alimentação adequada e saudável; Práticas corporais e atividades físicas; Enfrentamento ao uso do tabaco e de seus derivados; enfrentamento do uso abusivo de álcool e de outras drogas; Promoção da mobilidade segura; Promoção da Cultura da paz e dos direitos humanos; Promoção do desenvolvimento sustentável.

2.2.5 Promoção da Saúde na Saúde Suplementar

A globalização tem direcionado o Brasil para um processo de organização de estado através do modelo regulador, seguindo a uma forte tendência mundial, visando aspectos da economia (SILVEIRA, 2004), principalmente com os aumentos dos custos no sistema de saúde.

Alves (2009) descreve alguns desses fatores que incidem nos gastos com a saúde: aumento de coberturas; envelhecimento populacional; morbidades com incidências das doenças crônico-degenerativas concomitantemente as doenças infectocontagiosas; investimento em recursos humanos; fatores socioeconômicos e culturais; inovações tecnológicas, dentre outros fatores.

O reflexo desses fatores faz com que o Estado, para normalizar as receitas e o capital dos setores públicos, e na busca de equacionar as relações entre Estado, Usuários e Delegatários, criou as Agências Reguladoras, que desenvolvem atuações como fiscalização e regulamentação de setores do mercado com ações mediadas por lei.

Dentre elas, temos a Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL), Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL), Agência Nacional do Petróleo (ANP), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Agência Nacional de Saúde (ANS) (SILVEIRA, 2004).

Tais agências têm por intenção estabelecer obrigаторiedades, interdições e condições, que podem e devem ser realizadas por determinadas atividades ou admitidos certos comportamentos (INSTITUTO DE GESTÃO, ECONOMIA E POLÍTICAS PÚBLICAS, 2013). Na visão jurídica, entende-se o ato de regular como organizar determinado setor afeto às agências, como também, controlar as entidades atuantes no setor (IDEC, 2011).

De acordo com o fórum dos reguladores de serviços na Austrália (1999) citado por Dias e Viacava (2004, p.16), existem nove princípios que as agências devem seguir:

- 1- comunicação/informação de forma acessível para os atores envolvidos;
- 2-participação de todos os atores através de encontros/consultas públicas;
- 3- consistência entre todos participantes do mercado;
- 4-previsibilidade das ações, auxiliando no planejamento de todos os envolvidos;
- 5-flexibilidade, utilizando instrumentos apropriados em resposta às mudanças de condições;
- 6-independência/ autonomia, redução ao mínimo das influências políticas;
- 7-efetividade e eficiência: custo-efetividade baseado na coleta de dados e nas políticas;
- 8-confiabilidade: processos bem definidos possibilitando a tomada de decisão e;
- 9-transparência, abertura de todos os processos que envolvem a regulação.

Dias e Viacava (2004), afirmam que é necessário o regulador ter como base um conhecimento aprofundado do sistema operacional e administrativo daqueles os quais ele norteia, com habilidades em acompanhar suas ações, visando responsabilidade nas questões econômicas, buscando motivar com enfoque técnico, sem condução política ou ideológica, observando sempre a organização do mercado.

Através dessa lógica identifica-se, dentre as agências citadas anteriormente, a Agência Nacional de Saúde (ANS), criada através da Lei nº 9.961 de 28 de Janeiro de 2000, caracterizada como Autarquia sob regime de Especial, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a

assistência suplementar à saúde, caracterizando-se por autonomias: administrativa, financeira, de gestão dos recursos humanos e patrimoniais, e nas suas decisões técnicas.

A ANS, após cinco anos de instituída, deu início ao incentivo à criação de programas de promoção de saúde e prevenção de doenças (PROMOPREV), em 23 de março de 2005, através da Resolução Normativa de Nº 94. Como estímulo ao desenvolvimento de ações de fortalecimento das práticas cuidadosas e integrais a saúde de seus beneficiários, com o foco na reestruturação do modelo de atenção à saúde através da articulação com políticas e diretrizes do MS.

Tendo isso em foco questionamos: De que maneira as políticas aplicadas por cada uma dessas esferas se assemelham ou diferem na perspectiva da promoção da saúde e prevenção de doenças? As políticas disseminadas por ambos os setores utilizam de princípios, diretrizes e fundamentos dos quais possam nortear sua aplicabilidade?

Neste processo, Estado e Mercado, enquanto setores emblemáticos da dualidade Público/Privado acabam sendo reconhecidos como entidades antagônicas, separadas, distintas, embora permaneçam ligadas pela trama social em que se estabelecem e que, simultaneamente, os estabelece (ACIOLE, 2006).

Através deste estudo pretendeu-se desbravar as entrelinhas das políticas de Promoção da Saúde, empreendidas tanto pela ANS quanto pela PNPS, analisando de que maneira as atuações se aproximam ou distanciam, como se organizam, quais os caminhos utilizados para que as intervenções sejam significativas para a sociedade. Para tanto buscou-se os objetivos a seguir como norteadores para este estudo.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Identificar as semelhanças e diferenças entre a Política Nacional de Promoção da Saúde do Ministério da Saúde e a Política de Regulação Indutora de Promoção de Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Detalhar os princípios, diretrizes e fundamentos da Política Nacional de Promoção da Saúde do Ministério da Saúde.
- Detalhar os princípios, diretrizes e fundamentos da Política de Regulação Indutora de Promoção de Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças da Agência Nacional de Saúde Suplementar.
- Destacar os pontos em comum e aqueles divergentes entre as políticas, verificando se as orientações da ANS divergem daquelas da PNPS e quais adaptações foram feitas para o setor privado.
- Discutir a relação público X privado no que diz respeito aos pressupostos da Promoção da Saúde

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Com o intuito de conhecer e poder refletir sobre as diretrizes colocadas pela ANS para as instituições de caráter privado, como é o caso das operadoras de planos privados de assistência à saúde, no sentido de incentiva-las a adotar e investir em Programas de Promoção da Saúde buscamos realizar uma pesquisa de caráter qualitativo apoiada em procedimentos de busca e análise dos documentos que abordam a citada problemática.

A realização do estudo se deu através da Técnica de Análise Documental, que consiste em pesquisar e analisar materiais que não receberam qualquer tipo de tratamento analítico, tais como: documentos oficiais, reportagens de jornal, cartas, contratos, diários, dentre outros (Gil, 2008). Tal análise teve a intenção de produzir novos conhecimentos e contribuir para criar formas de compreender o fenômeno (KRIPKA; SCHELLER; BONOTTO, 2015).

O aspecto em questão, ou seja, as diretrizes que norteiam as ações de Promoção da Saúde para a iniciativa privada, embora não sejam recentes, visto que tem seu marco inicial com a Resolução Normativa RN nº94 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por força de sua Política de Regulação Indutora disseminada através de um Manual Técnico, de 23 de março de 2005, têm sido pouco exploradas pelos estudiosos.

Kripka, Scheller e Bonotto (2015, p. 245) afirmam que a “Análise documental pode ser entendida como uma série de operações, que visa estudar e analisar um, ou vários documentos, buscando identificar informações factuais nos mesmos”. Estes mesmos autores sugerem que essa estratégia metodológica também pode ser útil para descobrir as circunstâncias sociais e econômicas que podem estar envolvidas na própria confecção do determinado documento.

A análise que realizamos foi constituída pelas etapas de escolha e recolha dos documentos. Primeiramente, analisamos em confronto, as duas portarias que dizem respeito à Política de Promoção da Saúde emanadas pelo Ministério da Saúde. E as resoluções, conjunturas e instruções normativas que dizem respeito à regulação

da ANS, deixou claro que a ANS é uma autarquia especial que tem como características a autonomia administrativa, financeira patrimonial e de gestão de recursos humanos, cuja finalidade é promover a defesa do interesse público, tendo as funções de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência supletiva à saúde.

