

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
MBA GESTÃO EM SAÚDE**

Fabianne Bacchin Onofrio

**AÇÕES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS
ADOTADAS POR OPERADORAS COM MAIOR ÍNDICE DE
DESEMPENHO NA SAÚDE SUPLEMENTAR (IDSS)**

Porto Alegre

2007

Fabianne Bacchin Onofrio

**AÇÕES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS
ADOTADAS POR OPERADORAS COM MAIOR ÍNDICE DE
DESEMPENHO NA SAÚDE SUPLEMENTAR (IDSS)**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização em Gestão em Saúde apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa

Porto Alegre

2007

Fabianne Bacchin Onofrio

**AÇÕES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS
ADOTADAS POR OPERADORAS COM MAIOR ÍNDICE DE
DESEMPENHO NA SAÚDE SUPLEMENTAR (IDSS)**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização em Gestão em Saúde apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde submetido à avaliação da Banca Examinadora.

Conceito final:
Aprovado em dede

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. – Instituição

Prof. Dr. – Instituição

Prof. Dr. – Instituição

Orientador: Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa – UFRGS

Agradecimentos

Ao Profº. Dr. Roger dos Santos Rosa exemplo de dedicação e fonte de apoio e estímulo.

As Operadoras de Plano de Saúde que participaram da pesquisa o meu muito obrigada.

Ao Marcos e a Carol pelo incentivo, carinho e amor em todos os momentos de nossa jornada.

RESUMO

A saúde suplementar no Brasil passa por diversas mudanças e as operadoras de plano de saúde estão sendo incentivadas a adotar ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, através do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. O presente estudo procura identificar as ações adotadas no âmbito da promoção e prevenção em oito operadoras de saúde que obtiveram pontuação máxima na 2ª. Fase do Programa de Qualificação da ANS. As operadoras participantes da pesquisa foram em sua maioria operadoras de autogestão e consideradas de pequeno porte. Os resultados informados são de ordem subjetiva, fazendo referência à percepção dos usuários, gestores e de uma possível redução de utilização de alguns serviços, sem apresentação de indicadores quantitativos. Considera-se que a adoção de modelo de atenção à saúde poderá constituir-se na principal estratégia das operadoras na manutenção e conquista de usuários e na redução a médio e longo prazo de custos de assistência médica.

Palavras-chaves: promoção de saúde, prevenção de doenças e operadoras de planos de saúde.

ABSTRACT

The supplementary health in Brazil goes through several changes and the health insurance companies are encouraged to adopt measures with the aim of promoting health and preventing diseases, through the Programa de Qualificação da Saúde Suplementar da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (Program for Supplementary Health's Qualification Program – National Supplementary Health Agency - ANS). This study tries to identify at eight health insurance companies the adopted measures within the scope of promoting and preventing which achieved the highest score during the 2nd phase of the ANS's Qualification Program. The health insurance companies which took part in the research were mostly self-management health insurance companies which were considered small-sized companies as well. The presented results have a subjective character and refer to users' perception, as well as managers and a possible diminution of use of some services, without presenting the quantitative indicators. We consider that the adoption of a model of attentiveness to health will possibly constitute the main strategy of health insurance companies in order to acquire users and conquer user's loyalty. Moreover, it will potentially reduce the costs of medical assistance, in medium and long-term conditions.

Keywords: Disease prevention and health insurance companies. Health promotion.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Definição do Modelo de Atenção à Saúde adotado pela Operadora	31
Quadro 2 - Nome e Data de Início dos Programas	32
Quadro 3 - População Alvo dos Programas	34
Quadro 4 - Número de Participantes nos Programas.....	35
Quadro 5 - Formas de Captação da População Alvo	36
Quadro 6 - Atividades Desenvolvidas e Periodicidade.....	37
Quadro 7 - Estrutura da Área e Equipe	38
Quadro 8 - Metas Propostas nos Programas	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Modalidade das Operadoras Pesquisadas.....	25
Tabela 2 - Quantitativo de Beneficiários.....	26
Tabela 3 - Características dos Planos Oferecidos pelas Operadoras.....	29
Tabela 4 - Pontuação das Operadoras nos Indicadores de Atenção à Saúde fornecida pela ANS	30
Tabela 5 - Linhas de Cuidado dos Programas	33

SUMÁRIO

RESUMO.....	4
ABSTRACT.....	5
LISTA DE QUADROS.....	6
LISTA DE TABELAS.....	7
1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA	9
2 JUSTIFICATIVA	14
3 REVISÃO TEÓRICA.....	16
4 OBJETIVOS	21
4.1 OBJETIVO GERAL	21
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	22
6 RESULTADO E ANÁLISE	25
7 CONCLUSÃO.....	43
REFERÊNCIAS.....	46
ANEXOS	48

1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

A Saúde Suplementar no Brasil, depois de quase quarenta anos de atuação praticamente sem regulação, vem sofrendo profundas mudanças a partir da promulgação da Lei nº. 9.656/98, que regulamentou os planos privados de assistência à saúde. A Lei foi sancionada após mais de sete anos de discussões e diversos projetos apresentados na Câmara e no Senado Federal.

Em 1999, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, com a finalidade institucional de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, e contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país. A ANS tem como competência todos os procedimentos de parametrização, fiscalização e controle das operadoras de planos privados de assistência à saúde do país.

As Operadoras de Planos de Assistência à Saúde são as empresas e entidades que atuam no setor de saúde suplementar oferecendo aos consumidores os planos de assistência à saúde. As operadoras estão classificadas em oito modalidades, conforme seu estatuto jurídico. São elas: as autogestões: entidades que operam serviços de assistência à saúde destinados, exclusivamente, a empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, de uma ou mais empresas ou, ainda, a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados e seus dependentes; as cooperativas médica ou odontológica: sociedades de pessoas, com forma e natureza jurídica próprias, constituídas para prestar serviços aos associados, sem fins lucrativos; as filantropias: entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde, certificadas como entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social, CNAS, e declaradas de utilidade pública junto ao Ministério da Justiça ou junto aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais; as administradoras: empresas que administram planos de assistência à saúde financiados por outra operadora, não

assumem o risco decorrente da operação desses planos, não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico hospitalares ou odontológicos e não possuem beneficiários; as seguradoras especializada em saúde: sociedades seguradoras autorizadas a operar planos de saúde, desde que estejam constituídas como seguradoras especializadas nesse seguro, devendo seu estatuto social vedar a atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades; e as medicinas e odontologias de grupo: demais empresas ou entidades que operam Planos Privados de Assistência à Saúde.

A partir da criação da ANS e da adoção de uma série de exigências e fiscalização ocorreu uma redução no número de operadoras no setor que, de 2.639 operadoras em 1999, passou a 2.095 em junho de 2006. Entretanto, identifica-se um crescimento no número de beneficiários de planos de saúde, de 34 para 43 milhões (BRASIL/ANS, 2006).

Credita-se tal fato às diversas medidas de regulação do setor e a migração da população do sistema de saúde público para o privado, uma vez que a população encontra dificuldade de acesso e precariedade no sistema de saúde público.

Segundo Bahia (2001) a expansão da assistência médica suplementar é associada, em uma primeira instância, a insuficiência do SUS.

Para Campos (2007), mais grave que as dificuldades que o Sistema Único de Saúde enfrenta, “é a impressão de que há um desencantamento com o SUS ou, talvez, um descrédito quanto a nossa (movimento sanitário, políticos, gestores, profissionais, entre outros) capacidade para transformar em realidade uma política tão generosa e racional”.

Malta (s/data) afirma que “em função dos baixos investimentos em saúde e conseqüente queda da qualidade dos serviços, ocorreu uma progressiva migração dos setores médios para os planos e seguros privados”.

Apesar do aumento no número de beneficiários, as operadoras enfrentam uma série de dificuldades, pois ainda trabalham com a lógica do

evento/sinistralidade. Esta lógica baseia-se na demanda de doença do beneficiário, com ações desarticuladas, desintegradas, pouco cuidadoras, exclusivamente curativas e fragmentadas. Desconsideram outros determinantes da saúde-doença, centralizada no médico e na hospitalização, não avaliam seus resultados de qualidade e resolutividade e atendem basicamente a demanda espontânea.

Tal situação gera elevados custos e não atende as necessidades da população de beneficiários, a qual busca melhores condições de saúde, uma melhor qualidade de vida, aliada a baixos custos.

Visando incentivar a adoção de um novo modelo assistencial, baseado na atenção à saúde, com intervenção em todos os aspectos (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação), a ANS publicou a Resolução Normativa (RN) no. 94/2005. A RN estabeleceu critérios para a prorrogação dos prazos para apresentação da cobertura com ativos garantidores da provisão de risco, definida na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) no. 77/2001, condicionada à adoção, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de programas de promoção à saúde e prevenção de doenças de seus beneficiários. Foi também estipulado um prazo de 90 dias, posteriormente prorrogado, para apresentação dos Programas.

Em dezembro de 2005, o processo de regulação da ANS incorporou aspectos de qualificação da saúde suplementar. A proposta enfatizou a qualificação de todos os envolvidos no sistema da saúde suplementar, os chamados “atores do processo” – operadoras, prestadores de serviços, beneficiários e a própria ANS. Cada um deles responsável pela transformação do setor e comprometidos em atuar como produtores de saúde, ou seja: as operadoras de planos – gestoras de saúde; os prestadores de serviços – produtores de cuidado de saúde; os beneficiários – usuários com consciência sanitária e a ANS – qualificando-se para corresponder à tarefa de regular um setor de produção de saúde (BRASIL/ANS, 2005).

