

**A PROMOÇÃO E A PREVENÇÃO NA SAÚDE
SUPLEMENTAR**

Ailton Nascimento Maia

Orientadora:

Prof^a. Doutora Teresa Calapez, Prof^a ISCTE Business School, Departamento de
Estatística

Co-orientadora:

Prof^a Thelma Rezende, Professora, Fundação Getúlio Vargas

Abril 2012

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha mulher Luiza e meus filhos Flavio, Leonardo, Bruno (*in memorian*) e Larissa pela paciência e apoio nas minhas ausências necessárias nas noites, finais de semana e imersão em Lisboa, que culminaram na conclusão desta dissertação.

Agradeço a Prof^a. Thelma Resende que dedicou parte de seu tempo e paciência a me ajudar na ampliação do conhecimento, correções e orientações que ajudaram a nortear este trabalho.

Agradeço a Prof^a. Teresa Calapez, pela forma sincera e direta na qual tecia seus comentários e opiniões. sempre com a presteza e o entendimento das necessidades de organização deste trabalho, fazendo com que a distância deixasse de ser um obstáculo à orientação.

Agradeço a Prof^a. Tania Furtado pelo incentivo, sem o qual, eu não estaria neste mestrado.

Agradeço ao Prof. Luis Martins pelo apoio, principalmente, durante nossa estada em Lisboa.

Agradeço aos meus colegas de mestrado pelos momentos magníficos de convivência que certamente ficarão registrados na minha memória eterna.

RESUMO

Este projeto foi desenvolvido visando mostrar o novo foco da estratégia financeira em relação à atividade fim das Operadoras de Saúde brasileiras (OPS) e a consequência deste novo foco no relacionamento com os prestadores de serviços (hospitais e clínicas) que trabalham no mercado de saúde suplementar. Por essência, o mercado de OPS deve ser remunerado pela qualidade do resultado da prestação de serviços aos seus beneficiários. No mercado brasileiro, ao invés de seguir esta regra, as OPS criaram e desenvolveram um ambiente hostil com os seus prestadores através de regras de controle de gastos nem sempre realistas. Esta situação de conflito entre as OPS e os prestadores encontra uma vítima inocente: os usuários do sistema, que deixam de receber a atenção e o desenvolvimento adequado dos processos necessários para o seu restabelecimento. A hipótese que levantamos é que através da implementação da prevenção e da promoção em saúde, práticas com boa relação custo-efetividade, a relação econômica dos atores envolvidos na prestação da assistência em saúde seria do tipo “ganha-ganha”. Ganham os beneficiários que serão o alvo de programas de educação em saúde envolvendo inclusive o estímulo para o auto-cuidado, bem como a cadeia de produção de serviços, que envolve o diagnóstico, tratamento e recuperação da saúde, que deixam de ter gastos na atenção secundária e terciária principalmente em procedimentos de alta complexidade evitáveis, podendo dar ênfase a gastos na promoção e prevenção da saúde.

Palavras Chaves: Regime de regulação, Seguro saúde, Sistema de saúde, Qualidade de vida, Promoção à saúde

ABSTRACT

This work intends to demonstrate the new focus of the Brazilian Operators of Health (OPS) financial strategy from its core business and the consequence of this new focus in the relationship with hospitals and clinics that work at the market of supplemental health. In essence the market of OPS should be remunerated for the quality of services provided to their beneficiaries. In the Brazilian market instead of following this rule, OPS created and developed a hostile environment, imposing unrealistic rules of cost control. This conflict situation between OPS and service providers generates an innocent victim: the users of the system which cease to receive the attention and proper development of the processes necessary for their recovery. Our hypothesis states that through the implementation of prevention and health promotion strategies – practices with good cost-effectiveness – the economic relationship between the actors involved will be of the win-win type. Win the beneficiaries that will have access to health education programs - including the stimulus for self-care; wins the supply chain services - diagnosis, treatment and health recovery - by diminishing its spending on secondary and tertiary care services (especially in avoidable and highly complex procedures), and may thus focus on health promotion and disease prevention programs.

Key-words: Regulatory regime, Health insurance industry, National health system, Health quality, Health promotion

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Folheto explicativo da Programação Coração Saudável.....	46
Figura 2 – Folheto explicativo da Programação Coração Saudável.....	47
Figura 3 – Folheto explicativo da Programação de Alimentação Saudável.....	48
Figura 4 – Folheto explicativo da Programação de Alimentação Saudável.....	48

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Níveis de aplicação da medicina preventiva (prevenção primária).....	23
Quadro 2 - Níveis de aplicação da medicina preventiva (prevenção secundária)..	23
Quadro 3 - Níveis de aplicação da medicina preventiva (prevenção terciária.....	24
Quadro 4 - Fases e passos para a implementação de normas clínicas (Etapa 1)....	28
Quadro 5 - Fases e passos para a implementação de normas clínicas (Etapa 2)....	28
Quadro 6 – Passos do processo avaliativo das operadoras de saúde (fase 1).....	29
Quadro 7 – Passos do processo avaliativo das operadoras de saúde (fase 2).....	30
Quadro 8 – Roteiro de ações dos programas.....	30
Quadro 9 – Roteiro de ações dos programas.....	31