No entendimento de Sousa, Kantorski e Luís (2011) a análise documental consiste em identificar, verificar e apreciar os documentos com uma finalidade específica e, nesse caso, preconiza-se a utilização de uma fonte paralela e simultânea de informação para complementar os dados e permitir a contextualização das informações contidas nos documentos. Nesse sentido foi bastante útil a leitura de outras análises relativas à implementação dos programas de Promoção da saúde, oriundos de Notas Técnicas, sendo elas:, Nota Técnica - RN Incentivos à participação em programas de promoção à saúde e prevenção de riscos e doenças de 16 de agosto de 2011, Nota Técnica - RN Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças de 16 de agosto de 2011 e a Nota Técnica Conjunta Nº 1/2018/DIOPE-DIPRO/ANS que trata sobre incentivos econômico-financeiros e de ativos-garantidores, expressos pela própria ANS; diálogo com colaboradores do setor de contabilidade de empresas de planos privados de saúde, e também com usuários que utilizam os serviços prestados por programas de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Para facilitar e sistematizar a leitura e pareamento dos documentos, utilizamos como inspiração as sugestões feitas por Prates e Prates (2009). De posse desse modelo, adaptamos e modificamos a ficha de leitura, entendida como o documento onde o investigador registra o resultado de um trabalho de tratamento, análise e síntese da informação, conforme se pode ver no Apêndice A.

Posteriormente, passamos à análise que visa a caracterização do documento, a codificação, os registros, a categorização e a análise crítica. Inicialmente, conforme se pode analisar pelo Apêndice B pareamos duas portarias da Política de Promoção da Saúde do Ministério da Saúde, a Portaria 687, de 30 de março de 2006, que aprova a PNPS e a Portaria nº 2.446, de 13 de novembro de 2014 que consiste em sua revisão, agregando aspectos relacionados à competência e financiamento,

omissos na portaria anterior. Este comparativo foi útil no sentido que de se poder visualizar mais claramente as proposições que ora estão sendo indicadas.

Em sequência, pareamos dois dos inúmeros documentos que dizem respeito à Política de Regulação Indutora de Promoção de Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças da Agência Nacional de Saúde Suplementar, por meio das resoluções da ANS. Optamos por colocar em confronto um dos primeiros documentos, o Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, editado em 2006, e o mesmo Manual Técnico, porém, em sua 4ª edição revisada e atualizada de 2011. Esta comparação também foi benéfica, visto que o documento de 2011 é muito mais claro e completo nos itens que nos interessam (APÊNDICE C).

E, finalmente, procurando realizar os objetivos de buscar as semelhanças e diferenças entre as diretrizes, valores e conceitos em ambos os âmbitos, público e privado, analisamos dois documentos em confronto: a Política Nacional de Promoção da Saúde do Ministério da Saúde, portaria 687 de 2006 e o Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, resultado do incentivo iniciado a partir da resolução normativa 94, de 23 de março de 2005, como também as suas respectivas revisões, ou seja a PNPS de 2014 e a edição atualizada e revisada do Manual Técnico da ANS de 2011, através de um roteiro-guia, ou ficha de leitura idêntico aos demais (APÊNDICES D e E).

Depois de realizada a minuciosa análise dos documentos, conforme se pode apreciar nos Apêndices, passamos para a Análise de Conteúdo, seguindo os pressupostos de Bardim, descritos por Kripka, Scheller e Bonotto (2015). Estes autores conceituam o processo de análise através das seguintes etapas: de Pré-análise que consiste em organização, escolha e seleção dos documentos, posteriormente exploração do material a fim de realizar uma análise mais aprofundada do documento e por fim, o tratamento dos resultados, buscando descobrir o conteúdo com maior potencial informativo (KRIPKA; SCHELLER; BONOTTO, 2015, p. 246).

A análise buscou os pontos semelhantes e divergentes nos documentos o que nos municia para a discussão posterior, isto é, a relação Público x Privado na promoção da Saúde.

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 A ANÁLISE DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO SISTEMAS PÚBLICO E PRIVADO DE SAÚDE

Ao analisar a Política Nacional de Promoção da Saúde de 2006, e a sua revisão em 2014, percebemos que há uma evolução no desenvolvimento do conceito acerca do que é a promoção da saúde e a maneira na qual ela se desenvolve, a quem se aplica e os caminhos metodológicos utilizados para se alcançar as necessidades dos povos e do país.

Não identificamos na edição de 2006 os valores éticos e morais norteadores da referida política, contudo, esse prejuízo foi corrigido na revisão no ano de 2014, onde ela nos apresenta como importante, para o comportamento e interação: a solidariedade, a felicidade, a ética, o respeito às diversidades, a humanização, a corresponsabilidade, a justiça e a inclusão social, como energia condutora para caminhar na promoção da saúde.

Já os princípios aplicados na proposta de 2006 não são explícitos, enquadrando-se aos mesmos direcionados pelo conjunto de normas e os padrões de conduta do SUS. Porém, em 2014, durante a revisão da política de promoção da saúde, emergiram princípios próprios, sendo ele: a equidade, a participação social, a autonomia, o empoderamento, a intersetorialidade, a intrasetorialidade, a sustentabilidade, a integralidade e a territorialidade. Esses são responsáveis em alcançar de maneira concisa as ações, individuais e coletivas, por incentivos próprios ou governamentais, independentemente do nível de gestão, classe e/ou condição social e econômica.

As linhas que regulam e definem o caminho a ser seguido pela PNPS também sofreram adequações em suas projeções, melhorando, deste modo, o alcance de suas ações em todo o território brasileiro. As diretrizes embrionárias que emanam da proposta de 2006 se traduz em conceito amplo, porém de aplicabilidade limitada em suas ações devido o cenário socioeconômico, técnico-científico e tecnológico existente na época.

Por sua vez, as diretrizes disseminadas pela PNPS de 2014, potencializa as ações de todos os envolvidos, onde sociedade e governo, disseminam mais interesses em resolver e combater determinantes e condicionantes que afetam a toda a nação, tanto em questões sociais quanto econômicas, impactando na criação de novas mineiras e novos espaços de intervenções sociais, com mais segurança para todos os envolvidos no processo de promoção da saúde. Enfatiza a corresponsabilidade nas ações afim de atribuir compromissos com o processo de saúde-doença-cuidado advindo dos cenários sociais apresentados à época, e que fomentam mais estudo e pesquisa e as disseminações das informações que auxiliam nas ações de promoção da saúde, independente do território a que se aplica.

Outra diferença apresentada nas diretrizes da PNPS de 2014, foi a inserção da motivação em incrementar no dia-a-dia da atenção básica de saúde, intervenções e/ou mecanismos advindos das relações intersetoriais, viabilizando deste modo, um desenvolvimento mais conciso das ações de saúde no sistema brasileiro, fomentando, também, o envolvimento corresponsável no combate das vulnerabilidades e riscos que possam prejudicar a saúde das pessoas. Essas atitudes credenciam cada vez mais a Rede de Atenção à Saúde (RAS), questões oriundas de um bom planejamento e gestão do processo.

Para orquestrar todo esse processo de disseminação da promoção da saúde no território nacional, ambas as políticas utilizam das mesmas fontes de informação, bebendo do mesmo saber, dos quais destacamos a Constituição Federal de 1988, a lei de criação do SUS – Lei nº 8.080 de 19 de janeiro de 1990, e cartas e conferências nacionais e internacionais. Contudo, a PNPS de 2006, em particular, devido processo político há época, também fez uso do desenvolvimento do Plano Nacional de Saúde, planejado para impactar suas ações entre os anos de 2004 a 2007.

Todas as adequações sofridas desde a sua criação em 2006, até a revisão em 2014, são reflexo do reordenamento de seu objetivo, no qual, está mais amplo em suas ações e melhor enquadrado com os fatores que incidem sobre a qualidade de vida das pessoas em todos os campos, e que são determinantes a sua saúde, respeitando as individualidades, como também o envolvimento coletivo, protegendo

deste modo as fragilidades das relações das pessoas, e com o ambiente em que vivem.