O Programa adota para avaliação da qualidade das operadoras quatro dimensões:

I. Avaliação da Qualidade da Atenção à Saúde

II. Avaliação da Qualidade Econômico-Financeira

III. Avaliação da Qualidade da Estrutura e Operação

IV. Avaliação da Satisfação dos Beneficiários

Cada dimensão apresenta uma série de indicadores, os quais recebem uma pontuação que permite o cálculo do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) da operadora. O IDSS é o valor calculado pela razão entre a pontuação obtida pela operadora e a pontuação estabelecida pela ANS, em cada indicador, variável de 0 (zero) a 01(um).

$$\frac{\text{Pontuação obtida(O)}}{\text{Pontuação estabelecida pela ANS (E)}}$$

A implantação do Programa ocorreu de forma gradativa, iniciando em 2003 com a 1ª Fase de monitoramento dos indicadores já existentes nos bancos de dados da ANS até fevereiro de 2005. Para 2ª e 3ª Fases do programa foram previstas a inclusão de outros e novos indicadores.

A avaliação de desempenho atribuiu pesos diferentes para cada dimensão. A Qualidade da Atenção à Saúde na 2ª Fase teve o maior peso - 50%, Equilíbrio Econômico-Financeiro 30%, Estrutura e Operação 10% e Satisfação dos Beneficiários 10%.

A dimensão de Qualidade da Atenção à Saúde, foco de interesse do presente trabalho, visa avaliar a qualidade da assistência à saúde prestada aos beneficiários dos planos privados de saúde buscando identificar o impacto das ações de saúde em suas condições de vida. Foram estabelecidos no total 40 indicadores da dimensão da Atenção à Saúde, sendo 9 indicadores para 1ª Fase, 22 para 2ª. Fase e 34 para 3ª Fase (Anexo A).

Em setembro de 2006 a ANS divulgou os resultados da 2ª. Fase de Qualificação da Saúde Suplementar, na qual apenas 23 operadoras entre 2.014

apresentaram o IDSS entre 0,75 - 1,00, pontuação máxima, considerada situação ideal.

Verifica-se, na análise das operadoras com pontuação máxima, uma grande presença de operadoras de pequeno porte, ou seja, com no máximo 9.999 beneficiários. É possível que tal fato reflita as vantagens que as organizações de pequeno porte apresentam na adequação e reestruturação dos seus processos frente às mudanças e demandas do ambiente.

Em dezembro de 2006, a ANS apresentou o resultado alcançado com a edição da RN 94/2005 no III Seminário de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar. Inscreveram programas de promoção e prevenção junto à Agência 178 operadoras. A distribuição por modalidade de operadora foi a seguinte: Medicina de Grupo: 67; Cooperativa Médica: 56; Autogestão: 04; Filantropia: 03; Odontologia de Grupo: 03; e Cooperativa Odontológica: 01.

As linhas de cuidado apresentadas foram: 154 cardiovascular; 91 materno-neonatal; 69 neoplasia; 13 saúde bucal; e 92 com outras linhas de cuidado – saúde mental, tabagismo e etc.

Analisando os resultados obtidos na Qualificação da Saúde Suplementar e na Avaliação dos Programas inscritos a partir da RN 94, considera-se relevante uma investigação mais detalhada em questões, tais como: qual o modelo de atenção à saúde adotada pelas operadoras que apresentaram IDSS máximo? Quais foram às ações de promoção e prevenção adotadas por tais operadoras? Quais os resultados obtidos com a adoção de tais programas? Os programas de promoção e prevenção efetivamente reduziram os custos assistenciais das operadoras?

2 JUSTIFICATIVA

Torna-se cada dia mais urgente às operadoras reavaliarem seu modelo de atenção à saúde, com vistas a dar conta de uma população mais envelhecida, que demanda mais serviços médicos e torna-se cada vez mais exigente, de um segmento com avanços tecnológicos de diagnose e tratamento constantes, custos elevados, prestadores de serviços pressionando por aumento, dependência da ANS para elevação dos valores cobrados aos beneficiários e com um cenário de crescente competitividade.

No Brasil, são raras as referências específicas sobre indicadores de programas de promoção de saúde e prevenção de doenças na saúde suplementar. No entanto, existem diversas ações, principalmente, em operadoras de autogestão, que buscam o bem-estar de seus beneficiários, sem fazer parte da estratégia de operadora. Segundo Malta (s/data) “mesmo quando se investe em atividades de promoção e prevenção, esse componente entra mais como produto de marketing do que como diretriz do modelo assistencial, visando de fato o cuidado à saúde”.

Percebe-se que o modelo de atenção à saúde que prevê ações de promoção e prevenção, dentro de uma perspectiva de ação cuidadora, ou seja, com a responsabilidade de todos os envolvidos no processo – operadoras, prestadores de serviços e beneficiários, em adotar cuidados específicos e uma visão integral, poderá responder de forma mais efetiva as necessidades dos beneficiários e operadoras, tendo em vista que a maioria das doenças que acometem a população assistida podem ser prevenidas.

O presente trabalho possibilitará o levantamento dos programas de promoção de saúde e prevenção de doenças realizados pelas operadoras que obtiveram IDDS máximo na 2ª. Fase da Qualificação da Saúde Suplementar e a identificação das ações que apresentam resultado positivo junto aos beneficiários e operadoras.

Possibilitará também o aprendizado e aprofundamento a respeito do tema, o qual tem sido bastante discutido no âmbito da saúde suplementar, podendo servir de estímulo para que as operadoras reavaliem seu modelo de atenção à saúde e procurem investir em ações de promoção e prevenção.

3 REVISÃO TEÓRICA

A necessidade de conter custos e manter ou ampliar a carteira de usuários faz com que as operadoras tenham que repensar seu modelo de atenção. Segundo Paim (2003), “modelo de atenção à saúde ou modelo assistencial podem ser definidos como combinações de tecnologias (materiais ou não materiais) utilizadas nas intervenções sobre problemas e necessidades sociais de saúde”. O autor compreende que o modelo “é uma 'razão de ser' - uma racionalidade; uma espécie lógica que orienta a ação”.

Para Malta et al. (2004), “o modelo assistencial consiste na organização das ações para a intervenção no processo saúde-doença, articulando os recursos físicos, tecnológicos e humanos, para enfrentar e resolver os problemas de saúde da coletividade”.

O modelo de atenção à saúde adotado, até o momento, pela maioria das operadoras de saúde do país tem sido o modelo médico assistencial privatista, ou seja, voltado para demanda da doença e a procura espontânea dos usuários, dentro de uma perspectiva curativa, atendendo as necessidades de tratamento imediata dos mesmos.

Malta (2004) afirma que “... para evitar a fragmentação do cuidado dever-se-ia operar em outro formato do modelo assistencial, comandado por um processo de trabalho cuidador, que oriente esse percurso. Quando isso não existe, o usuário faz o seu próprio caminhar pelas redes de serviços, induzindo o consumo de procedimentos” e percebe-se que o “caminhar” citado pela autora também não apresenta a resolutividade que necessita o usuário e a própria operadora de saúde, ou seja, não atende ambas as partes.

A discussão e o interesse sobre melhoria nas condições de vida e de saúde são crescentes na população, os indivíduos querem e precisam ser mais saudáveis, para atender as inúmeras demandas cotidianas – trabalho, família, sociedade e etc.,

e as operadoras, por sua vez, precisam reduzir seus custos, reter e conquistar seus clientes e, atualmente, apresentarem um diferencial ao mercado. Dentro desta perspectiva torna-se necessária a adoção de um modelo com foco na saúde, na ação cuidadora e na lógica da promoção e prevenção.

Malta (2004) afirma, ainda, que “o grande desafio consiste em restabelecer uma nova prática, centrada no estímulo à promoção da saúde, prevenção, referenciada no vínculo e na responsabilização”.

Para Czeresnia (2003), são duas as perspectivas fundamentais para implantação e desenvolvimento de Programas de Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças: a melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida e a conseqüente redução dos gastos com assistência médica de alto custo. Segundo a autora as duas perspectivas não são, em princípio, contraditórias, pois podem convergir os objetivos de interesse público e do mercado.

O entendimento de promoção da saúde tem sido ampliado nas últimas décadas. A Carta de Ottawa (1986) define promoção da saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”.

De acordo com Gutierrez (1997, apud Buss, 2003)

promoção da saúde é o conjunto de atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a propiciar melhoramento de condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentais favoráveis ao cuidado da saúde e o desenvolvimento de estratégias que permitam à população um maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida, a nível individual e coletivo.

Segundo Pedrosa (2004), “promoção da saúde significa intervenções sustentadas pela articulação intersetorial e da participação social voltada para a consecução do direito à saúde, operando ações que visem à melhoria das condições de vida”.

De acordo com Buss (2000), as diversas conceituações de promoção da saúde podem ser divididas em dois grupos: no primeiro a promoção da saúde consiste nas atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e localizando-os no seio das famílias e, no máximo, nas comunidades em que se encontram, enquanto que para o segundo grupo a promoção da saúde estaria mais voltada para o sentido amplo, ou seja, no ambiente físico, social, político, econômico e cultural, através de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades.

Considerando os conceitos apresentados, podemos afirmar que a promoção da saúde compreende não somente as características dos indivíduos, mas as condições propiciadas pelo ambiente em seus aspectos físicos, sociais, econômicos, políticos e culturais, visando aumentar a saúde e o bem-estar geral.

Um dos campos de ação propostos na Carta de Ottawa (1986) é o do desenvolvimento pessoal e social através da divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais, aumentando com isso as opções disponíveis para que a população possa exercer maior controle sobre sua própria saúde, sobre o meio-ambiente e fazer opções que conduzam a uma saúde melhor.

No que tange a prevenção, o conceito mais amplo significa reduzir a mortalidade e a morbidade causadas por doença infecciosas, degenerativas ou outros agravos específicos.

A prevenção, segundo Buss (2003),

diferente da promoção, orienta-se mais as ações de detecção, controle e enfraquecimento de fatores de risco ou fatores causais de grupos de enfermidades ou de uma enfermidade específica; seu foco é a doença e os mecanismos para atacá-la mediante o impacto sobre os fatores mais íntimos que a geram ou precipitam para a prevenção.