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Operadoras em atividade segundo a modalidade (2009).....	14
Gráfico 2 – Total das receitas de operadoras de plano de saúde por modalidade.....	15
Gráfico 3 – Total das despesas de operadoras de plano de saúde por modalidade...	15
Gráfico 4 – Despesas das operadoras de saúde, por tipo, segundo a modalidade.....	16
Gráfico 5 – Indicadores de Desempenho.....	37
Gráfico 6 – Taxa de controle de pressão arterial.....	38
Gráfico 7 – Otimização de pressão arterial em hipertensos diabéticos.....	39
Gráfico 8 – Proporção de pacientes com Hb glicosilada normalizada.....	39
Gráfico 9 – Proporção de pacientes com PAS controlada.....	40

INDICE

1. INTRODUÇÃO.....	08
1.1. O Problema.....	08
1.2. Objetivo.....	10
1.3. Justificativa.....	11
2. REVISÃO DE LITERATURA	12
2.1 Histórico e descrição das Operadoras de Planos de Saúde (OPS) no cenário brasileiro.....	12
2.2 Promoção à saúde e prevenção de doenças.....	22
2.2.1 Antecedentes Históricos de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças.....	22
2.2.2 O regime regulatório e o incentivo a projetos em promoção da saúde e prevenção de doenças	25
2.2.3 Importância da avaliação dos programas de promoção e prevenção	29
3.MATERIAL E MÉTODOS.....	33
4. ESTUDO DE CASO: AMIL E UNIMED.....	35
4.1 AMIL	35
4.1.1 Programa Total Care	35
4.1.2 Programa AMIL de qualidade de vida.....	40
4.1.3 GPAR – Gestão de Pacientes de Alto Risco.....	42
4.2 UNIMED	45
4.2.1 Programa Geração Saudável	45
4.2.2 Programa Coração Saudável.....	45
4.2.3 Programa Alimentação Saudável	47
4.2.4 Programa de Gerenciamento de Crônicos.....	49
4.4 Análise do questionário.....	49
CONCLUSÃO.....	55
BIBLIOGRAFIA.....	57
ANEXO – QUESTIONÁRIOS	61

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas vem-se observando um importante aumento da competitividade e da concorrência nos mercados mundiais e, neste contexto, as empresas de saúde submetem-se a um grande esforço de sobrevivência. O modelo de gestão destas empresas neste cenário de competição tem exigido dos gestores uma grande capacidade de planejamento, objetivando melhorar a eficiência para enfrentar um mercado desafiador.

1.1 O Problema

O setor privado de saúde no Brasil tem um grande desafio pela frente que é continuar viabilizando um sistema onde os custos são ilimitados e crescentes. Diversos fatores contribuem para a elevação progressiva dos custos assistenciais entre eles: a incorporação de novas tecnologias, sem substituição daquelas já reconhecidas como resolutivas para alguns casos; o envelhecimento populacional; a migração de populações rurais para os grandes centros urbanos; a transição epidemiológica e a transição demográfica, esta última um capítulo á parte na história do Brasil. É inegável o impacto da judicialização na saúde, especialmente no Brasil, onde a Constituição Brasileira garante o direito amplo e irrestrito à saúde. Na prática, isto significa que o cidadão brasileiro pode exigir qualquer tipo de tratamento, ou mesmo de material e insumos como órteses e próteses, sem que tenhamos equacionado a questão do financiamento do setor.

A Agência Nacional de Saúde (ANS), criada em 2002, nasceu com a missão de regulamentar o mercado de operadoras de planos de saúde e de seguradoras, garantindo não apenas a prestação de serviços conforme contratos estabelecidos, mas também a estabilidade do mercado, mediante garantias financeiras das operadoras.

Em 1986, conforme (ANS-2007), a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada no Canadá, originou a Carta de Ottawa, documento que consagrou a “promoção de saúde como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação

no desenvolvimento de um estado completo de bem-estar físico, mental e social. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção de saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, ou seja, na direção de um bem-estar global” (CARTA DE OTTAWA, 1986, anexo II). Vale ressaltar que a tripla carga de doenças crônicas, degenerativas e agudas e agravos gerados por causas externas (acidentes de transportes), devem influenciar as ações de promoção e prevenção da saúde.

Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2007), existe uma demanda espontânea, para um Modelo de Atenção Integral a Saúde, onde as ações de promoção à saúde e prevenção de riscos a doenças sejam constantes.

Cabe salientar que as medidas voltadas para a promoção da saúde tendo como parâmetro a prevenção de doenças, não se limitam a apenas uma doença específica, mas busca maximizar a qualidade de vida das pessoas (BUSS, 2003).

Uma dessas possibilidades é o oferecimento às Operadoras de saúde, de um programa que, por sua vez, seria incluído em sua cesta de opções comerciais como ação de promoção e prevenção de saúde. Uma segunda opção seria explorar um espaço próprio para oferecimento desse produto diretamente ao seguimento alvo.

Surge aqui uma janela de oportunidade, tendo em vista o crescimento exponencial da população idosa no Brasil, e a proporção de pessoas, já a partir de 50 anos, com declaração de doenças crônicas (PNAD, 2003), o avanço tecnológico na área de Saúde e o conseqüente impacto nos Planos de Saúde. Estudos apontam para um forte crescimento da população mundial de idosos, com previsão de 1.9 bilhões de pessoas até 2050. No Brasil estima-se uma população, no mesmo período, em torno de 247 milhões de pessoas com, aproximadamente, 53 milhões de idosos (23 %).