Para alcançar essa premissa, a PNPS de 2014, destaca ações importantes, e distintamente das de 2006, faz uma reconceituação das mesmas, uma vez que esses mecanismos têm por meta, alcançar o objetivo atualizado e, leva-se em consideração, todo o desenvolvimento conceitual, tecnológico, econômico e social desde sua germinação.

Apresentamos assim, algumas destas alterações, vejamos a seguir: a alimentação, que era vista, basicamente, como um recurso que bastava se enquadrar aos corretos meios de produção, armazenagem e distribuição para a sociedade, principalmente aquela na qual não dispõe de condições econômicas de escolha, cabendo unicamente ao sistema público prover esse recurso. Dentro do processo da alimentação saudável que foi realizada pela PNPS de 2006, explanou-se de maneira mais concisa os mecanismos para a efetivação do proposto da segurança alimentar, a salvaguarda por parte das autoridades governamentais que mapeassem e verificassem as condições para consumo humano, tendo a vigilância sanitária como imprescindível instrumento.

Com a renovação da PNPS de 2014, passou a atribuir de maneira sucinta os caminhos: promover ações relativas à alimentação adequada e saudável, visando à promoção da saúde e à segurança alimentar e nutricional, contribuindo com as ações e com as metas de redução da pobreza, com a inclusão social e com a garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável.

Outro caminho utilizado como mecanismo de transformação biopsicossocial da promoção da saúde é a Prática Corporal/Atividade Física apresentada pela PNPS de 2006, na qual visava: Ações na rede básica de saúde e na comunidade, de aconselhamento/divulgação, de intersetorialidade e mobilização de parceiros, de monitoramento e avaliação. Contudo, na PNPS de 2014 se diferencia a escrita, e o conceito inerente ao assunto, ficando de maneira sucinta, porém, objetiva - Práticas corporais e atividades físicas: Promover ações, aconselhamento e divulgação de práticas corporais e de atividades físicas, incentivando a melhoria das condições dos

espaços públicos, considerando a cultura local e incorporando brincadeiras, jogos, danças populares, entre outras práticas.

Tomado nota como se deu o desenvolvimento da Política Nacional de Promoção da Saúde, e a maneira pela qual ela se assemelha ou difere em seu recorte temporal de 2006 até 2014, veremos como se comporta a Política de regulação indutora da Agência Nacional de Saúde Suplementar na promoção da saúde. Política essa, disseminada através de Manuais Técnicos de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, em especial, os publicados nos anos de 2006 e 2011, e a maneira em que eles se aproximam e distanciam em sua perspectiva de cuidados na saúde suplementar.

E um fato que chama atenção já de imediato, é o seu crescimento em páginas, saindo de 68 p. no ano de 2006, para 245 p. em 2011, o que levou a esse desenvolvimento?

A análise realizada, permitiu identificar que houve aprofundamento de informações em linhas de cuidado e no contexto de gerenciamento de crônicos, principalmente entorno de ações individuais, como medidas que visam mudanças de hábitos, e os impactos negativos a saúde quando não há uma intervenção.

Esse pensamento se consolida quando fazemos a leitura dos dois conceitos-chaves e a diferenças neles existentes. Apresenta-se significativas distinções, pois no manual de 2006, o conceito que se aplica, está diretamente relacionado ao indivíduo e suas decisões fora do coletivo, levando a entender de que maneira ele se relaciona com o ambiente e que consequências advém de suas escolhas.

Depreende o entendimento da manifestação do autocuidado como responsabilização do cliente, Já na proposta do manual de 2011, a ideia de promoção da saúde é apresentada como sendo: Processo político que combina intervenções sanitárias, sociais, ambientais e econômicas direcionadas ao reducionismo dos acontecimentos que levam a vulnerabilidade e riscos à saúde das pessoas; qualificação dos indivíduos e comunidades para transformem os

determinantes de saúde em prerrogativas de qualidade de vida; e claro, com envolvimento social na participação de políticas de saúde.

O que surpreende é a falta de valores, princípios e diretrizes, itens que não identificamos de forma explícita. Essa escassez nos faz pensar de que maneira se concretizam as ações previstas no manual técnico, enquanto estrutura de uma política de regulação indutora em um mercado altamente competitivo, que é o de saúde suplementar, onde a lógica que impera é a econômica, e com isso indagamos novamente, essa promoção da saúde segue ao social ou mercado econômico?

Para sua construção, a ANS buscou para ambos os documentos, tanto o de 2006, quanto o de 2011, semelhantes documentos bases, como a Constituição Federal de 88, a Lei do 8.080/90 cartas e conferências internacionais. Contudo, nota-se que o desenvolvimento do conceito de promoção da saúde, veio através da criação das resoluções normativas, editadas periodicamente, resultando em uma das principais distinções entre os manuais.

Além das fundamentações descritas acima, apresentamos como norteadores da promoção da saúde na saúde suplementar, a Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 77 de 17 de julho de 2001; a Instrução Normativa (IN) conjunta nº 01 DIPRO/DIOPE de 2009, e as resoluções normativas RN 94/2005; 264/2011, 265/2011.

O conjunto de normas citado no parágrafo anterior fundamenta as intenções da ANS, concretizando deste modo, os caminhos para as operadoras de planos privados de saúde, que visam aderir ao processo de promoção de saúde através de programas, e com isso, deixando claro o objetivo da ANS, que é a mudança do modelo assistencial vigente no sistema de saúde e a melhoria da qualidade de vida dos beneficiários de planos de saúde. Tanto é, que, esse conceito se aplica aos dois manuais técnicos escolhidos neste estudo.

Para alcançar seus objetivos, a ANS, traz como preferência a utilização de linhas de cuidados por sexo, faixa-etária, e também a saúde mental e bucal, pois entende-se ao ler os manuais, que este caminho é mais eficiente e eficaz aos olhos do cuidado, uma vez que se consegue triar os determinantes e condicionantes individualmente,

em cada etapa da vida, gerando assim uma perspectiva de desenvolvimento do ser humano no decorrer do envelhecimento.

Contudo, nota-se a retirada do manual de 2006 para o de 2011, de dois campos de ação, dos quais são: os cardiovasculares e as neoplasias. Outra diferença entre os manuais foi a separação por faixa-etária, por exemplo: em 2006 havia a linha de cuidado da saúde o adulto e idoso, já em 2011 uma linha somente para adultos e outra para idosos. Essa escolha foi a justificativa do crescimento em número de páginas, que agora contam com mais informações técnicas e bases teóricas para apoiar nas tomadas de decisão nas programações de promoção da saúde.

Após discorrer e sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde de 2006 e sua revisão em 2014, e sobre a Política de Regulação Indutora da ANS por via da análise dos manuais técnicos de 2006 e 2011, confrontamos as políticas para identificar as semelhanças e diferenças em suas perspectivas através de um olhar público e privado sobre a promoção da saúde.

Começamos analisando os responsáveis pela criação da PNPS de 2006, constatamos que foi o Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Secretaria de Atenção à Saúde, que juntos promoveram a promoção da saúde em nível público, contudo, no âmbito privado – na saúde suplementar, logo, as operadoras de planos privados de saúde, que acolheram a Política de Regulação Indutora da ANS para a promoção da saúde, através de aporte dos manuais técnicos, produzido por uma integração entre a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE) e Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO).

A distinção do alcance das políticas, começa a aparecer significativamente, a partir do conceito de promoção da saúde aplicado nos documentos:

Promoção da saúde é:

[...] uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando

à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas (BRASIL, 2006, p.9).