Desta forma, acredita-se que as operadoras têm papel fundamental no desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças

junto aos seus usuários, pois os programas de promoção da saúde, de maneira geral, têm o objetivo de dar impulso, fomentar e valorizar boas condições de vida e trabalho, visando evitar problemas de saúde e proporcionar melhor qualidade de vida aos usuários, enquanto que os programas de prevenção compreendem ações que visam evitar a instalação da enfermidade e/ou permitam detectá-la antes de sua manifestação clínica, e que também reduzam seus efeitos mórbidos quando já estiver instalada.

As estratégias propostas de promoção de saúde enfatizam mudanças de estilo de vida ou comportamentos relativos à alimentação, exercícios físicos, fumo, drogas, álcool, conduta sexual, entre outros.

Entretanto, todas as ações de promoção e prevenção devem fazer parte de uma estratégia maior das operadoras, estarem presentes na gestão efetiva da operadora, arriscaria afirmar que a ação cuidadora, dentro do modelo de atenção à saúde, deveria fazer parte da cultura organizacional da operadora.

Considera-se importante apresentar, também, os indicadores de operadoras que implantaram ações de promoção e prevenção e identificaram redução em seus custos assistenciais com a adoção de tais ações. Os dados foram divulgados pela UNIDAS – União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (2005), entidade que congrega as operadoras de autogestão. São os seguintes:

- PASA – Plano de Saúde dos Aposentados da Companhia do Vale do Rio Doce – Programa de Gerenciamento de Doentes Crônicos: refere uma economia anual de até 45% por doente crônico, redução em 40% no número de internações e de quase 30% nos atendimentos de urgência com gerenciamento de doentes crônicos.
- SABESPREV – Fundação SABESP (Cia. de Saneamento Básico de São Paulo) de Seguridade Social – Programa de Gerenciamento de Pacientes Crônicos: refere redução de 47,12% nos custos, 43% em ambulatório, 44% em exames e 48% nos gastos hospitalares com gerenciamento de pacientes crônicos.

- CELGMED – Cia. Energética de Goiás – Programa de Gerenciamento de Doenças Cardiovasculares e Diabetes: refere redução de 55% nos casos de gripe e pneumonia com desenvolvimento de campanha de vacinas.

Dino Gomes, coordenador médico do Centro de Diagnóstico e Tratamento de Doenças Cardiovasculares e Diabetes da AMIL, afirmou em entrevista a Tribuna da Imprensa, em 26/08/2005, que é o investimento na qualidade de vida do paciente que reduziu os custos, diminuindo em 60% o número de internações dos pacientes.

Observa-se que o principal aspecto que leva as operadoras a implantarem programas de promoção e prevenção é a redução dos custos assistenciais, entretanto, acredita-se que as operadoras podem atingir também outros objetivos, tais como: ampliar a qualidade de atendimento, criar um espaço mais saudável de maior aproximação com os usuários fora do âmbito da doença, propiciar aos clientes melhores condições de vida, cumprir determinações legais, aumentar sua competitividade no mercado, divulgar o seu engajamento em ações de responsabilidade social e propiciar ao grupo de colaboradores a possibilidade de trabalhar efetivamente com a saúde e menos com a doença.

A adoção de um novo modelo de atenção à saúde, com uma prática cuidadora e com efetiva resolatividade, através do desenvolvimento de programas de promoção e prevenção, encontra diversas dificuldades e muitos limites, no entanto, os mesmos devem ser considerados por todos os atores envolvidos na saúde suplementar como desafios e não como obstáculos.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer as ações de promoção e prevenção adotadas pelas operadoras que obtiveram Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) máximo na 2ª fase da Qualificação da Saúde Suplementar realizada pela ANS.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Levantar os programas de promoção de saúde e prevenção de doenças realizados pelas operadoras pesquisadas.
- Identificar as vantagens e desvantagens da adoção de programas de promoção de saúde e prevenção de doenças;
- Verificar os resultados alcançados pelas operadoras na redução de custos.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa realizada caracterizou-se por uma investigação quantitativa-descritiva, ou seja, sua principal finalidade é o delineamento e análise das características de fatos ou fenômenos (MARCONI, 1990), com objetivo de obter informações, aprimorar e aprofundar o conhecimento do tema proposto.

O estudo buscou conhecer as ações de promoção e prevenção adotadas pelas 23 operadoras que obtiveram Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) máximo na 2ª fase da Qualificação da Saúde Suplementar realizada pela ANS, levantar os programas de promoção de saúde e prevenção de doenças realizados, identificar as vantagens e desvantagens da adoção de programas de promoção de saúde e prevenção de doenças e verificar os resultados alcançados pelas operadoras na redução de custos. A relação das operadoras foi obtida em pesquisa no site da ANS.

Primeiramente, foi realizado um pré-teste do instrumento de coleta de dados com operadoras que não atingiram o patamar inferior da pontuação máxima, com objetivo de validar o instrumento de pesquisa quanto à compreensão, adequação e necessidade das questões.

O formulário foi aplicado em um grupo de quatro operadoras, número considerado suficiente para o universo de 23 operadoras a serem pesquisadas. Os critérios de escolha das quatro operadoras participantes no grupo de validação foram: o conhecimento prévio da pesquisadora com os gestores, a modalidade da operadora, duas de autogestão e duas cooperativas médicas, e a localidade, duas de Porto Alegre, uma do interior do Rio de Janeiro e uma de Alagoas, características existentes no universo a ser pesquisado, tendo em vista que as operadoras estão localizadas em diversos estados da Federação.

Foram feitos contatos telefônicos a fim de convidar os gestores a participar do grupo de validação. Todos aceitaram tendo sido combinado o envio do formulário

por meio eletrônico. Entretanto, obteve-se o retorno de 50% dos formulários e, apenas um com observações acerca do questionário, algumas das quais foram adotadas no formulário final. Foram realizados contatos telefônicos reiterando a participação daqueles que não retornaram a pesquisa, porém sem retorno efetivo.

Iniciou-se a investigação junto às 23 operadoras de planos de saúde através de entrevistas telefônicas visando à identificação do informante-chave, gestor e/ou equipe multiprofissional, e buscando a sua efetiva participação na pesquisa, tendo em vista o resultado obtido no grupo de validação.

A receptividade da maioria das operadoras foi muito boa, demonstrando interesse pelo assunto e colocando-se a disposição para o recebimento do formulário de pesquisa por meio eletrônico. Credita-se tal posição ao fato do tema estar em debate na saúde suplementar e a possibilidade de ter acesso ao resultado final da pesquisa. Apenas uma operadora informou que não tinha interesse em participar no primeiro contato, tendo em vista a impossibilidade de responder no prazo estabelecido, solicitando inclusive que o formulário não fosse enviado.

Para investigação foi utilizada a observação direta extensiva, ou seja, a coleta de dados através do encaminhamento, via e-mail, de questionário para o informante-chave.

O formulário de pesquisa foi dividido em duas partes: na primeira parte foram solicitadas informações referentes à Operadora, quantitativo de beneficiários, abrangência, tipo de organização, características e indicadores dos planos e o modelo de atenção praticado, com objetivo de contextualização do universo pesquisado.

Na segunda parte do formulário foram solicitadas informações dos programas e as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças realizadas pelas operadoras, as linhas de cuidado que estão atuando, população-alvo, forma de captação e número de participantes, atividades desenvolvidas e periodicidade, a estrutura da área ou equipe dos programas, as metas propostas, os resultados

obtidos, a opinião dos participantes e gestores, a integração das demais áreas da operadora, a intenção em ampliar as ações e a inscrição dos programas na ANS.

Os formulários foram enviados aos gestores com prazo de 12 dias para retorno. Ao final do prazo concedido obteve-se o retorno de três formulários. Foram retomados os contatos telefônicos com os informantes-chave reiterando a importância do estudo para o conhecimento das práticas de promoção e prevenção realizadas pelas operadoras com IDSS máximo e a relevância da participação de todos no resultado final da pesquisa.

Foi estabelecido novo prazo de devolução, um período de mais 12 dias e ao término obteve-se o retorno de mais cinco operadoras.

O objetivo era atingir o maior número de retorno possível, motivo pelo qual foram realizados novos contatos telefônicos e obteve-se a informação de que dez operadoras não participariam da pesquisa, entre os motivos estava o envolvimento com a implantação do Padrão TISS – Troca de Informações em Saúde Suplementar, alterações nos planos de saúde e as restrições em fornecer os dados dos planos de saúde das operadoras que administram.

Em todos os contatos com os informantes-chave foi reafirmado o compromisso da pesquisa com o mais completo sigilo e que as informações não seriam divulgadas de forma isolada sobre pessoas e operadora.

Foi realizada também entrevista pessoalmente em uma Operadora do Estado de São Paulo. As demais entrevistas pessoais previstas no projeto de pesquisa não foram possíveis, tendo em vista as alterações de datas nas atividades profissionais da pesquisadora para o Rio de Janeiro e Aracaju.

Conforme previsto no projeto de pesquisa foi necessário contato telefônico com alguns informantes-chave após o recebimento do formulário de pesquisa, visando complementar os dados fornecidos.

6 RESULTADO E ANÁLISE

O propósito do estudo foi de conhecer as ações de promoção e prevenção desenvolvidas pelas operadoras que participaram da pesquisa e suas principais características.

Os resultados obtidos em cada um dos itens pesquisados, as tabelas e os quadros com os dados absolutos são apresentados a seguir; porém, serão omitidos a identificação da razão social das operadoras e nome dos respondentes, tendo em vista o compromisso de sigilo, estabelecido no início da pesquisa, com as informações fornecidas pelas operadoras pesquisadas. Assim sendo, as operadoras serão identificadas pelas oito primeiras letras do alfabeto.

As operadoras participantes do estudo têm sede nas seguintes localidades: uma na cidade de São Paulo, duas no interior do Estado de São Paulo, duas na capital de Sergipe – Aracaju, uma no interior de Minas Gerais, uma no interior do Espírito Santo, e uma na cidade do Rio de Janeiro.