Cria-se também uma oportunidade concreta de negócio na área de Promoção e Prevenção da Saúde com a finalidade de contribuir para a melhoria da qualidade de vida e, conseqüentemente, com a redução dos custos das carteiras das Operadoras de Saúde.

Segundo a ANS, o grande desafio está voltado ao atendimento as pessoas idosas, uma vez que a grande contribuição se dará através da melhoria na qualidade de vida das mesmas.

Essa possibilidade aumenta, na medida em que, as pessoas ao considerarem o contexto familiar e social, conseguem verificarem as potencialidades e o valor das pessoas. As DCNT's podem afetar a funcionalidade das pessoas e onerar em muito os gastos das operadoras de saúde, ressaltando a necessidade de uma política prática de Promoção e Prevenção da Saúde, com a finalidade de fazer a Gestão de Riscos da carteira de clientes e possibilitar ações efetivas para reduzir os custos e complementar o Gerenciamento de doenças e Gerenciamento de caso. Os Centros de Convivência vêm preencher esta lacuna de auxiliar na Promoção e Prevenção da Saúde, com foco nas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT's), que na maioria das vezes têm ligação direta com os altos custos da carteira. O nosso campo de atuação será avaliar pelo menos duas Operadoras de Saúde que investiram em promoção e prevenção da saúde e o quanto esta atitude impactou no resultado financeiro no índice de sinistralidade dessas carteiras.

A regulamentação deste setor de OPS surgiu através da lei 9656/98 que passou a exigir e fiscalizar das OPS que cumpram com uma série de exigências, sendo a principal a responsabilidade pela saúde integral dos beneficiários que não estejam em carência basicamente retirando a responsabilidade do Estado e transferindo para a iniciativa privada a co-participação no financiamento a atenção a saúde da população.

1.2 Objetivo

O objetivo geral deste estudo é apresentar o Programa de Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças de duas operadoras de saúde, nesse caso em específico, a Amil e Unimed.

Como objetivos específicos, pretende-se verificar a percepção de gestores das duas empresas supramencionadas com relação à eficácia desse programa.

1.3 Justificativa

Esta pesquisa justifica-se na medida em que os custos assistenciais têm crescido de forma exponencial e é interessante observar que o aumento dos custos, na prática, nem sempre, vem acompanhado de melhoria na qualidade da assistência à saúde.

O planejamento da assistência à saúde é uma necessidade imperiosa para o Sistema de Saúde Suplementar. A adoção de programas de promoção e prevenção da saúde, de gerenciamento de doenças e de casos deve ser tratada como uma questão estratégica pelas operadoras de planos de saúde (OPS) no gerenciamento de suas carteiras.

Para promover a saúde dentro deste novo paradigma, faz-se necessário conhecer, as variáveis que influenciam na qualidade de vida, e ir além, descobrir como promover algumas delas, com a finalidade de contribuir para a melhoria da qualidade de vida e conseqüentemente, o aumento da saúde da população, com redução dos gastos evitáveis, passa a ser resultado da aplicação de uma efetiva política de prevenção, com peso no reconhecimento e valorização de um novo conceito de saúde, mais abrangente, que contempla: o bem estar físico, mental e social do indivíduo.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Histórico e descrição das Operadoras de Planos de Saúde (OPS) no cenário brasileiro

Os primeiros planos de saúde no Brasil, mais expressivos no que diz respeito ao número de clientes, surgiram na década de 1960 e foram organizados pelas empresas estatais ou comercializados no ABC paulista e vinham ao encontro das necessidades de prover uma atenção diferenciada para burocracia de instituições governamentais consideradas estratégicas e para a mão de obra especializada do setor privado. Inicialmente, a previdência social financiava planos privados de saúde, mediante o pagamento per capita dos trabalhadores e seus dependentes para empresas empregadoras que escolhessem pelo atendimento aos seus colaboradores por organizações cuja especialização era comercializar planos privados de saúde.

Surgiram nesta época os primeiros modelos de dimensionamentos de rede, que consiste em desenhar uma rede de atendimento de atenção privada da saúde por uma empresa especializada capaz de reter recursos e utilizá-los para o pagamento da utilização da rede. No final dos anos 70 os convênios tipo empresa-empresa deixavam de ser intermediados pela previdência social, passando a ser celebrados diretamente entre as empresas empregadoras e as empresas de planos privados de saúde (ANDRADE e LISBOA, 2000).

No final da década de 1980, as demandas dos planos e seguros de saúde ampliaram-se substancialmente, e nos dias atuais recortam a população situada nos maiores patamares de renda, ao abrangerem o contingente populacional composto, fundamentalmente, pelos inseridos no mercado formal de trabalho do setor privado e público e os autônomos com rendimentos mais elevados. Essas mudanças na composição das demandas foram precedidas por transformações nos conteúdos assistenciais e processos de comercialização dos planos e seguros de saúde. Algumas empresas de planos de saúde romperam com as relações convencionais, voltada à territorialidades entre empresas empregadoras, passando a comercializar planos individuais e coletivos com padrões de cobertura diversificados.