Já a ANS (2006, p.6), se manifesta da seguinte maneira:

Promoção e prevenção são aqui entendidas para além do conceito tradicional de atuar antes da instalação da doença no momento pré-mórbido, sendo consideradas práticas preventivas relativas não só ao desenvolvimento de novas patologias, como também das complicações e reagudizações em todas as fases do cuidado.

Podemos extrair, já de começo, a amplitude que é a promoção da saúde segundo a PNPS, onde o impacto das perspectivas vai além do indivíduo, chegando aos fatores que determinam e condicionam o seu viver, levando em consideração o ambiente em que vive, e a participação deste ser nas tomadas de decisão nas políticas a serem aplicadas ao seu redor.

Infelizmente não são descritos os valores norteadores em ambos os processos, contudo existem princípios, do SUS, que norteiam de maneira subjetiva a PNPS de 2006, que infelizmente, fator esse, que novamente diferencia o espectro de ações da ANS, pela falta de princípios em seu manual técnico, levando a entender a uma ordem não social, talvez econômica.

As linhas condutoras, denominada de diretrizes, da PNPS (2006, p.15) são as seguintes:

- I. Reconhecer na promoção da saúde como uma parte fundamental da busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde;
- II. Estimular as ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de promoção da saúde;
- III. Fortalecer a participação social como fundamental na consecução de resultados de promoção da saúde, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário;
- IV. Promover mudanças na cultura organizacional, com vistas à adoção de práticas horizontais de gestão e estabelecimento de redes de cooperação intersetoriais;
- V. Incentivar a pesquisa em promoção da saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas;
- VI. Divulgar e informar das iniciativas voltadas para a promoção da saúde para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando metodologias participativas e o saber popular e tradicional.

Nota-se a intenção de se alcançar de maneira justa as diferenças, existentes em todo o território nacional, para os efeitos da promoção da saúde. Onde todos os mecanismos e atores do sistema venham contribuir para a efetivação da proposta deste modelo assistencial, promovendo a ciência e criando subsídios para busca de novas formas de interagir no mundo, conseqüentemente, evitando doenças por maus hábitos, e por ausência da administração pública.

A fonte que motiva o desenvolvimento das políticas em alguns meios se assemelha, tendo o uso da base constitucional, fazendo valer as cartas e conferência internacionais, e um certo olhar para a legislação do SUS, a lei 8.080/90. Mas a diferença acontece em maior impacto para a ANS, pois seu manual apresenta como diferenciais as devidas resoluções normativas e as suas conjunturas como mecanismo de apoio para aplicação.

Esse conjunto de regras da ANS apresenta forte base econômica como diálogo entre os envolvidos nas saúdes suplementares do nosso país, como forma de incentivos e bonificações, tendo como critérios participações e desenvolvimentos de ações, ora pela ANS, ora operadoras de planos privados, e por conseqüência, os beneficiários deste tipo de serviço. Traz a lógica que, se há intervenção nos beneficiários, logo possa existir contenções de gastos em procedimentos e internações.

Outro item que concretiza esse pensamento é a forma em que são apresentados os objetivos dos documentos, A ANS (2006, p. 6) já inicia seu diálogo apresentando o seu objetivo da seguinte maneira: “[...] mudança do modelo assistencial vigente no sistema de saúde e a melhoria da qualidade de vida dos beneficiários de planos de saúde.”. Por sua vez, a PNPS (2006, p. 13) se difere expressando-se através do seguinte contexto: “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”.

E como já dito anteriormente, ao longo do texto, as ações descritas pelas iniciativas se diferem, pois, uma expande-se para além do ser humano, leva em consideração os fatores em seu entorno, já a outra, neste caso a ANS, tem suas ações

centralizado somente nos indivíduos e seu poder de empoderamento das suas atitudes.

Agora, é surpreendente e impactante, ler e analisar o desenvolvimento das políticas públicas e privadas, no que tange a promoção da saúde, no decorrer do tempo e espaço. Respeitando os olhares distintos no busca e melhoria da saúde da população, o reordenamento dos pensamentos sobre as atitudes que oportunizam melhor entendimento dos caminhos e escolha que contribuem para esse sucesso.

Essa interpretação passa a existir quando analisamos os documentos de 2011 da ANS, e o de 2014 da PNPS que buscam através da promoção da saúde, um caminho de transformação do cenário brasileiro atual, onde incidem negativos e complexos tem crescido cada dia mais, envolto de doenças crônicas, os modos ruins de se viver e os resultados das péssimas escolhas, acarretando em internações de longo prazo, filas intermináveis, alto custo de medicamentos, e dificuldades e realizar exames, e diversos outros contextos que diminuem cada vez mais as expectativas de uma boa qualidade de vida.

Iniciamos a análise apresentando os responsáveis por cada política, onde encontramos nas PNPS 2014: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, e na disseminada pela ANS, descritos em seus manuais técnicos temos: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE), Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO). Basta ler o nome de cada setor, que conseguimos observar que a lógica de criação, já não partem pelo mesmo caminho.

A PNPS nasce de um ato ministerial que se consolida através de uma portaria, com efeito produzido para todo o território nacional e estendendo-se não somente ao público, assim como também, ao privado. Já a Promoção da saúde oriunda do sistema privado, nasce da Agência Nacional de Saúde Suplementar, caracterizada como autarquia de caráter especial, podendo com isso, intervir de maneira concisa nos planos privados de saúde, e nos odontológicos, regulamentando suas atividades fins no mercado nacional.

Em decorrido os oito anos da PNPS, surge um novo conceito mais completo e direcionado frente as necessidades do país, que proporciona caminho para uma promoção da saúde mais firme e estruturada, aumentando assim as expectativas e melhorias da saúde da população. Delinear-se da seguinte maneira:

É 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 (PNPS, 2014, p. 11).

Já a ANS, em cinco anos também contribui com evolução em seu conceito, ampliando as projeções de compreensão da importância que é a promoção da saúde, melhorando o entendimento, contudo suas ações ainda parecem estar centradas em ações individuais, nos sujeitos, sem muita interferência no meio em que vivem.

Haja vista a ordem de desenvolvimento do conceito:

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, p. 240).

Durante a leitura depreende-se do texto a ideia de racionalidade econômica devido o amplo conteúdo que embarca através das linhas de cuidados, entendidas pela ANS, como melhor alternativa de intervenção para a população de beneficiários que compõe as carteiras de clientes das operadoras de planos privados de saúde suplementar.

Pois, paciente que não gasta, gera receita. Paciente que não passa mal, ou não adquire nenhum tipo de doença, e hoje, principalmente as crônicas não transmissíveis, pois estas geram despesas a longo prazo, devido suas complicações surgem pelo mesmo período, médio a longo prazo, e tudo isso, justifica a importância da implementação de ações preventivas na saúde primária. E, se for

enfoque multidisciplinar, melhor ainda, pois poderá pontas de acesso para complicações de saúde.

Agora sentimos falta de Valores, Princípios e Diretrizes norteadoras das intenções intrínsecas no manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças da saúde suplementar. As únicas diretrizes encontradas explicitamente no documento estão nas estruturas das linhas de cuidado, não sendo próprias da ANS, e sim de protocolos e guidelines da comunidade científica.

Essas faltas, por sua vez, não existem na PNPS de 2014, pois após sua revisão foram apresentados valores e princípios próprios, responsável por orientar as ações da referida política, sendo eles:

Quadro 1 – Aspectos norteadores da PNPS de 2014

VALORES	A solidariedade, a felicidade, a ética, o respeito às diversidades, a humanização, a corresponsabilidade, a justiça e a inclusão social.
PRINCÍPIOS	A equidade, a participação social, a autonomia, o empoderamento, a intersetorialidade, a intrassetorialidade, a sustentabilidade, a integralidade e a territorialidade.

Fonte: PNPS (2014, p.10).