A modalidade de operadora de maior incidência no estudo foi de autogestão com 75%, sendo 25% de autogestão não-patrocinada e 50% de autogestão patrocinada; as demais modalidades foram de medicina de grupo com 12,5% e de seguradora especializada em saúde com 12,5%, conforme apresentamos abaixo na Tabela 1.

Tabela 1 - Modalidade das Operadoras Pesquisadas

Modalidade	Qt.	%
Autogestão (1)	2	25%
Autogestão Patrocinada	4	50%
Medicina de Grupo	1	12,5%
Seguradora Espec. em Saúde	1	12,5%
Total	8	100%

Fonte: Elaborada pela autora.

(1) categoria conforme nomeada pela ANS na lista de classificação do IDSS, incluindo apenas autogestão não-patrocinada.

Os dados apresentados na Tabela 1 confirmam a hipótese de que as autogestões encontram-se entre as operadoras que mais investem em ações de bem-estar de seus beneficiários – é o modelo através do qual a própria organização administra o programa de assistência à saúde dos seus empregados ou associados e respectivos dependentes; além disso, os resultados positivos são sempre revertidos em benefício dos próprios associados. As autogestões apresentam também um reduzido “*turn-over*” em sua população usuária, fato que também contribui para a adoção de tais ações. Os tipos de organização das autogestões pesquisadas foram as seguintes: duas caixas de assistências, duas associações e dois departamentos de Benefício ou Recursos Humanos.

Os dados referentes ao quantitativo de beneficiários são apresentados na Tabela 2 abaixo. Observa-se que 96% dos beneficiários pertencem à classe dos beneficiários ativos e por seus respectivos dependentes. Os aposentados e pensionistas representam apenas 1% da população atendida, e os agregados 3% (beneficiários indicados pelo titular que não se enquadram na situação de dependente).

Tabela 2 - Quantitativo de Beneficiários

Quantitativo de Beneficiários	Operadoras								Total	%
	A	B*	C	D	E	F	G	H		
Ativo	1381	0	1249	763	557	4815	2142	1155	12062	44%
Dependente Ativo	2979	0	2033**	1312	964	8086	1037	0	14378	52%
Aposentado e Pensionista	0	0	257	45	6	0	0	0	308	1%
Dependente de Aposentado/ Pensionista	0	0	0	128	10	0	0	0	138	0%
Agregados	18	0	797	0	0	0	0	0	815	3%
Total	4378	0	4336	2248	1537	12901	3179	1155	27701	100%

Fonte: Elaborada pela autora.

* Operadora não apresentou os dados.

** Corresponde ao número total de dependentes de Ativos, Aposentados e Pensionistas.

As operadoras, em sua maioria, são de abrangência local ou no máximo estadual. A abrangência geográfica diz respeito ao lugar onde o beneficiário poderá ser atendido – pode alcançar um município (abrangência municipal), um conjunto de municípios, um estado (cobertura estadual), um conjunto de estados ou todo o país,

a chamada cobertura nacional. Apenas uma operadora tem atuação em quatro Unidades da Federação.

A atuação mais localizada permite uma ação mais efetiva junto à população beneficiária, o que facilita a operacionalização de um modelo de atenção à saúde mais cuidador, visando à promoção da saúde e à prevenção de doenças.

Para um melhor entendimento da prestação de serviços de saúde das operadoras pesquisadas, procurou-se identificar outras características dos planos de saúde oferecidos pelas operadoras, conforme mostra a Tabela 3.

Verifica-se, no grupo pesquisado, que 63% das operadoras oferecem plano único aos usuários, enquanto 38% oferecem planos segmentados, ou seja, com características particulares para um grupo específico.

A utilização de fator moderador foi de elevada incidência nas operadoras participantes (75% dos respondentes). Apenas duas operadoras não utilizam fator moderador. O fator moderador, o percentual pago pelo usuário toda vez que utilizar os serviços de saúde da rede credenciada, é uma prática referente à regulação de demanda da utilização dos serviços de saúde. Pode ser instituído na forma de franquia o valor estabelecido no contrato de plano ou do seguro privado de assistência à saúde e/ou odontológico; a operadora pode não ter responsabilidade de cobertura quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada ou referenciada. A co-participação é a parte efetivamente paga pelo consumidor à operadora de saúde referente à realização do procedimento.

As operadoras pesquisadas, em sua maioria, não apresentam diferença de atendimento aos seus usuários por idade ou categoria; apenas uma operadora informou diferenciar o atendimento.

Atribui-se a maior incidência de fator moderador e igualdade no atendimento a todas as idades e categorias ao maior número de operadoras de autogestão na pesquisa, pois são duas fortes características dessa modalidade (patrocinada ou não).

Verificou-se que 75% das operadoras não disponibilizam serviços próprios; apenas 25% oferecem atendimento aos seus usuários em serviços próprios, clínicas ou ambulatórios com serviços mantidos e administrados pela própria operadora.

No que se refere ao sistema de referência, ou seja, à utilização dos recursos de saúde de menor complexidade para o de maior complexidade, verifica-se que cinco operadoras possuem sistema de referência, podendo evidenciar a preocupação das operadoras com a utilização racional dos recursos de saúde e a respectiva redução de custos. Entretanto, pode evidenciar também uma tendência de dificultar e de limitar o acesso do usuário ao atendimento.

Observa-se que 62,5% das operadoras não dispõem de programas ou ações de financiamento de medicamento, e 37,5% das operadoras já apresentam atuação no nível de medicamentos.

Sabe-se que a falta de acesso aos medicamentos e o seu uso inadequado resultam em morbidade e mortalidade sérias – em especial em crianças e em doentes crônicos.

Segundo Miranda (2003)

...a assistência farmacêutica propicia condições para facilitar a aderência dos beneficiários aos tratamentos, contribuindo para a prevenção dos episódios de descompensação das doenças de base e suas complicações. Desta forma, além de usufruir de uma melhor qualidade de vida, os beneficiários demandam menos serviços de natureza curativa, com economia para o sistema.

A OMS (2005) faz referência à importância do uso racional de medicamentos, afirmando que

usar racionalmente los medicamentos significa que los pacientes reciban fármacos apropiados para sus necesidades clínicas, a doses ajustadas a su situación particular, durante un período adecuado de tiempo y al mínimo costo posible para ellos y para la comunidad... Además, em torno a la mitad de los pacientes que reciben medicamentos no los usan como deberían...

Tabela 3 - Características dos Planos Oferecidos pelas Operadoras

Modelo		Operadoras								Total	%
		A	B	C	D	E	F	G	H		
Plano	Único	X	X	X		X	X			5	63%
	Segmentado				X			X	X	3	38%
Fator Moderador	Sim	X	X	X		X		X	X	6	75,0%
	Não				X		X			2	25,0%
Diferença de Atendimento por Idade ou Categoria	Sim								X	1	12,5%
	Não	X	X	X	X	X	X	X		7	87,5%
Serviços Próprios	Sim						X	X		2	25,0%
	Não	X	X	X	X	X			X	6	75,0%
Sistema de Referência	Sim	X			X		X	X	X	5	62,5%
	Não		X	X		X				3	37,5%
Financiamento de Medicamento	Sim			X	X		X			3	37,5%
	Não	X	X			X		X	X	5	62,5%

Fonte: Elaborada pela autora.

Na pesquisa, foi solicitada às operadoras a pontuação obtida pelas operadoras junto a ANS – pontuação considerada fundamental para a obtenção dos IDSS, pois representou 50% do índice obtido pela operadora no Programa de Qualificação da Saúde Suplementar.

No formulário de pesquisa, foram apresentados os 40 indicadores de atenção à saúde que serão avaliados ao longo de todo Programa de Qualificação; entretanto, apresentam-se abaixo apenas os indicadores da 1ª e 2ª fases. Verifica-se que nenhuma operadora apresentou pontuação em todos os indicadores, demonstrando as dificuldades que as operadoras ainda apresentam em identificar os indicadores de atenção à saúde.

Das operadoras pesquisadas, uma informou que não obteve pontuação em tais indicadores por inconsistência dos dados junto a ANS. A operadora B não conseguiu informar sua pontuação. Cumpre salientar que os 22 indicadores de atenção à saúde representavam 50% do IDSS. Pressupõe-se que outras informações devem ter sido consideradas ou apresentadas para que tais operadoras atingissem o IDSS máximo.

Tabela 4 - Pontuação das Operadoras nos Indicadores de Atenção à Saúde fornecida pela ANS

Indicadores*	Operadoras							
	A	B	C	D	E**	F	G	H
Taxa de Prematuridade	2,0		1,0	0,50		2,0	1,0	1,0
Proporção de Parto Cesáreo	0,0		0,0	0,0		0,0	1,0	0,0
Taxa de Nartimortalidade	1,0		0,0	1,0		1,0	1,0	1,0
Taxa de Internação por Complicações no Período de Puerpério	2,0						1,0	
Taxa de Internação por Transtornos Maternos na Gravidez	2,0						1,0	
Proporção de Internações por Transtornos Maternos Hemorrágicos durante a Gravidez, Parto e Puerpério	2,0					2,0	1,0	1,0
Proporção de Internações por Transtornos Maternos Hipertensivos no Período da Gravidez, Parto e Puerpério	2,0		1,0	1,0		2,0	1,0	1,0
Proporção de Internações por Transtornos Maternos Infecciosos durante o Puerpério			1,0	1,0		0,50	1,0	1,0
Proporção de Internações por Gravidez Terminada em Aborto						1,0		1,0
Taxa de Procedimentos Preventivos Odontológicos**						0,75		
Índice de Procedimentos de Periodontia**						1,5		
Taxa de Procedimentos de Endodônticos**						1,0		
Índice de Procedimentos de Dentística***								
Consulta Odontológicas Iniciais por Exposto								
Procedimentos de Endodontia por Exposto								
Procedimentos de Periodontia por Exposto								
Exodontias por Expostos						0,75		
Procedimentos Odontológicos Preventivos por Exposto								
Taxa de Int. por Amputação de Membros Inferiores por Diabetes Mellitus								
Taxa de Internação por Diabetes Mellitus	2,0		0,0			0,0		
Taxa de Internação por Doenças Cardiovasculares				0,0				
Taxa de Internação por Infarto Agudo do Miocárdio						1,0		
Taxa de Internação por Neoplasia Maligna de Cólon e Reto								
Taxa de Internação por Neoplasia Maligna de Colo do Útero								
Taxa de Internação por Neoplasia Maligna de Mama Feminina								
Taxa de Internação por Neoplasia Maligna de Próstata								
Taxa de Mamografia	1,5		0,25	0,50		1,5	0,25	0,50
Taxa de Citologia Oncótica de Colo de Útero	3,0		1,0	1,0		3,0	1,0	1,0

Fonte: Elaborada pela autora.