Mesmo as camadas médias, já cobertas por planos privados de saúde de suas empresas empregadoras, demandaram ampliação de coberturas, sobretudo àqueles clientes exigentes da oferta de serviços especializados. Em decorrência do aumento dos preços e crescente uso de tecnologia na assistência à saúde, a utilização de serviços remunerados diretamente pelos clientes aos prestadores de serviços e o uso complementar de serviços de saúde públicos se modificaram. Para esses segmentos a utilização de serviços de saúde se tornou quase que exclusivamente dependente da intermediação dos planos de saúde.

Diante disso, houve um acréscimo na cobertura oferecida pelos planos de saúde. Entretanto, as redes credenciadas optaram por eliminar o reembolso de suas modalidades, o que restringiu o número de clientes reembolsados pelos planos de saúde.

No que diz respeito à oferta, ou seja, com as alterações e a preservação na configuração das empresas que atuam no mercado de planos e seguros de saúde, as principais mudanças a serem assinaladas são: a entrada, no final dos anos 80, no mercado de planos e seguros de saúde, de grandes seguradoras e o ingresso de várias de suas empresas em atividades empresariais diversificadas e integradas ao setor financeiro.

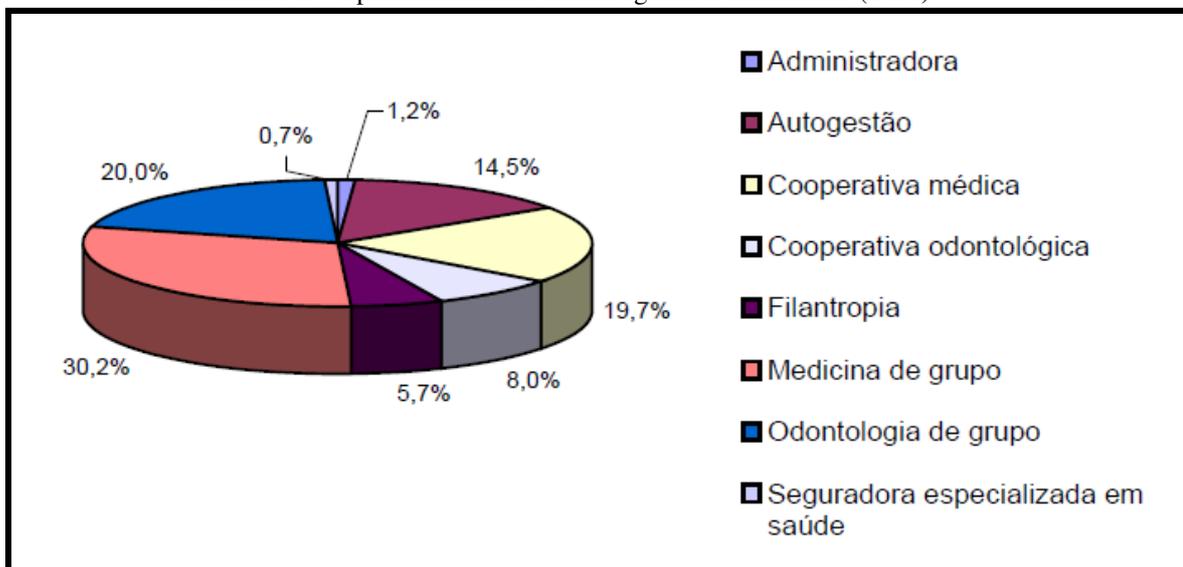
Os primeiros grupos médicos que ofertaram uma assistência médico-hospitalar pré-paga a trabalhadores eram formados por especialistas em medicina do trabalho, donos de pequenas clínicas e hospitais, que divisaram oportunidades na constituição de empresas especializadas na comercialização da garantia de coberturas para os empregados de indústria em processo de consolidação e crescimento. A partir destas bases, fundamentalmente a disposição de grupos médicos empreenderem a comercialização de planos privados de saúde e as perspectivas de contarem com o apoio governamental constituíram-se, nos anos 60, duas alternativas empresariais comerciais: as medicinas de grupo e as cooperativas médicas.

De acordo com Teixeira (2010), em 2009 cerca de 27% da população brasileira estava vinculada a uma das operadoras de planos de saúde atuantes no setor. Cabe salientar que desse percentual, quase 78,6% encontram-se nas regiões Sul e Sudeste.

As operadoras se dividem em diversos tipos como: administradora, autogestão, cooperativa médica, cooperativa odontológica, filantropia, medicina em grupo,

odontologia de grupo e seguradora especializada em saúde, como pode ser visto no gráfico 1.

Gráfico 1 – Operadoras em atividade segundo a modalidade (2009)