As diretrizes da PNPS 2014 também enriqueceram o documento com a ampliação dos conceitos, melhor distribuição dos compromissos nas esferas de governos, aumentou a corresponsabilização de todos os envolvidos, ampliou as parcerias para desenvolvimento das ações, principalmente na atenção básica e na responsabilização dos usuários do SUS em manter o sistema através de uma maior participação programas e projetos desenvolvido pelos governos. Conforme averiguamos a seguir:

Quadro 2 – Aspectos norteadores da PNPS de 2014

DIRETRIZES	<p>I. O estímulo à cooperação e à articulação intrassetorial e intersetorial para ampliar a atuação sobre determinantes e condicionantes da saúde.</p> <p>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.</p>
-------------------	---

- | |
|--|
| <p>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.</p> <p>IV. A ampliação da governança no desenvolvimento de ações de promoção da saúde que sejam sustentáveis nas dimensões política, social, cultural, econômica e ambiental.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> |
|--|

Fonte: PNPS (2014, p.13).

Das mesmas maneiras em que observamos nas análises anteriores, notamos as Políticas, seja da PNPS, seja da ANS, buscam fundamentações para sua criação nas cartas nacionais e internacionais de promoção da saúde, na constituição federal de 1988, e na lei 8.080/ 90. Contudo a ANS por se tratar de uma Autarquia de regulação, dissemina resoluções e instruções normativas com a intenção de complementar e estrutura melhor suas ações normativas e fiscalizadora, com o intuito de defender o interesse público? Que compreendido até aqui, visa atender as necessidades daqueles que possuem planos privados de saúde, por terem uma relação de comércio, onde pago por 'garantias' de cuidados e atenções por parte daqui com quem tenho um contrato de serviços de saúde. Isso mesmo, ANS, através de suas ações, garante, o que reza em contrato entre operadoras de planos privado de saúde e beneficiários de sua carteira.

Essa realidade chegou ao modelo assistencial de saúde que estrutura na promoção da saúde e prevenção de doenças um caminho mais racional dos gastos evitando deste modo os altos custos de operação de um a empresa de planos de saúde. O Manual técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças nasce afim de estabelecer incentivos garantidores para as operadoras que apresentarem uma boa articulação entre bonificações e descontos, assim que aderem a um programa de promoção de saúde. Toda essa legislação segue na tabela abaixo:

FUNDAMENTOS	<ul style="list-style-type: none"> - Constituição Federal de 1988; - A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990; - Lei Nº 9656, de 3 de junho de 1998; - Lei Nº 9961, de 28 de janeiro de 2000; - Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. - Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 77 de 17 de julho de 2001; - Resolução Normativa RN 94 de 23 de março de 2005; - Resolução Normativa RN 264 de 19 de agosto de 2011; - Resolução Normativa RN 265 de 19 de agosto de 2011; - Instrução Normativa (IN) conjunta nº 01 DIPRO/DIOPE de 2009; - Instrução Normativa (IN) conjunta nº 07 de 23 de novembro de 2012. - Cartas das Conferências Nacionais e Internacionais;
-------------	---

Fonte: ANS (2011).

Os objetivos se diferem, uma vez que a da ANS permanece na ideia de mudança do modelo assistencial a saúde, como crítica ao modelo biomédico, por nem sempre se apresentar resolutivo, de alto custo e alta demanda, e ao alto custos por uso de recursos tecnológicos e laboratoriais. Em contrapartida, a PNPS amplia seu entendimento e a importância do indivíduo e seu meio como caminhos de transformação do quadro de saúde. A importância de se transformar os determinantes e condicionantes de saúde desses indivíduos através da utilização das políticas e possibilidades empreendidas pelo Ministério da Saúde.

As linhas de cuidado cada vez mais têm sido a opção utilizada como um caminho verticalizado na saúde suplementar e em suas ações de promoção da saúde, trabalhando o indivíduo como objetivo central. Já a PNPS visa o ser e seu meio, intensificando os caminhos que levam, de maneira saudável, as pessoas a terem uma boa qualidade de vida.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As discussões inerentes ao desenvolvimento da Promoção da Saúde e suas manifestações nos sistemas públicos e privados não exime a importância de se relacionar com os ideais do SUS. A busca por modelos de atenção à saúde fomenta uma forte discussão frente as ações biomédicas, contudo a evolução dos processos de cuidado com a saúde, no qual tem ganhado força, haja vista o número de investimentos, seja por via da política empreendida pela PNPS quanto pela própria ANS.

Durante as análises realizadas por meio de uma ficha de leitura, instrumento utilizado para confrontar as informações publicadas desde o documento embrionário e a última versão publicada, extraídas das políticas dicotômicas público x privado, pode se perceber a falta de princípios e diretrizes nas propostas da ANS, sendo estas localizadas somente nas estruturas organizativas das linhas de cuidados, então de sua política regulatória, verificando assim a falta de sinergia com o SUS e a PNPS.

Outro impacto importante percebido durante as análises, é a busca de meios para evitar ações hospitalocentricas, visando trabalhar os determinantes e condicionantes de saúde, por vias das práticas de promoção da saúde, mesmo que ainda exista equívocos conceituais com a prevenção de doenças, seja por quem intervém ou, por quem receba a ação.

Ao analisar as políticas nota-se que os caminhos são distintos devidos não serem os mesmos objetivos, a que é empreendida pela ANS através de sua política regulatória indutora, visa o Sujeito/Beneficiário como foco de mudança, pois suas ações cabem ao ambiente interno das operadoras de planos de saúde e sua relação econômica com a empresa de saúde.

Já a PNPS alcança intervenção no mesmo individuo devido atividades elaboradas para a comunidade entorno de sua moradia, por exemplo. A PNPS alcança todos os territórios e esferas de governo, principalmente quando ocorrem ações em conjunto com outras políticas governamentais.

As análises trazem como resultado uma incitação de mudanças nos modelos assistenciais de saúde, visando o cuidado integral, alinhados com os princípios dos SUS, cabendo a isso, repensar as relações com a saúde suplementar para que se possa alcançar os pressupostos da Promoção da Saúde.

Contudo, por ambos os setores serem norteados pelo Ministério da Saúde, um por ser disseminado por políticas públicas próprias e a outra induzida por ações regulatórias de uma autarquia empregada pelo mesmo ministério, faz com que existam limitações neste estudo.

As limitações se caracterizam pela forma em que se manifestam as políticas, sendo a pública através de uma política nacional, da qual se aplica a toda a população brasileira, sendo os usuários do SUS, e também, aqueles que consomem planos privados de saúde. A outra se dissemina por via de manuais técnicos, normatizados e constituídos para intervir, nas carteiras de beneficiários e de dependentes, dos utilizadores dos serviços privados de saúde.

Esta análise serve de base para que em outras pesquisas possam buscar as perspectivas de discussão, fundamentada cada vez mais as informações e conhecimentos para toda comunidade científicas, leitores e os que simpatizam com os temas e, acadêmicos, dentre outros. Deste modo fortalecemos as discussões ampliando seus resultados com toda a sociedade.

REFERÊNCIAS

ACIOLE, G. G. Uma abordagem da antinomia 'público x privado': descortinando relações para a saúde coletiva. **Interface – Comunic, Saúde**, v.9, n.18, p. 7-24, jan./jun. 2006.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. **Resolução Normativa – RN n. 94, de 23 de março de 2005**. Dispõe sobre os critérios para o deferimento 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. Disponível em: <www.ans.gov.br>. Acesso em: 03 out. 2016.

ALBUQUERQUE, T. I. P. FRANCO DE SA, R. M. P. ARAUJO JUNIOR, J. L. A. C. de. Perspectivas e desafios da “nova” Política Nacional de Promoção da Saúde: para qual arena política aponta a gestão?. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2016, vol.21, n.6, pp.1695-1706.