Na última questão de identificação e caracterização da operadora, questionou-se qual o modelo de atenção à saúde adotado pelas operadoras. Verificou-se que três operadoras tiveram dificuldade em responder, uma efetivamente não respondeu, duas operadoras – A e H – apresentaram respostas inconsistentes, duas operadoras fizeram referência ao modelo curativo ou tradicional, e as demais afirmaram que desenvolvem algumas ações de atenção à saúde, ou seja, ações integradas que privilegiam a promoção e a prevenção, conforme apresenta o Quadro 1 abaixo.

Operadoras	Modelo de Atenção à Saúde Adotado Pela Operadora
A	"Auto-gestão patrocinada".
B	"Programa de gerenciamento e acompanhamento de portadores de patologias crônicas, através de visitas domiciliares, realizadas por uma equipe multidisciplinar. Formação de grupo terapêutico, privilegiando a medicina preventiva, melhoria da qualidade de vida do associado e sua estabilidade clínica e psicossocial".
C	"O nosso modelo é ainda tradicional. As ações de prevenção estão sendo iniciadas focadas no público de aposentados através da realização de exames preventivos anuais sem ônus para o participante, a partir dos quais serão desenvolvidas atividades preventivas específicas para os grupos de risco encontrados".
D	"Porta de entrada com equipe interdisciplinar e campanhas específicas voltadas para prevenção".
E	"Assistência curativa".
F	
G	"Estamos evoluindo de um modelo totalmente voltado a tratamento para um modelo preventivo, com ênfase na prevenção de doenças crônicas e abordagem precoce. Temos como meta implantar serviços e programas voltados à promoção da saúde e prevenção quando atingirmos cinco mil usuários em nossa carteira de clientes.
H	"Nenhum".

Quadro 1 - Definição do Modelo de Atenção à Saúde Adotado Pela Operadora

Fonte: Elaborada pela autora

Na segunda parte da pesquisa, procurou-se conhecer as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças adotadas pelas operadoras pesquisadas. Destas, quatro operadoras, ou seja, 50%, informaram que não desenvolvem programas de promoção e prevenção, e as outras quatro, 50%, vêm desenvolvendo tais programas. A operadora A, apesar de informar a inexistência de programa, refere em outras questões da pesquisa a realização de ações neste sentido.

Verifica-se a realização de programas de promoção e prevenção na operadora D desde 1976. As demais operadoras –, B, C e F – passaram a realizar programas a partir de 2000, conforme se observa no Quadro 2 a seguir. Pode-se verificar o interesse das operadoras nos últimos anos no desenvolvimento de ações de promoção e prevenção.

Considera-se importante destacar que as operadoras que apresentaram o maior número de programas são aquelas que atuam em Departamentos de Benefícios ou Recursos Humanos da própria empresa mantenedora, podendo ser um elemento importante e facilitador na abordagem da população-alvo e na condução do programa.

Operadoras	Nome do Programa	Data de Início
A	Não há programa implantado	
B	Prospec	2004
C	Programa Promoção e Recuperação da Saúde	abr-06
D	PCMSO, Saúde Bucal Materno-Infantil, Programa de Controle e Prevenção da Hipertensão Arterial e Diabetes, Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS, Campanha de vacinação contra a Gripe, Campanha de doação de sangue, Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM), Programas de Prevenção das Doenças Infectocontagiosas e Epidemias, Programa de Atenção Integral à Saúde do Homem (PAISH), Avaliação Odontológica e Médica para Grupos Especiais, Programa de desenvolvimento e manutenção de pessoas com deficiência ou reabilitadas profissionalmente, Programa Reintegrar para acompanhar o retorno ao trabalho de funcionários afastados pelo INSS há 6 meses, Bem-estar: nutrição, saúde e qualidade de vida, Prevenção de Câncer de Mama e Próstata	Desde 1976
E	Não há programa implantado	
F	Sistema Integrado Médico Familiar, Prevenção da Osteoporose, Prevenção ao Câncer de Pele, Vacinação Contra Gripe, Campanha da Voz, Nascimento do Bebê, Preparação Para o Parto, Programa de Tratamento do Tabagismo, Acompanhamento Pós Alta Hospitalar, Programa de Gerenciamento de Doenças Crônicas, Programa de Saúde Bucal, Programa de Assistência à Gestante e a Puérpera, Programa Perfil de Saúde	Nov/2000, 2004, Jul/2004
G	Não há programas preventivos	
H	Não há programas	

Quadro 2 - Nome e Data de Início dos Programas

Fonte: Elaborada pela autora.

Na Tabela 5 abaixo, são apresentadas as linhas de cuidado adotadas pelas operadoras nos programas de promoção e prevenção. As de maior incidência são as de Transtornos Cardiovasculares e Neoplasias; três operadoras estão desenvolvendo ações para hipertensão arterial e diabetes mellitus, e três operadoras desenvolvem ações para prevenção de câncer de mama e próstata. A operadora “B” apresenta ações em todos os tipos de neoplasias. Duas operadoras realizam intervenções com foco em saúde bucal e mental; duas operadoras realizam programa materno-infantil – pode-se verificar que são as operadoras que investem há mais tempo em programas de promoção e prevenção.

Observa-se que nenhuma operadora pesquisada desenvolve ações de saúde para adolescentes; uma operadora apresentou linhas de cuidado de doenças do trabalho e de imunização; e uma em câncer de pele, aparelho vocal e vacinação contra gripe.

Tabela 5 - Linhas de Cuidado dos Programas

Linhas de Cuidado		Operadoras								Total
		A	B	C	D	E	F	G	H	
> Materno-Infantil	Saúde Materna				X		X			2
	Saúde Infantil				X		X			2
> Crianças					X					1
> Adolescentes										
> Transtornos Cardiovasculares	Hipertensão Arterial		X		X		X			3
	Diabetes Mellitus		X		X		X			3
> Neoplasias	Colo de Útero		X	X						2
	Mama Feminina		X	X	X					3
	Próstata		X	X	X					3
	Cólon e Reto		X							1
	Pulmão		X	X						2
> Saúde Mental	Transtornos Mentais		X		X					2
	Álcool e Outras Drogas				X					1
	Anti Tabagismo				X					1
> Saúde Bucal				X		X			2	
> Outras		X			Doenças do Trabalho e Vacinação		CA de Pele, Aparelho Vocal, Gripe			3

Fonte: Elaborada pela autora.

No Quadro 3, identifica-se a população-alvo dos programas informados pelas operadoras. Verifica-se que a operadora “A”, que informou anteriormente não realizar programas de promoção e prevenção, respondeu na linha de cuidado com “Outros”. A operadora indica os pacientes crônicos e pacientes com eventos importantes como população-alvo e informa a participação de 70 usuários em suas ações no Quadro 4, Número de Participantes no Programa.

Operadoras	População-Alvo
A	Temos efetivo monitoramento de todos os pacientes crônicos e acompanhamento temporário daqueles que passam por eventos importantes.
B	Idosos portadores de doenças crônicas
C	Aposentados e cônjuges
D	Todos ativos, demais colaboradores das empresas terceirizadas e dependentes filhos até 7 anos
E	
F	Ativos e dependentes Plano Coletivo – Usuários na faixa etária de 10 a 69anos, Plano Coletivo – Mulheres – 10 a 49 anos, 84 Pessoas que declaram ser hipertensas com alguma morbidade associada
G	
H	

Quadro 3 - População Alvo dos Programas

Fonte: Elaborada pela autora.

No Quadro 4, é apresentado o número de participantes nos programas desenvolvidos pelas operadoras pesquisadas. Nas operadoras “D” e “F”, que apresentam diversas ações de promoção e prevenção, observa-se a realização de intervenções tanto de caráter específico, atendendo a um número reduzido de participantes, como intervenções abrangentes, atendendo a praticamente toda população assistida, o que evidencia a atenção nos mais diversos aspectos da saúde.

Operadoras	Programas	Número de Participantes
A	Monitoramento de Pacientes Crônicos e Acompanhamento de Pacientes com Eventos Importantes	70
B	Prospec	53 acomp. domic. 30 grupo terap.
C	Programa de Promoção e Recuperação da Saúde	400
D	PCMSO,	815
	Saúde Bucal Materno-Infantil	sem indicador
	Programa de Prevenção da Hipertensão Arterial Sistêmica	600
	Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS	sem indicador
	Campanha de vacinação contra a Gripe	1150
	Campanha de doação de sangue	25
	Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM)	356
	Programas de Prevenção das Doenças Infecto Contagiosas e Epidemias.	800 a 1000
	Programa de Atenção Integral à Saúde do Homem (PAISH).	699
	Avaliação Odontológica e Médica para Grupos Especiais	sem indicador
	Programa de desenvolvimento e manutenção de pessoas com deficiência ou reabilitadas profissionalmente	sem indicador
	Programa Reintegrar para acompanhar o retorno ao trabalho de funcionários afastados pelo INSS há 6 meses	13
	Bem-estar: nutrição, saúde e qualidade de vida - Fase de teste	38
	Prevenção de LER e DORT	sem indicador
	Prevenção Perda Auditiva	sem indicador
Prevenção de Câncer de Mama e Próstata	800 a 1000	
Programa de Prevenção de Diabetes Mellitus	332	
E		
F	Sistema Integrado Médico Familiar	Sem indicador
	Prevenção da Osteoporose	274
	Prevenção ao Câncer de Pele,	459
	Vacinação Contra Gripe	3180
	Campanha da Voz	109
	Nascimento do Bebê	32
	Preparação Para o Parto,	57
	Programa de Tratamento do Tabagismo	42
	Acompanhamento Pós Alta Hospitalar	83
	Programa de Gerenciamento de Doenças Crônicas	912
	Programa de Saúde Bucal,	4.815
	Programa de Assistência à Gestante e a Puérpera	152 gestantes 74 crianças
Programa Perfil de Saúde	46	
G		
H		

Quadro 4 - Número de Participantes nos Programas

Fonte: Elaborada pela autora.