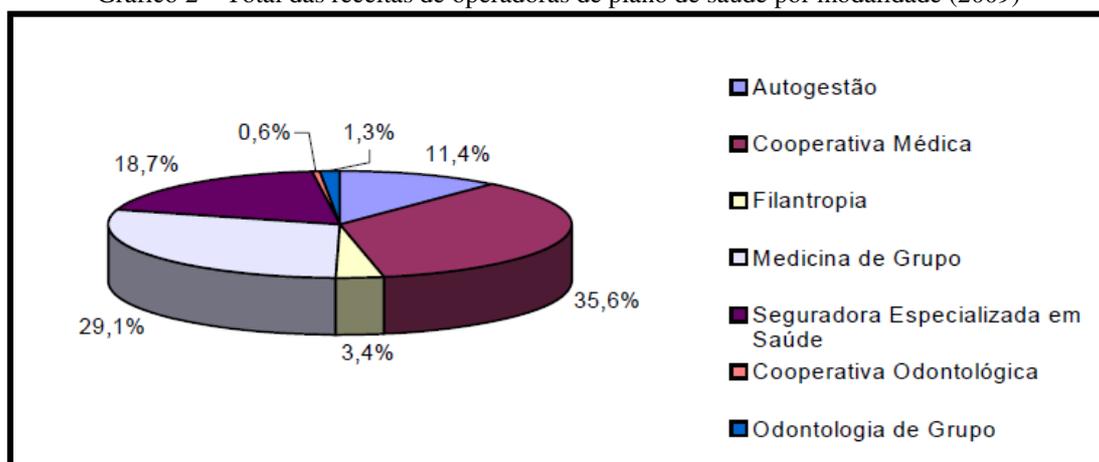


Fonte: Teixeira, 2010

Teixeira (2010) salienta que mesmo levando em consideração esses números, o mercado de saúde suplementar no Brasil é ainda pouco competitivo. Isso ocorre porque muitas empresas utilizam práticas como a unimilitância – que consiste na exigência de exclusividade de prestação de serviços médicos e de manutenção de clientes fiéis, como ocorre no segmento de operadoras do tipo autogestão e isso é feito com o intuito de reforçar seu poder de mercado.

No que diz respeito às receitas das operadoras, em 2009 estas computaram R\$ 59,1 bilhões – 35,6% foram obtidas pelas cooperativas médicas – cuja forma mais representativa são as UNIMEDs, seguidas, conforme pode ser visualizado no Gráfico 2, pelas empresas de medicina de grupo (29,1%).

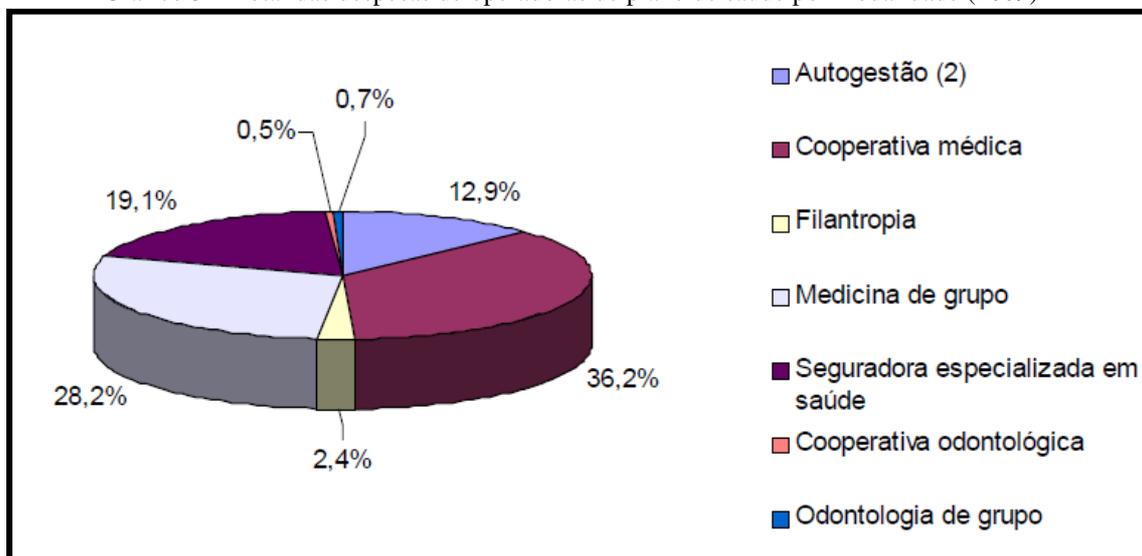
Gráfico 2 – Total das receitas de operadoras de plano de saúde por modalidade (2009)



Fonte: Teixeira, 2010

No que diz respeito às despesas das operadoras, estas contabilizaram em 2009, a cifra de 47,2 bilhões de reais, sendo 46,6 bilhões de reais realizadas por operadoras médico-hospitalares e 566 milhões de reais por operadoras exclusivamente odontológicas. A divisão dessas despesas pode ser visualizada no gráfico 3.