ALVES, D. C. **Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças no setor de assistência privada à saúde: avaliação das ações de uma empresa de autogestão na prevenção de doenças cardiovasculares**. 2009. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) - Instituto de comunicação e Informação Científica e Tecnológica, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2009.

ANDRADE, A. N.; DALBELLO-ARAÚJO, M. Paradoxos das políticas públicas: programa de saúde da família. In: TRINDADE, Z. A.; ANDRADE, A. N. (Org.). **Psicologia e saúde: um campo em construção**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 73-88.

AUGUSTO, C. A; SOUZA, J. P. de; DELLAGNELO, Eloise H. L.; CARIO, S. A.F. **Pesquisa Qualitativa: rigor metodológico no tratamento da teoria dos custos de transação em artigos apresentados nos congressos da Sober (2007-2011)**. Rev. Econ. Sociol. Rural [online]. 2013, vol.51, n.4, pp.745-764. ISSN 0103-2003.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

BRASIL. **LEI nº 9.961 DE 28 DE JANEIRO DE 2000**. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Disponível em: <www.planalto.gov.br >. Acesso em: 03 outubro. 2016.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

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. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 7).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006**. Brasília, 2015.

BRASIL. **PORTARIA Nº 687, DE 30 DE MARÇO DE 2006**. Aprova a Política de Promoção da Saúde Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria687_30_03_06.pdf>. Acesso em: 03 outubro. 2016.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BUSS, P. M. et al. Health in all policies in the partnership for sustainable development. **Rev Panam Salud Publica**, v. 40, n. 3, p. 186-191, 2016.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n.5, v.1, 2000. p. 163-177.

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

BYDLOWSKI, C. R.; WESTPHAL, M. F.; PEREIRA I. M. T. B. Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não! **Saúde e Sociedade**, v.13, n.1, p.14-24, jan./abr. 2004.

CAMPOS, C. M. S.; VIANA, N.; SOARES, C. B. Mudanças no capitalismo contemporâneo e seu impacto sobre as políticas estatais: o SUS em debate. **Saúde Soc**, v. 24, Suppl 1, p. 82-91, 2015. doi: 10.1590/ S0104-12902015S01007.

CAMPOS, G. W. S. O público, o estatal, o privado e o particular nas políticas públicas de saúde. In: HEIMANN, L. S.; IBANHES, L. C.; BARBOSA, R. (Org.). **O público e o privado na saúde**. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 89-100.

CARVALHO, R. R. P.; FORTES, P. A. C.; GARRAFA, V. Perspectiva bioética do modelo de assistência suplementar no Brasil. **Rev. bioét.**, v. 21, n. 2, p. 259-67, 2013.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 39-51.

DALBELLO-ARAUJO, M. D. et al. Educação em saúde sob o paradigma da promoção. In: LANDIM, F. L. P.; CATRIB, A. M. F.; COLLARES, P. M. C. **Promoção da saúde na diversidade humana e na pluralidade de itinerários terapêuticos**. Campinas, São Paulo: Saberes, 2012.

DALBELLO-ARAUJO, M. D. **O cotidiano de uma equipe do Programa Saúde da Família: um olhar genealógico sobre o controle social**. 2005, 234p. Tese Doutorado em Psicologia apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES, 2005.

DIAS, R. D. M.; VIACAVA, F. **A informação na regulação da saúde suplementar**. 2004. Dissertação. (Mestrado Profissionalizante em Regulação de Saúde Suplementar) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2004.

DIAS, S. F.; GAMA, A. Promoción da saúde: evolução de um paradigma e desafios contemporâneos. **Revista de Salud Pública**, Bogotá, v. 16, n. 2, p. 296-305, 2014.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.) **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 23-64.

Santos, N. R. Amarante, P. D. C. (Org.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde** – Rio de Janeiro: Cebes, 2010. P. 324.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. Ed. - São Paulo: Atlas, 2008.

HEIMANN, L. S. Desafios para a equidade em saúde na região metropolitana de São Paulo. In: HEIMANN, L. S.; IBANHES, L. C.; BARBOZA, R. (Org.). **O público e o privado na saúde**. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 169-243.

INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR - IDEC. **Defesa do consumidor, participação social e ferramentas para a cidadania: Um banco de dados para o monitoramento da regulação** / Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. São Paulo, 2011. 56 p.; Il.

INSTITUTO DE GESTÃO, ECONOMIA E POLÍTICAS PÚBLICAS - IGEPP. **Para aprender políticas públicas**. v. 1. 2013. Disponível em: <http://igepp.com.br/uploads/ebook/ebook-para_aprender_politicas_publicas-013.pdf>. Acesso em: dia out. 2016.

IGLESIAS, A. **Em nome da Promoção à Saúde: análise das ações em macrorregião do município de Vitória-ES**. 2009. 194p. Dissertação de Mestrado (Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2009.

IGLESIAS, A.; DALBELLO-ARAUJO, M. Práticas de Promoção da Saúde no município de Vitória-ES. UFES. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 13, p. 5-9, 2011.

IGLESIAS, A. et al. Análise das ações de promoção à saúde realizadas por psicólogos em Vitória (ES). **Psicologia: teoria e prática**, v. 11, p. 110-127, 2009.

KRIPKA, R. M. L.; SCHELLER, M.; BONOTTO, D. L. **Pesquisa documental: considerações sobre conceitos e características na Pesquisa Qualitativa**. Atas CIAIQ. [S.l.: s.n.], 2015.

MAGALHÃES, R. Avaliação da Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectivas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1767-1775, 2016.

MENICUCCI, T. M. G. A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Org.). **Gestão pública e relação público privado na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 180-197.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS. Doutrina e Princípios**. Brasília, 1990.

OLINDA, Q. B.; SILVA, C. A. B. Retrospectiva do discurso sobre Promoção da Saúde e as Políticas Sociais. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 20, n. 2, p. 65-67, 2007.

PAIM, J. S. O pensamento do movimento sanitário: impasses e contradições atuais no marco da relação público-privado no SUS. In: HEIMANN L. S.; IBANHES, L. C., BARBOSA, R. (Org.). **O público e o privado na saúde**. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 111-126.

PAIM, J. S. **O que é SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.

PASCHE, D. F.; HENNINGTON, É. A. O sistema Único de Saúde e Promoção da Saúde. In: CASTRO, A.; MALO, M. (Org.). **SUS: Ressignificando a Promoção da Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

PAULA, D. M. P.; FARIA, M. A.; ALMEIDA, J. D. L. Cooperação multilateral em saúde: a Oitava Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. **Cad. IberAmer. Direito. Sanit.**, Brasília, v. 2, n. 2, p. 860-869, jul./dez. 2013.

PIETROBON, L.; PRADO, M. L.; CAETANO, J. C. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 767-783, 2008.

Pan American Health Organization: **OPAS/ OMS Brasil**. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5298:lideres-globais-concordam-em-promover-saude-para-alcancar-objetivos-do-desenvolvimento-sustentavel&Itemid=875>. Acessado em 20 de Abril de 2018.

Portal World Health Organization, **6th Global Conference on Health Promotion Bangkok2005**. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/en/>> Acesso em: 08 de Maio de 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Global Health Promotion Conferences**. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/>>. Acesso em: 05 maio 2018.

PRATES, J. C.; PRATES, F.C. Problematizando o uso da técnica de Análise Documental. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 15, n. 2, p. 111-125, jul./dez. 2009.

RODRIGUES, P. H. A. Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 653-673, abr./jun. 2014.

SÁ, G. B. A. R. et al. O Programa Academia da Saúde como estratégia de promoção da saúde e modos de vida saudáveis: cenário nacional de implementação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1849-1859, 2016.

SADER, E. S. O público, o estatal, o privado. In: HEIMANN, L. S.; IBANHES, L. C.; BARBOSA, R. (Org.). **O público e o privado na saúde**. São Paulo: Hucitec; 2005. p. 43-56.