As operadoras apresentam diversas formas de captação da população conforme se pode ver nos dados apresentados no Quadro 5. Das pesquisadas, três dispõem de diagnóstico epidemiológico, exames periódicos e demanda espontânea – duas devido à frequência de utilização. A operadora “F” utiliza todas as formas de captação da população e citou ainda ações junto a outros programas.

Operadoras	Formas de Captação				
	Diagnóstico epidemiológico	Frequência de utilização	Exames periódicos de saúde	Demanda espontânea	Outros
A	X				
B	X	X		X	
C			X		
D			X	X	
E					
F	X	X	X	X	Participação no curso de preparação para parto.
G					
H					

Quadro 5 - Formas de Captação da População Alvo

Fonte: Elaborada pela autora.

As atividades desenvolvidas de maior incidência nos programas desenvolvidos são palestras, grupos operativos, terapêuticos, atividades físicas e lúdicas, campanhas, visitas domiciliares e monitoramento telefônico, em sua maioria com periodicidade mensal ou semestral. As consultas, grupos operativos, visitas domiciliares e monitoramento telefônico apresentaram maior frequência, semanal ou quinzenal.

Apenas a operadora “F” fez referência a ações de assistência farmacêutica para patologias crônicas, conforme mostra a seguir o Quadro 6.

Observa-se que, por constituírem-se em ações que enfatizam estilo de vida e aspectos comportamentais, as equipes buscam as mais variadas abordagens, visando estimular a participação dos usuários.

Atividades Desenvolvidas	Operadoras							
	A	B	C	D	E	F	G	H
Consultas				Mensal, Semestral e Anual		Mensal, Semestral e Anual		
Palestras		Mensal		Mensal		Semestral e conforme demanda		
Assistência Farmacêutica para patologias crônicas						X		
Grupos Operativos				Semanal				
Grupos Terapêuticos		Mensal		Mensal				
Grupos Auto-Ajuda								
Grupos de Ativ. Física			Mensal					
Outros Grupos								
Atividades Lúdicas						Curso de preparação para o parto semestral		
Outros		Campanhas Preventivas		Campanhas Anuais		Visita domiciliar e monitoramento telefônico (semanal, quinzenal, mensal)		

Quadro 6 - Atividades Desenvolvidas e Periodicidade

Fonte: Elaborada pela autora.

As equipes que atuam nos programas pesquisados são formadas por profissionais das mais diversas áreas: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogos, odontólogos e fonoaudiólogos.

Entretanto, observa-se na operadora “D” a inclusão do gestor e administrativo na equipe. A inclusão de profissionais de outras áreas de conhecimento propicia o enriquecimento dos programas, agregando novos olhares e informações às ações e aos resultados dos respectivos programas.

Operadoras	Estrutura da Área ou Equipe		
	Profissionais envolvidos	Contratação de serviços	Parceiros
A		Enfermeiras e Médico	Prestadores de serviços autônomos
B	Médico, Enfermeiro, Nutricionista, Assistente Social e Aux. de Enfermagem	Fisioterapia, Psicólogo e Fonoaudiólogo	
C		Médico e Prof. Ed.Física	
D	Assistente Social, Médicos do Trabalho e Clínico, Gestor, Enfermeira, Dentista, Administrativo e Recepcionista.	Odontólogo e Psicólogo	Laboratórios, clínicas e médicos especialistas
E			
F			
G			
H			

Quadro 7 - Estrutura da Área e Equipe

Fonte: Elaborada pela autora.

Percebe-se que as metas de maior incidência referem-se à redução e ao controle de eventos, os quais geram custos às operadoras, e à melhoria na qualidade de vida da população alvo.

Operadoras	Metas Propostas
A	Redução de internações e eventos importantes, orientação de cuidados básicos, alimentação, acompanhamento das terapias medicamentosas.
B	Evitar possíveis internações e agravamento da condição de saúde de nossos associados, reduzir consultas eletivas e de urgência, melhorar a sua qualidade de vida.
C	Verificar situações de riscos nas patologias selecionadas.
D	Prevenção – as queixas são atendidas na triagem, a qual faz os encaminhamentos aos especialistas credenciados previamente selecionados. A médica clínica acompanha os grupos de riscos, a médica do trabalho acompanha os riscos ocupacionais, e a enfermeira na triagem diagnóstica e encaminha aos especialistas.
E	Não apresentou
F	Melhoria no perfil de saúde bucal em 100% dos empregados. Orientação e informação direta ao empregado quanto aos métodos de prevenção. Aconselhamento e encaminhamento para tratamento de acordo com a necessidade de cada empregado. Acompanhar 100% das mulheres em idade fértil estimadas a engravidar conforme população-alvo: 82 mulheres, sendo 16 com probabilidade de gestação de alto risco e 65 baixo risco. Resultados esperados: cobertura de 100% das gestantes usuárias do plano de saúde CST; cobertura de 100% das puérperas atendidas nas unidades do SIM; cobertura de 100% dos recém-nascidos cujas mães realizaram pré-natal no SIM; controle da glicemia em 100% dos hipertensos diabéticos; redução do IMC em 100% dos hipertensos obesos; controle dos níveis de pressão arterial em 100% dos hipertensos; controle dos níveis de colesterol e triglicérides em 100% dos hipertensos dislipidêmicos. Abstinência ao cigarro em 100% dos hipertensos tabagistas. Realização anual do exame dos pés em 100% dos hipertensos diabéticos.
G	Não apresentou
H	Não apresentou

Quadro 8 - Metas Propostas nos Programas

Fonte: Elaborada pela autora.

No que se refere aos resultados obtidos com a realização de programas de promoção e prevenção, as três operadoras que responderam à questão informaram que não possuem indicadores quantitativos e referem redução de eventos; porém, não apresentaram dados numéricos, conforme transcrições abaixo. A inexistência de indicadores quantitativos impede a avaliação efetiva dos resultados obtidos. Percebe-se que essa é a situação de muitos programas de promoção e prevenção.

Operadora A: “Observa-se redução na incidência de internações, sem dados indicadores”.

Operadora B: “Redução de consultas, dependência dos serviços de urgência e emergência e nas internações; Porém, dados quantitativos, pois não foram levantados na implantação do programa”.

Operadora D: “No ambulatório médico, o paciente é encaminhado ao especialista, evitando, assim, a procura de vários médicos, em consequência a redução das consultas, da dependência dos serviços de urgência e emergência e das internações hospitalares. Assistência com medicamento somente quando se tratar de doenças crônicas e se o setor público não há dispuser do medicamento necessitado. Principalmente com a campanha da vacina contra a gripe, houve redução de doenças LER/DORT. Com as campanhas, acreditamos na redução de internações com casos de hipertensão, diabetes, câncer de mamas e próstata. Não sabemos mensurar quantos casos foram evitados e individualmente quanto seria o custo de cada patologia em internação e absentismo. Comparecimento nas campanhas, retornos obtidos”.

Observa-se, na pesquisa, que a opinião dos participantes e dos gestores em relação ao desenvolvimento de ações de promoção e prevenção é bastante positiva, como se pode identificar nas informações transcritas a seguir.

Opinião dos Participantes

Operadora A: “Muito satisfeitos em saber que existem pessoas preocupadas com a saúde e bem-estar da família”.

Operadora B: “Positiva”.

Operadora C: “Excelente”.

Operadora D: “Satisfação demonstrada e participação”.

Opinião dos Gestores

Operadora A: “As autogestões sempre desempenham um papel importante junto ao grupo que assistem, pois a visão sistêmica da sustentabilidade responsável, sem lucros, permite um trabalho social importante”.

Operadora B: “Positiva”.

Operadora C: “Excelente”.

Operadora D: “Investimento a cada ano em prevenção gerando redução e custos para o Plano de Saúde”.

A pesquisa procurou, ainda, identificar a integração das atividades de promoção e prevenção com as demais ações da operadora; tal questão foi respondida apenas por duas operadoras, as quais fizeram referência à integração com as áreas de recursos humanos/gestão de pessoas e medicina ocupacional.

Considera-se de fundamental importância a participação de toda organização com as ações promoção e prevenção. Isso porque, a partir de uma visão organizacional ampliada, com a participação de todos em estratégias voltadas à saúde dos usuários, as operadoras terão mais chances de lograr êxito em suas ações. Observa-se, por exemplo, que profissionais das áreas de credenciamento das operadoras não participam de tais programas; no entanto, é de fundamental importância a atuação junto aos prestadores de serviços para que todos os atores estejam efetivamente envolvidos em um modelo de atenção à saúde, voltado para uma prática cuidadora e com efetiva resolutividade.

As operadoras pesquisadas demonstram intenção em ampliar as ações de promoção e prevenção, conforme as respostas abaixo. Credita-se tal fato principalmente à necessidade de atender às diretrizes preconizadas pela ANS e à necessidade de reduzir custos.

Operadora A: “Estender o acompanhamento sugerido pela ANS em relação avaliação e classificação das operadoras”.

Operadora B: “Criar novos programas terapêuticos e de apoio à família”.

Operadora C: “Sim”.