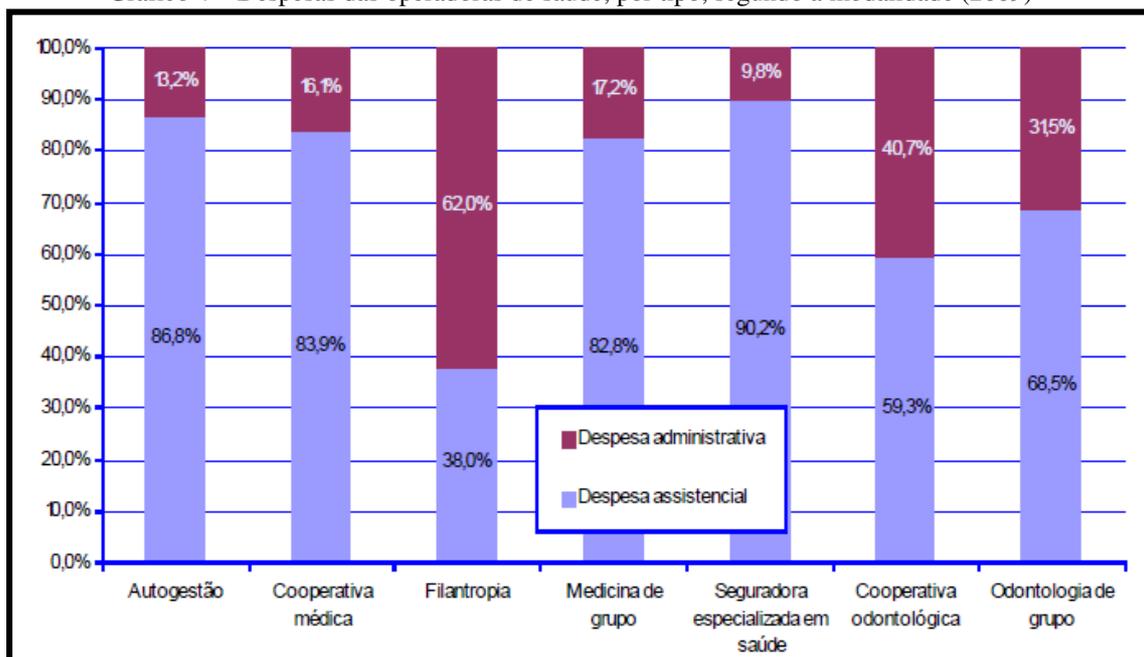
Gráfico 3 – Total das despesas de operadoras de plano de saúde por modalidade (2009)



Fonte: Teixeira, 2010

Ao analisar o tipo de despesa, verifica-se que a maior parte delas é com a parte assistencial e não a parte administrativa. Isso pode ser verificado no gráfico 4.

Gráfico 4 – Despesas das operadoras de saúde, por tipo, segundo a modalidade (2009)



Fonte: Teixeira, 2010

Esses dados deixam claro que os Programas de promoção à saúde e prevenção de doenças é de suma importância para diminuir essas despesas no âmbito assistencial.

O mercado de planos privados de assistência à saúde no Brasil foi desenvolvido até o fim dos anos 90 sem uma regulação eficaz. Com a regulação ampliou a clientela e propiciou a abertura de novas empresas no ramo de assistência médica.

As empresas de planos de saúde fazem parte de um conglomerado com diversas modalidades organizacionais (cooperativas tanto médicas como odontológicas, empresas de medicina em grupo e de auto-gestão) (ANS, 2007).

Esse cenário foi modificado de forma significativa em 2000 após o advento da Lei 9.656/98 e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Isso ocorreu devido à delimitação de novas regras que protegem os consumidores, além de restringir a entrada, permanência e saída das operadoras de saúde no mercado. No que tange à regulação, foram observados problemas no que diz respeito ao escopo e o nível da cobertura e isso foi detectado em praticamente todos os planos privados. (WORLD BANK, 1995).

Na inexistência de um marco regulatório eficaz no Brasil, os planos de saúde operaram através de mecanismos considerados insuficientes no que tange o nível de informação ao consumidor; portanto, como uma com forte orientação *risk-avoidance* em vários itens relevantes de contrato.

Tal estratégia acabou afetando os beneficiários de planos individuais que tenham enfermidades cujo tratamento é longo ou que requeiram um custo maior, como por exemplo as doenças mentais, que nunca foram cobertas pelos planos de saúde e eram tratadas apenas pelo Sistema Único de Saúde.

Tal fato incentivou a criação de uma agenda com vistas a discutir as relações público e privado no Brasil no que diz respeito ao setor saúde, propiciando uma regulação ampliando, dessa forma, o direito do consumidor com relação aos contratos de planos de saúde.

A Agência Nacional de Saúde tem interferido visando garantir que os novos contratos de planos de saúde estejam contemplados com as devidas condições de cobertura, extinguindo os limites antes impostos com relação a internação, proibindo ainda o aumento excessivo para clientes cuja faixa etária esteja acima de 60 anos de idade.

Entretanto, ainda existem falhas no que diz respeito às características esperadas para as funções regulatórias, uma vez que a proposta não é clara no âmbito da estrutura de mercado (WILSON, 1995; MAJONE, 1996, SOUZA, 2003).

Cabe mencionar que o regime exercido pelo Executivo Federal é ainda muito abrangente e isso acaba afetando muito as modalidades de atividade no mercado de planos de assistência à saúde (SOUZA, 2003).

O regime regulatório sob o comando da Agência Nacional da Saúde tem estabelecido normas, padrões e sanções a empresas de planos de saúde que podem ser responsabilizados tanto pela qualidade dos serviços como pela sua eficácia em termos de administração financeira.

De acordo com Costa et al (2001) a matriz de implementação da Agência Nacional de Saúde é embasada nas experiências dos serviços de utilidade pública,

variando a interface com organismos societários e o grau de mediação dos grupos de interesse.