SCHEFFER, M.; BAHIA, L. Planos e seguros privados de saúde no Brasil: Lacunas e perspectivas da regulamentação. In: HEIMANN, L. S.; IBANHES, L. C.; BARBOSA, R. (Org.). **O público e o privado na saúde**. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 127-165.

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 C. S. Promoção da saúde: processos e mecanismos que consolidam transações. In: LANDIM, F. L. P.; CATRIB, A. M. F.; COLLARES, P. M. C. **Promoção da saúde na diversidade humana e na pluralidade de itinerários terapêuticos**. Campinas, SP: Saberes, 2012.

SILVEIRA, L. S. **Prevenção de doenças e promoção da saúde: diferenciais estratégicos na conjuntura do mercado de saúde suplementar**. 2004. 113 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Suplementar) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004.

SOUSA, J.; KANTORSKI, L. P.; LUIS, M. A. V. Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 2, p. 221-228, maio/ago. 2011.

STOLTZ, E. M.; ARAÚJO, J. W. G. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. **Saúde soc.**, v. 13, n. 2, p. 5-19, 2004.

SUCUPIRA, A. C.; MENDES, R.; Promoção da saúde: conceitos e definições. **Anare**, v. 4, n. 1, jan./mar. 2003.

TEIXEIRA, F. T. Promoção da saúde e SUS: um diálogo pertinente. In: CASTRO, A.; MALO, M. (Org.). **SUS**: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec, 2006.

TRAVERSO-YEPEZ, M. A.. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. **Interface**, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 223-238, 2007.

UGÁ M.A, PORTO S.M. Financiamento e Alocação de recursos no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI (org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz / Cebes, p.473-505. 2008.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS - UNASUS. **A UNA-SUS**. Disponível em: <<https://www.unasus.gov.br/noticia/ministerio-lanca-politica-nacional-de-promocao-da-saude>>. Acesso em: 6 nov. 2017.

VASCONCELOS; K.E.L. SCHMALLER; V. P. V. (Nova) promoção da saúde: configurações no debate do serviço social ((New) health promotion: settings in the debate of social work). **Emancipação**, Ponta Grossa, 14(1): 129-146, 2014. Disponível em <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao>>.

WESTPHAL, M. F.; FRANCESCHINI, M. C. T. A contribuição do CEPEDOC para a construção da Política de Promoção da Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1819-1828, 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A**QUADRO DE ANÁLISE DOCUMENTAL**

DOCUMENTOS		
EDIÇÃO		
TOTAL DE PÁGINAS		
NATUREZA JURÍDICA		
DATA DO DOCUMENTO		
ESFERAS DE ABRANGENCIA		
AUTORES		
CONCEITOS-CHAVES		
VALORES		
PRINCÍPIOS		
DIRETRIZES		
FUNDAMENTOS		
OBJETIVOS		
AÇÕES DESTACADAS		

APÊNDICE B

ANÁLISE DOCUMENTAL DA PNPS 2006 X PNPS 2014

DOCUMENTOS	POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE
EDIÇÃO	1 EDIÇÃO	1 EDIÇÃO (REVISÃO 2014)
TOTAL DE PÁGINAS	38 páginas	36 Páginas
NATUREZA JURIDICA	Portaria Nº 687	Portaria MS/GM nº 2446
DATA DO DOCUMENTO	DE 30 DE MARÇO DE 2006	DE 11 DE NOVEMBRO DE 2014
ESFERAS DE ABRANGENCIA	Público e Privado	Público e privada.
AUTORES	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.
CONCEITOS-CHAVES	é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas.	é 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.
VALORES	Não identificados.	A solidariedade, a felicidade, a ética, o respeito às diversidades, a humanização, a corresponsabilidade, a justiça e a inclusão social.
PRINCÍPIOS	Princípios do SUS	A equidade, a participação social, a autonomia, o empoderamento, a intersetorialidade, a intrasetorialidade, a sustentabilidade, a integralidade e a territorialidade.
DIRETRIZES	<p>I. Reconhecer na promoção da saúde uma parte fundamental da busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde;</p> <p>II. Estimular as ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de promoção da saúde;</p> <p>III. Fortalecer a participação social como fundamental na consecução de resultados de promoção da saúde, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário;</p> <p>IV. Promover mudanças na cultura organizacional, com vistas à adoção de práticas horizontais de gestão e estabelecimento de redes de cooperação intersetoriais;</p> <p>V. Incentivar a pesquisa em promoção da saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas;</p> <p>VI. Divulgar e informar das iniciativas voltadas para a promoção da saúde para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando metodologias participativas e o saber popular ,e tradicional.</p>	<p>I. O estímulo à cooperação e à articulação intrasetorial e intersetorial para ampliar a atuação sobre determinantes e condicionantes da saúde.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>IV. A ampliação da governança no desenvolvimento de ações de promoção da saúde que sejam sustentáveis nas dimensões política, social, cultural, econômica e ambiental.</p> <p>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.</p> <p>VI. O apoio à formação e à educação permanente em promoção da saúde para</p>

		<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
FUNDAMENTOS	<ul style="list-style-type: none"> - Constituição Federal de 1988. - Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990). - Cartas das Conferências Nacionais e Internacionais. - Plano Nacional de Saúde (2004-2007). 	<ul style="list-style-type: none"> - Constituição Federal de 1988. - Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990). - Cartas das Conferências Nacionais e Internacionais.
OBJETIVO	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.	Promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais.
AÇÕES DESTACADAS	<ul style="list-style-type: none"> I. Divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde; II. Alimentação saudável; III. Prática corporal/atividade física; IV. Prevenção e controle do tabagismo; V. Redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; VI. Redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito; VII. Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz; VIII. Promoção do desenvolvimento sustentável. 	<ul style="list-style-type: none"> I. Formação e educação permanente; II. Alimentação adequada e saudável; III. Práticas corporais e atividades físicas; IV. Enfrentamento ao uso do tabaco e de seus derivados; V. Enfrentamento do uso abusivo de álcool e de outras drogas; VI. Promoção da mobilidade segura; VII. Promoção da cultura da paz e dos direitos humanos; VIII. Promoção do desenvolvimento sustentável.

APÊNDICE C

ANÁLISE DOCUMENTAL DA ANS 2006 X ANS 2011

DOCUMENTOS	MANUAL TÉCNICO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE RISCOS E DOENÇAS – ANS, 2006	MANUAL TÉCNICO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE RISCOS E DOENÇAS – ANS, 2011
EDIÇÃO	1ª EDIÇÃO	4ª EDIÇÃO (Revisada e Atualizada)
TOTAL DE PÁGINAS	68 páginas.	245 Páginas
NATUREZA JURÍDICA	MANUAL TÉCNICO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE RISCOS E DOENÇAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR	MANUAL TÉCNICO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE RISCOS E DOENÇAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR
DATA DO DOCUMENTO	2006	2011
ESFERAS DE ABRANGENCIA	Privado	Privada
AUTORES	<ul style="list-style-type: none"> - Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. - Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; - Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE; - Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO. 	<ul style="list-style-type: none"> - Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. - Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; - Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE; - Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO.
CONCEITOS-CHAVES	Promoção e prevenção são aqui entendidas para além do conceito tradicional de atuar antes da instalação da doença no momento pré-mórbido, sendo consideradas práticas preventivas relativas não só ao desenvolvimento de novas patologias, como também das complicações e reagudizações em todas as fases do cuidado.	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.
VALORES	Não identificados.	Não identificados.
PRINCÍPIOS	Não identificados.	Não identificados.
DIRETRIZES	Não identificados.	Não identificados.
FUNDAMENTOS	<ul style="list-style-type: none"> - Constituição Federal de 1988; - A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990; - Lei nº 9656, de 3 de junho de 1998; - Lei nº 9961, de 28 de janeiro de 2000; - Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 77 de 17 de julho de 2001; - Resolução Normativa RN 94 de 23 de março de 2005; - Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. - Cartas das Conferências Nacionais e Internacionais; 	<ul style="list-style-type: none"> - Constituição Federal de 1988; - A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990; - Lei nº 9656, de 3 de junho de 1998; - Lei nº 9961, de 28 de janeiro de 2000; - Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. - Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 77 de 17 de julho de 2001; - Resolução Normativa RN 94 de 23 de março de 2005; - Resolução Normativa RN 264 de 19 de agosto de 2011; - Resolução Normativa RN 265 de 19 de agosto de 2011; - Instrução Normativa (IN) conjunta nº 01 DIPRO/DIOPE de 2009; - Cartas das Conferências Nacionais e Internacionais;
OBJETIVOS	A mudança do modelo assistencial vigente no sistema de saúde e a	A mudança do modelo assistencial vigente no sistema de saúde e a melhoria da