Operadora D: “Detectar possíveis focos e investir em prevenção”.

Operadora H: “Estamos inicialmente fazendo um estudo para melhor direcionamento”.

Questionadas sobre a inscrição dos Programas junto a ANS, cinco operadoras informaram que não inscreveram os Programas junto a ANS; as demais não se manifestaram. Uma hipótese para a não-inscrição dos programas é a obrigatoriedade de apresentar indicadores de resultados, item que se mostra deficiente em programas de saúde.

7 CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou o conhecimento das ações que as operadoras de planos de saúde vêm realizando no que se refere à promoção da saúde e à prevenção de doenças dos seus beneficiários; entretanto, observa-se que ainda são poucas as operadoras, mesmo as que obtiveram a pontuação máxima do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, que desenvolvem um modelo de atenção à saúde que contemple uma ampla atuação nas condições de saúde dos usuários.

Como se teve oportunidade de perceber ao longo desse trabalho, as operadoras de autogestão estão à frente em ações de promoção e prevenção; necessitam, entretanto, avançar no sentido de mensuração de seus resultados.

A verificação dos resultados alcançados pelas operadoras na redução de custos – um dos objetivos do presente estudo e meta apresentada por algumas das operadoras pesquisada – ficou prejudicada, tendo em vista que as operadoras não apresentaram indicadores que possibilitassem tal análise.

Desta forma, torna-se fundamental que as equipes multiprofissionais, ao realizarem o planejamento e a execução dos programas, utilizem indicadores de resultados e sistemas de informação eficientes, que permitam gerenciar e monitorar todas as ações, possibilitando que tais ações tornem-se efetivamente reconhecidas pela sua capacidade de gerar resultados tanto para a operadora quanto para os usuários.

Considerando que o contexto da saúde apresenta mudanças de toda ordem – mudanças que exigem uma resposta efetiva por parte das operadoras através de uma atenção voltada para a saúde –, acredita-se que as propostas de desenvolvimento de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, além de responder às necessidades dos usuários, agregam valor às operadoras que buscam diferenciar-se no mercado através do efetivo atendimento à saúde dos seus

usuários, mudando o paradigma de plano de doença para verdadeiramente planos de saúde.

As operadoras precisam compreender que, além de ter de dar resposta às necessidades de tratamento dos seus usuários, devem estar atentas à manutenção da sua saúde, fazendo com que estes não precisem utilizar-se da rede de serviços de alto custo; precisa-se ter claro que os dois sistemas, de tratamento da doença e geração de saúde, são necessários e complementares.

Segundo Miranda (2003), “um modelo ideal engloba de forma integrada, mas diversa, a coexistência de dois tipos de sistema: um voltado para a doença e outro voltado para a saúde”.

Entretanto, é importante ter claro também que os programas de promoção de saúde e prevenção de doenças contemplam mudanças de estilo de vida, ou seja, mudanças comportamentais, para as quais é necessário um trabalho árduo e persistente, pois são processos lentos e graduais e dependem da motivação de cada usuário, das experiências adquiridas no decorrer da vida – e estes, acima de tudo, são responsáveis pelo seu autocuidado.

Neste contexto, as operadoras de saúde devem estimular tais mudanças e oferecer novas alternativas para a manutenção da saúde, principalmente apresentando-se como uma operadora de incentivo à saúde, em vez de supervalorizar a sua rede de tratamento.

Considera-se fundamental que as operadoras, ao implantarem ações de promoção e prevenção, envolvam todos os atores do seu sistema, e não só a equipe multiprofissional e os usuários. A promoção e a prevenção devem fazer parte da missão da operadora – todas as áreas deverão estar envolvidas direta ou indiretamente para reforçar o modelo de atenção à saúde – setores, prestadores de serviços, parceiros, fornecedores, famílias, etc.

Nesse sentido, devem ser adotadas ações no sentido de atender aos casos de crônicos e/ou aos altos custos, através do acompanhamento e gerenciamento do

tratamento e levantamento do perfil epidemiológico da população usuária, com vistas a atuar na promoção e prevenção nas mais diversas necessidades dos usuários.

Espera-se que a pesquisa desenvolvida neste trabalho possa motivar novos estudos sobre programas de promoção de saúde e prevenção de doenças em operadoras de plano de saúde, visando ao aprimoramento de soluções em saúde para todos os atores envolvidos – usuários, operadoras, prestadores de serviços e agência reguladora.

Sugere-se, a partir do presente estudo, um aprofundamento sobre a importância do desenvolvimento de programas de promoção de saúde e prevenção de doenças no que diz respeito aos seus resultados e ao desenvolvimento de novas formas de abordagem dos temas de saúde.

Acredita-se que ainda há muito que aprender quanto ao desenvolvimento de tais programas e, principalmente, sobre seus indicadores de resultados; que a construção desse referencial passa tanto pela construção individual quanto pela coletiva; que se tem de ser capaz de aprender a identificar e a encontrar os conhecimentos necessários aos desafios e às peculiaridades do contexto em que se está inserido.

REFERÊNCIAS

AYRES, José Ricardo. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 583-592, set. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a06v09n3.pdf>. Acesso em 20 janeiro 2007.

BAHIA, Ligia. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p.329-339, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Programa de Qualificação da Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Regulamentações normativas. **Resolução normativa 94**. Dispõe sobre os critérios para o diferimento da cobertura com ativos garantidores da provisão de risco condicionada à adoção, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de programas de promoção à saúde e prevenção de doenças de seus beneficiários. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao>. Acesso em: 22 janeiro 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Instruções normativas. **Instrução Normativa 10**. Dispõe sobre os critérios para o diferimento da cobertura com ativos garantidores da provisão de risco condicionada à adoção, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de programas de promoção à saúde e prevenção de doenças de seus beneficiários. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao>. Acesso em: 22 janeiro 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar**: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS, 2006. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site>. Acesso em: 22 janeiro 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Qualificação da Saúde Suplementar**: Resultado da 2ª. Fase. Setembro/2006. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao>. Acesso em: 22 janeiro 2007.

BUSS, Paulo Marchiori. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (orgs.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão?. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007.

CARTA DE OTTAWA. Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde, 1986. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Ottawa.pdf>
Acesso em: 07 janeiro 2007.

CZERESNIA, Dina. **Ações de promoção à saúde e prevenção de doenças: o papel da ANS**. Fórum de Saúde Complementar. 2003. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AS_02_DCzeresnia_AcoesPromocaoSaude.pdf. Acesso em: 22 janeiro 2007.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 433-444, jun. 2004.

_____. **Saúde Suplementar e Modelos Assistenciais**. (s/data). Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TTAS14D_carvalhoMaltaModelosAssistenciais.pdf. Acesso em: 20 fevereiro 2007.

MARCONI, Marina A.; LAKATOS Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1990.

MIRANDA, Cláudio da Rocha. **Gerenciamento de custos em planos de assistência à saúde**. Projeto ANS/PNUD. 2003 Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AS_20_ClaudioMiranda_GerenciaMentodeCusto.pdf. Acesso em 20 julho 2007.

OMS. **Resistência a los antimicrobianos**: uma amenaza para la seguridad sanitaria mundial. 2005. Disponível em: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/A58_14-sp.pdf. Acesso em 22 de julho de 2007.

PAIM, Jairnilson Silva. Vigilância Sanitária: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde, pp. 161-174. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (orgs.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

PEDROSA, José Ivo dos Santos. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 617-626, set. 2004.

Anexos

ANEXO A

TABELA 1 – INDICADORES DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE

Indicadores	Fases		
	1	2	3
Taxa de Prematuridade	x	x	x
Proporção de Parto Cesáreo	x	x	x
Taxa de Nartimortalidade	x	x	x
Taxa de Internação por Complicações no Período de Puerpério*	x		
Taxa de Internação por Transtornos Maternos na Gravidez*	x		
Proporção de Internações por Transtornos Maternos Hemorrágicos durante a Gravidez, Parto e Puerpério		x	x
Proporção de Internações por Transtornos Maternos Hipertensivos no Período da Gravidez, Parto e Puerpério		x	x
Proporção de Internações por Transtornos Maternos Infecciosos durante o Puerpério		x	x
Proporção de Internações por Gravidez Terminada em Aborto		x	x
Taxa de Procedimentos Preventivos Odontológicos**	x		
Índice de Procedimentos de Periodontia**	x		
Taxa de Procedimentos de Endodônticos**	x		
Índice de Procedimentos de Dentística***	x		
Consulta Odontológicas Iniciais por Exposto		x	x
Procedimentos de Endodontia por Exposto		x	x
Procedimentos de Periodontia por Exposto		x	x
Exodontias por Expostos		x	x
Procedimentos Odontológicos Preventivos por Exposto		x	x
Taxa de Int. por Amputação de Membros Inferiores por Diabetes Mellitus		x	x
Taxa de Internação por Diabetes Mellitus		x	x
Taxa de Internação por Doenças Cardiovasculares		x	x
Taxa de Internação por Infarto Agudo do Miocárdio		x	x
Taxa de Internação por Neoplasia Maligna de Cólon e Reto		x	x
Taxa de Internação por Neoplasia Maligna de Colo do Útero		x	x
Taxa de Internação por Neoplasia Maligna de Mama Feminina		x	x
Taxa de Internação por Neoplasia Maligna de Próstata		x	x
Taxa de Mamografia		x	x
Taxa de Citologia Oncótica de Colo de Útero		x	x
Letalidade por Infarto Agudo do Miocárdio			x
Taxa de Mortalidade por Causas Mal Definidas			x
Taxa de Mortalidade por Diabetes Mellitus			x

TABELA 1 – INDICADORES DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE (CONTINUAÇÃO)

Indicadores	Fases		
	1	2	3
Taxa de Mortalidade por Doença do Aparelho Circulatório			x
Taxa de Mortalidade por Doenças Cerebrovasculares			x
Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio			x
Taxa de Mortalidade por Neoplasia Maligna de Colo de Útero			x
Taxa de Mortalidade por Neoplasia Maligna de Cólon e Reto			x
Taxa de Mortalidade por Neoplasia Maligna de Mama Feminina			x
Taxa de Mortalidade por Neoplasia Maligna de Próstata			x
Taxa de Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes			x
Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce			x
Subtotal	9	22	34

Notas: * Os indicadores de Taxa de Internações por Transtornos Maternos na Gravidez e Taxa de Internações por Complicações no Período do Puerpério serão substituídos a partir da 2ª. Fase pelos indicadores: Taxa de Internações por Transtornos Maternos Hemorrágicos durante a Gravidez, Parto e Puerpério; Taxa de Internações por Transtornos Maternos Hipertensivos no Período da Gravidez, Parto e Puerpério; Taxa de Internações por Transtornos Maternos Infecciosos durante o Puerpério; Taxa de Internações por Gravidez Terminada em Aborto. ** Indicadores foram substituídos pelos seguintes: Procedimentos de Endodontia por Expostos; Procedimentos por Exposto; Procedimentos Odontológicos Preventivos por Expostos. *** Indicador retirado do Programa de Qualificação.