De acordo com Souza (2003), a Agência Nacional de Saúde possui como competências normativas:

- Estabelecimento de critérios que visam não somente a concessão, mas a manutenção e o possível cancelamento da autorização de funcionamento dos planos de saúde e também de registro de produtos afins;
- Definir meios de monitorar e controlar o acesso, a manutenção e a qualidade dos serviços prestados pelas empresas credenciadas;
- Fazer avaliação contínua da técnico-operacional das operadoras de saúde;
- Delimitar os procedimentos prioritários relacionados à cobertura assistencial, inclusive com relação à cobertura parcial temporária;
- Verificar de forma contínua os preços aplicados pelos prestadores de serviços
- Autorizar quando necessário os reajustes das tarifas aplicadas pelas operadoras de saúde, mas seguindo os critérios do Ministério da Saúde;
- Verificar meios de ressarcimento ao SUS;
- Garantir que haja a garantia da manutenção econômico-financeiro das operadoras de saúde;
- Aceitar ou não os processos de fusão ou transferência do controle societário das empresas, levando em consideração os órgãos que defendem a livre concorrência;
- Estabelecimento de critérios voltados ao exercício de cargos diretivos das empresas;

- Determinar a liquidação extrajudicial da operadora se necessário, requerendo até sua falência;
- Estabelecer a alienação da carteira;
- Solicitar informações das empresas administradoras de planos de saúde, como também às empresas credenciadas a elas;

Após o advento da Lei no 9.656/98, as operadoras de planos de saúde têm por obrigação cobrir nos novos contratos, tratamentos mais complexos como o de câncer, doenças congênitas, transtornos psiquiátricos, AIDS, além de transplantes de rim. Além disso, não podem se negar a atender portadores de doenças pré-existentes.

Tais regras somente valem para os contratos de pessoa física (individuais e familiares). Já os contratos de pessoa jurídica (coletivos e empresariais) são realizados através de negociação direta dos contratantes com as empresas.

Cabe salientar que no que diz respeito ao baixo impacto do poder regulador e da ausência da Agência Nacional de Saúde com relação aos contratos coletivos, é necessário que seja realizada uma clara avaliação dos efeitos ocorridos devido a inserção de um novo regime regulatório sobre as operadoras de planos de saúde.

De acordo com Majone (1996), as pesquisas realizadas sobre as relações entre regime regulatório em mercados setoriais demonstram que é necessária muita cautela no que diz respeito à adaptação dos planos de saúde

É importante mencionar que o regime de regulação instituído pela Agência Nacional de Saúde:

- Altera as barreiras à permanência, entrada e saída do mercado dos planos de saúde;
- limita a manutenção de empresas não tão eficazes, pois a concorrência aumenta a demanda pela qualidade e diferenciação do serviço prestado;

- maximiza os custos de transação devido o aumento nas despesas operacionais e isso acaba dificultando a manutenção da posição da empresa no mercado de saúde.

De acordo com Araújo (2003), a questão das barreiras encontradas para entrar, permanecer e sair do mercado de saúde por parte das empresas é muito importante para entender realmente o efeito trazido pelo novo regime regulatório sobre a estrutura do mercado, seguindo a regulação da ANS no setor de planos de saúde.

Com isso é inevitável as conseqüências advindas na estrutura do mercado de saúde, uma vez que vai ocorrer a saída de organizações menos eficazes ou de menor escala.

Cabe aqui fazer trazer à tona a importância da gestão voltada ao cliente, pois havendo uma concorrência entre os planos de saúde, acabará ganhando quem se preocupar em atender as necessidades dos seus clientes.

Nesse sentido, a utilização do marketing de relacionamento é extremamente importante para reter os clientes e fidelizá-los.

A importância de abordar relacionamento com clientes dentro do contexto empresarial se dá pelo motivo de muitas empresas se preocuparem em fazer marketing para aumentar sua carteira de clientes novos, sem preocupações em reter os que já possuem, perdendo a oportunidade de desenvolver e observar o potencial de compra de cada cliente e expandir seus negócios com clientes atuais.

Gordon (2002) afirma ainda que o marketing de relacionamento é um importante aliado para as organizações redimensionarem ações no sentido de atender os desejos de seus consumidores e enquadrarem o componente emocional no relacionamento, pois na mente dos clientes um relacionamento estabelecido entre ambos, a empresa passa a ser um diferencial e a confiança será duradoura quando a relação empresa – clientes estiverem mais envolvidas nas diversas formas de comunicação.

Diante disso, as empresas passaram a dar uma maior importância ao cliente, uma vez que este está cada vez mais exigente e buscando produtos ou serviços que atendam às suas necessidades.

Com o acirramento da concorrência o cliente adquiriu maior poder de negociação. **Com isso**, as organizações buscam cada vez mais recursos para satisfazer as necessidades dos clientes e formas de investir na sua conquista. O grau de relacionamento da empresa com seus clientes é a razão do sucesso das empresas, independente do ramo de negócio que esteja atuando. **Com isso** é necessário ter qualidade em todas as ações que propicia atingir ou até ultrapassar a expectativa do cliente (SCHMITT, 2004)

Atualmente, é necessário que as empresas voltem o seu foco para estratégia de colaboração, visto que o cliente bem informado busca o seu valor, através de bom atendimento, produtos oferecidos e serviços de qualidade, sistemas e processos. E para que a parceria seja mútua é necessário investimento em treinamento dos funcionários para que eles percebam continuamente os sinais dados pelos clientes e se sintam seguros durante todo o processo de relacionamento.

Os consumidores têm se tornado cada vez mais exigente e o aumento na concorrência facilitou esse processo, uma vez que os consumidores têm como comparar entre os concorrentes o que mais satisfaz às suas necessidades. Diante disso, conhecer o perfil do cliente é imprescindível para conquistar esse consumidor (Almeida, 2007).