	melhoria da qualidade de vida dos beneficiários de planos de saúde.	qualidade de vida dos beneficiários de planos de saúde.
AÇÕES DESTACADAS	I - Saúde da Criança; II - Saúde do Adolescente; III - Saúde do Adulto e do Idoso; IV - Doenças Cardiovasculares; V – Neoplasias; VI - Saúde da Mulher; VII - Saúde Mental; VIII - Saúde Bucal.	I. Saúde da criança; II. Saúde do adolescente e jovem; III. Saúde do adulto; IV. Saúde do idoso; V. Saúde da mulher; VI. Saúde do homem; VII. Saúde mental; VIII. Saúde bucal;

APÊNDICE D

ANÁLISE DOCUMENTAL DA PNPS 2006 X ANS 2006

DOCUMENTOS	POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	MANUAL TÉCNICO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE RISCOS E DOENÇAS – ANS, 2006
EDIÇÃO	1 EDIÇÃO	1ª EDIÇÃO
TOTAL DE PÁGINAS	38 páginas	68 páginas.
NATUREZA JURÍDICA	PORTARIA Nº 687	MANUAL TÉCNICO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE RISCOS E DOENÇAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR
DATA DO DOCUMENTO	DE 30 DE MARÇO DE 2006	2006
ESFERAS DE ABRANGENCIA	Público e Privado	Privado
AUTORES	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.	- Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. - Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; - Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE; - Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO.
CONCEITOS-CHAVES	é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas.	Promoção e prevenção são aqui entendidas para além do conceito tradicional de atuar antes da instalação da doença no momento pré-mórbido, sendo consideradas práticas preventivas relativas não só ao desenvolvimento de novas patologias, como também das complicações e reagudizações em todas as fases do cuidado.
VALORES	Não identificados.	Não identificados.
PRINCÍPIOS	Princípios do SUS	Não identificados.
DIRETRIZES	I. Reconhecer na promoção da saúde como uma parte fundamental da busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde; II. Estimular as ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de promoção da saúde; III. Fortalecer a participação social como fundamental na consecução de resultados de promoção da saúde, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário; IV. Promover mudanças na cultura organizacional, com vistas à adoção de práticas horizontais de gestão e estabelecimento de redes de cooperação intersetoriais; V. Incentivar a pesquisa em promoção da saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas; VI. Divulgar e informar das iniciativas voltadas para a promoção da saúde para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando metodologias	Não identificados.

	participativas e o saber popular e tradicional.	
FUNDAMENTOS	<ul style="list-style-type: none"> - Constituição Federal de 1988; - Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990); - Cartas das Conferências Nacionais e Internacionais; - Plano Nacional de Saúde (2004-2007). 	<ul style="list-style-type: none"> - Constituição Federal de 1988; - Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990); - Lei Nº 9656, de 3 de junho de 1998; - Lei Nº 9961, de 28 de janeiro de 2000; - Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 77 de 17 de julho de 2001; - Resolução Normativa RN 94 de 23 de março de 2005; - Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. - Cartas das Conferências Nacionais e Internacionais;
OBJETIVOS	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 mudança do modelo assistencial vigente no sistema de saúde e a melhoria da qualidade de vida dos beneficiários de planos de saúde.
AÇÕES DESTACADAS	<ul style="list-style-type: none"> I. Divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde; II . Alimentação saudável; III. Prática corporal/atividade física; IV. Prevenção e controle do tabagismo; V. Redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; VI. Redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito; VII. Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz; VIII. Promoção do desenvolvimento sustentável. 	<ul style="list-style-type: none"> I - Saúde da Criança; II - Saúde do Adolescente; III - Saúde do Adulto e do Idoso; IV - Doenças Cardiovasculares; V – Neoplasias; VI - Saúde da Mulher; VII - Saúde Mental; VIII - Saúde Bucal.

APÊNDICE E

ANÁLISE DOCUMENTAL DA PNPS 2014 X ANS 2011

DOCUMENTOS	POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	MANUAL TÉCNICO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE RISCOS E DOENÇAS – ANS, 2011
EDIÇÃO	1 EDIÇÃO (REVISÃO 2014)	4ª EDIÇÃO (Revisada e Atualizada)
TOTAL DE PÁGINAS	36 Páginas	245 Páginas
NATUREZA JURIDICA	Portaria MS/GM nº 2446	MANUAL TÉCNICO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE RISCOS E DOENÇAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR
DATA DO DOCUMENTO	DE 11 DE NOVEMBRO DE 2014	2011
ESFERAS DE ABRANGENCIA	Público e privada.	Privada
AUTORES	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.	- Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. - Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; - Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE; - Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO.
CONCEITOS-CHAVES	é um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, que se caracteriza pela articulação e cooperação intrasectorial 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.	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.
VALORES	A solidariedade, a felicidade, a ética, o respeito às diversidades, a humanização, a corresponsabilidade, a justiça e a inclusão social.	Não identificados.
PRINCÍPIOS	A equidade, a participação social, a autonomia, o empoderamento, a intersetorialidade, a intrasectorialidade, a sustentabilidade, a integralidade e a territorialidade.	Não identificados.
DIRETRIZES	I. O estímulo à cooperação e à articulação intrasectorial 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	Não identificados.

	<p>e ambiental.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	
FUNDAMENTOS	<ul style="list-style-type: none"> - Constituição Federal de 1988. - Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990). - Cartas das Conferências Nacionais e Internacionais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Constituição Federal de 1988; - A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990; - Lei Nº 9656, de 3 de junho de 1998; - Lei Nº 9961, de 28 de janeiro de 2000; - Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. - Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 77 de 17 de julho de 2001; - Resolução Normativa RN 94 de 23 de março de 2005; - Resolução Normativa RN 264 de 19 de agosto de 2011; - Resolução Normativa RN 265 de 19 de agosto de 2011; - Instrução Normativa (IN) conjunta nº 01 DIPRO/DIOPE de 2009; - Instrução Normativa (IN) conjunta nº 07 de 23 de novembro de 2012. - Cartas das Conferências Nacionais e Internacionais;
OBJETIVO	<p>Promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais.</p>	<p>A mudança do modelo assistencial vigente no sistema de saúde e a melhoria da qualidade de vida dos beneficiários de planos de saúde.</p>
AÇÕES DESTACADAS	<ul style="list-style-type: none"> I. Formação e educação permanente; II. Alimentação adequada e saudável; III. Práticas corporais e atividades físicas; IV. Enfrentamento ao uso do tabaco e de seus derivados; V. Enfrentamento do uso abusivo de álcool e de outras drogas; VI. Promoção da mobilidade segura; VII. Promoção da cultura da paz e dos direitos humanos; VIII. Promoção do desenvolvimento sustentável. 	<ul style="list-style-type: none"> I. Saúde da criança; II. Saúde do adolescente e jovem; III. Saúde do adulto; IV. Saúde do idoso; V. Saúde da mulher; VI. Saúde do homem; VII. Saúde mental; VIII. Saúde bucal;