ANEXO B
PESQUISA SOBRE PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE
E PREVENÇÃO DE DOENÇAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Prezado(a) Senhor(a) Administrador de Operadora de Saúde,

A pesquisa tem por objetivo conhecer as ações de promoção e prevenção adotadas pelas operadoras que obtiveram Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) máximo na 2ª fase da Qualificação da Saúde Suplementar realizada pela ANS. Tem cunho acadêmico-científico e está sendo realizado pela aluna do Programa de Pós-Graduação de Gestão em Saúde da Escola de Administração da UFRGS Fabianne Bacchin Onofrio,

As respostas deste questionário serão mantidas no **mais completo sigilo**, e jamais serão divulgadas informações isoladas sobre pessoas e operadoras. Toda publicação resultante deste levantamento tratará de interpretações agregadas dos vários respondentes.

Parte 1 (Dados de Identificação):

Identificação da Operadora e do entrevistado.

Parte 2 (Programas e ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças):

Informações dos Programas desenvolvidos, sua estrutura de funcionamento, população alvo e participante, resultados obtidos, vantagens e desvantagens, opinião de participantes e gestores, entre outras.

Instruções de preenchimento:

1. Grave este arquivo (questionário) em uma pasta de sua preferência.
2. Responda o questionário da forma mais precisa possível e fique atento aos enunciados das perguntas.
3. Grave-o novamente em seu hard-disk.
4. Anexe o questionário preenchido ao e-mail e envie para o endereço: fabianne@viars.com.br
5. Em caso de dúvidas nos colocamos a disposição para os esclarecimentos necessários pelos telefones 0XX.51. 3388.1069 ou 9998.6444. Disponibilizamos ligação a cobrar.

Favor retornar as respostas até 12 de Junho de 2007 – Último prazo.

Agradecemos pela participação!

PARTE 1: IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

1.1 Nome da Operadora:

1.2 Endereço da sede:

1.3 Nome do Respondente:

1.4 Cargo:

1.5 Telefone:

1.6 Quantitativo de beneficiários (base: dezembro de 2006)

Ativos: _____

Dependentes de ativos: _____

Aposentados/pensionistas: _____

Dependentes de aposentados/pensionistas: _____

Agregados: _____

1.7 Unidade da Federação de abrangência:

1.8 Tipo de organização:

() Caixa de Assistência

() Entidade Fechada de Previdência Complementar

() Fundação

() Associação

() Departamento de Benefício / RH

() Cooperativa de Usuários

() Sindicato

() Outro. Descrever: _____

1.9 A Operadora oferece plano: () Único () Segmentado

1.10 Os Planos apresentam fator moderador: () Sim () Não

1.11 Os Planos oferecidos pela Operadora apresentam diferenças de atendimento por idade ou categoria: () Sim () Não

1.12 A Operadora oferece serviços próprios: () Sim () Não

1.13 A Operadora possui sistema de referência: () Sim () Não

1.14 A Operadora possui algum tipo de financiamento de medicamento: () Sim () Não

1.15 Qual a pontuação que a Operadora recebeu da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS nos indicadores abaixo:

Pontuação	Indicadores
	Taxa de Prematuridade
	Proporção de Parto Cesáreo
	Taxa de Nartimortalidade
	Taxa de Internação por Complicações no Período de Puerpério
	Taxa de Internação por Transtornos Maternos na Gravidez
	Proporção de Internações por Transtornos Maternos Hemorrágicos durante a Gravidez, Parto e Puerpério
	Proporção de Internações por Transtornos Maternos Hipertensivos no Período da Gravidez, Parto e Puerpério
	Proporção de Internações por Transtornos Maternos Infecciosos durante o Puerpério
	Proporção de Internações por Gravidez Terminada em Aborto
	Taxa de Procedimentos Preventivos Odontológicos
	Índice de Procedimentos de Periodontia
	Taxa de Procedimentos de Endodônticos
	Índice de Procedimentos de Dentística
	Consulta Odontológicas Iniciais por Exposto
	Procedimentos de Endodontia por Exposto
	Procedimentos de Periodontia por Exposto
	Exodontias por Expostos
	Procedimentos Odontológicos Preventivos por Exposto
	Taxa de Int. por Amputação de Membros Inferiores por Diabetes Mellitus
	Taxa de Internação por Diabetes Mellitus
	Taxa de Internação por Doenças Cardiovasculares
	Taxa de Internação por Infarto Agudo do Miocárdio
	Taxa de Internação por Neoplasia Maligna de Cólon e Reto
	Taxa de Internação por Neoplasia Maligna de Colo do Útero
	Taxa de Internação por Neoplasia Maligna de Mama Feminina
	Taxa de Internação por Neoplasia Maligna de Próstata
	Taxa de Mamografia
	Taxa de Citologia Oncótica de Colo de Útero
	Letalidade por Infarto Agudo do Miocárdio
	Taxa de Mortalidade por Causas Mal Definidas
	Taxa de Mortalidade por Diabetes Mellitus
	Taxa de Mortalidade por Doença do Aparelho Circulatório
	Taxa de Mortalidade por Doenças Cerebrovasculares
	Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio
	Taxa de Mortalidade por Neoplasia Maligna de Colo de Útero
	Taxa de Mortalidade por Neoplasia Maligna de Cólon e Reto
	Taxa de Mortalidade por Neoplasia Maligna de Mama Feminina
	Taxa de Mortalidade por Neoplasia Maligna de Próstata
	Taxa de Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes
	Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce

1.16 Qual o modelo de atenção à saúde adotado pela Operadora:

Parte 2: PROGRAMAS E AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Solicitamos que indique todos os Programas desenvolvidos e responda as perguntas abaixo para cada um dos Programas.

2.1 Nome do Programa:

2.2 Data de início:

2.3 Linha de cuidado:

- Materno-Infantil
 - Saúde materna
 - Saúde infantil (relacionados às crianças de 0 a 5 anos de idade).
- Criança (relacionados às crianças de 6 a 09 anos de idade).
- Adolescente (jovens 10 a 19 anos de idade).
- Transtornos Cardiovasculares
 - Hipertensão arterial
 - Diabetes mellitus
- Neoplasias
 - Colo de útero
 - Mama feminina
 - Próstata
 - Cólon e reto
 - Pulmão
- Saúde Mental
 - Transtornos Mentais
 - Álcool e Outras Drogas
- Antitabagismo
- Saúde Bucal
- Outras (não incluídas nas linhas de cuidado acima)

2.4 População-alvo:

2.5 Forma de captação dos participantes do programa:

- Diagnóstico epidemiológico
- Frequência de utilização
- Exames periódicos de saúde
- Demanda espontânea
- Outros. Especifique _____

2.6 Número de Participantes:

2.7 Atividades Desenvolvidas e Periodicidade:

Atividades	Periodicidade			
	Semanal	Quinzenal	Mensal	Outros (especificar)
<input type="checkbox"/> Consultas				
<input type="checkbox"/> Palestras				
<input type="checkbox"/> Assistência farmacêutica para patologias crônicas				
<input type="checkbox"/> Grupos				
<input type="checkbox"/> Operativos				
<input type="checkbox"/> Terapêuticos				
<input type="checkbox"/> Auto-ajuda				
<input type="checkbox"/> Atividades físicas				
<input type="checkbox"/> Outros. Especifique				
<input type="checkbox"/> Atividades lúdicas				
<input type="checkbox"/> Outros. Especifique				

2.8 Estrutura da Área ou Equipe:

- Profissionais envolvidos(área de formação):
- Contratação de serviço terceirizado (em que áreas e que tipo de serviços):
- Parceiros (tipo e benefícios):

2.9 Metas propostas:

2.10 Resultados obtidos:

- Redução de consultas nas áreas (patologias) com programas de promoção da saúde e/ou prevenção
- Redução da dependência dos serviços de urgência e emergência
- Redução das internações hospitalares
- Redução dos custos de tratamento e dispensação de medicamentos (este último para a instituição que dispor de programa de assistência farmacêutica)
- Redução de absentismo no trabalho

- Estimativa de redução de custos na gestão da assistência à saúde decorrente dos resultados do(s) programa(s) de promoção da saúde e prevenção de doenças

- Outros indicadores avaliados

2.11 Opinião dos participantes do Programa:

2.12 Opinião dos gestores da Operadora sobre o Programa:

2.13 As atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças estão integradas às demais ações da Operadora?

RH/Gestão de Pessoas

Medicina Ocupacional

Outras áreas. Especifique: _____

2.14 A Operadora tem intenção de ampliar as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças

Sim. Especifique:

Não. Por quê?

2.15 Caso considere importante comentar algum outro aspecto a respeito dos Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças da sua Operadora que não tenha sido abordado neste questionário, por favor, fique a vontade para utilizar as linhas abaixo.

MUITO OBRIGADA POR SUA PARTICIPAÇÃO!

Fabianne Bacchin Onofrio