Diante disso, fica claro que analisar o perfil do cliente possibilita uma maior fidelização por parte dele e é nesse aspecto que o cliente é tratado de forma unitária. Esse tipo de marketing é denominado de marketing *one-to-one*, ou seja, os desejos e necessidades do cliente são analisados individualmente. Entretanto, nada adianta se a empresa não priorizar a qualidade no atendimento. Dessa forma, o próximo item ilustrará melhor esse aspecto tão importante dentro de uma organização.

Atualmente, devido ao aumento na concorrência, as empresas buscam conquistar os consumidores. Para tanto, elaboram estratégias visando essa conquista, mas, muitas vezes, se esquecem do principal que é a qualidade de um modo geral, nesse caso mais especificamente, a qualidade no atendimento. O atendimento é o momento crucial para a conquista do consumidor, ou seja, é o cartão de visitas da empresa.

2.2 Promoção à saúde e prevenção de doenças

2.2.1 Antecedentes Históricos de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças

Segundo Czeresnia (1997), o binômio “saúde e qualidade de vida” faz parte da visão da medicina moderna. Entre o final do século XVIII e a primeira metade do século XIX, ocorreu a incidência de muitas epidemias devido o processo de urbanização e industrialização na Europa.

De acordo com Nunes (1998), as doenças passaram então a ser entendidas como a relação entre agente etiológico, alterações fisiopatológicas e um conjunto de sintomas.

De acordo com Arouca (1975), foi entre 1920 e 1950 que surgiu o movimento da medicina preventiva tanto na Inglaterra, Estados Unidos quanto no Canadá, só que dentro de uma visão crítica à medicina curativa.

Para Torres (2002), tal movimento buscou uma proposição de mudanças na prática médica por meio de uma reforma no ensino médico. Tal visão tinha como critério formar médicos com uma atitude renovada no que tange às relações entre os profissionais e os devidos órgãos de atenção à saúde. Esse movimento trouxe também à tona a responsabilidade dos médicos com a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Além disso, introduziu a epidemiologia dos fatores de risco, privilegiando a estatística como critério científico de causalidade.

De acordo com Czeresnia (2003), as ações preventivas podem ser definidas como intervenções voltadas a eliminação do surgimento de doenças específicas, minimizando, dessa forma, sua incidência e prevalência na sociedade. Já para Buss (2003) a prevenção tem como premissa detectar, controlar e enfraquecer os fatores de risco de doenças.

Leavell & Clarck (1976) deliberaram o nível de aplicação da medicina preventiva, levando em consideração a prevenção primária, a secundária e a terciária. O quadro 1 apresentará os níveis de prevenção primária, o quadro 2 o de prevenção secundária e o 3 o de prevenção terciária.

Quadro 1 - Níveis de aplicação da medicina preventiva (prevenção primária)

Promoção da saúde	Proteção específica
Educação sanitária	Uso de imunizações específicas
Bom padrão de nutrição, ajustado às várias fases do desenvolvimento da vida	Atenção à higiene pessoal
Atenção ao desenvolvimento da personalidade	Hábito de saneamento do ambiente
Moradia adequada, recreação e condições agradáveis de trabalho	Proteção contra riscos ocupacionais
Aconselhamento matrimonial e educação sexual	Proteção contra acidentes
Exames seletivos periódicos	Uso de alimentos específicos
	Proteção contra substâncias carcinogênicas
	Evitação contra alérgenos

Fonte: Leavell & Clarck, 1976

Quadro 2 - Níveis de aplicação da medicina preventiva (prevenção secundária)

Diagnóstico e tratamento precoce	Limitação da invalidez
Medidas individuais e coletivas para descoberta de casos	Tratamento adequado para interromper o processo mórbido e evitar futuras complicações e sequelas
Pesquisas de triagem e exames seletivos	Previsão de meios para limitar a invalidez e evitar a morte
Curar e evitar o processo da doença	
Evitar a propagação de doenças contagiosas	
Evitar complicações e sequelas	
Encurtar o período de invalidez	

Fonte: Leavell & Clarck, 1976

Quadro 3 - Níveis de aplicação da medicina preventiva (prevenção terciária)

Reabilitação
Prestação de serviços hospitalares e comunitários para reeducação e treinamento, a fim de possibilitar a utilização máxima das capacidades restantes
Educação do público e indústria, no sentido de que empregam o reabilitado
Emprego tão completo quanto possível
Colocação seletiva
Terapia ocupacional em hospitais
Utilização de asilos

Fonte: Leavell & Clarck, 1976

Para Buss (2003) essas propostas de promoção da saúde deixam claro a importância de ações educativas voltadas para os indivíduos e suas famílias. É através dessas ações educativas que as pessoas vão agir visando minimizar a incidência de doenças e aumentando assim a qualidade de vida das mesmas.

Para Cerqueira (1997), a promoção de saúde é compreendida por duas dimensões: a conceitual e a metodológica. A conceitual diz respeito principalmente aos princípios e conceitos que norteiam a promoção de saúde. Já a dimensão metodológica diz respeito às ações e estratégias utilizadas para a obtenção dos resultados práticos.

Segundo Labonte (1996), Cerqueira (1997) e Mello et al. (1998), a dimensão metodológica é a mais difícil, uma vez que é um grande desafio traduzir os princípios na prática de forma coerente.

Para Pereira et al (2000), a promoção de saúde reporta a uma concepção que não limite a saúde à ausência de doença, mas que tenha capacidade de atuar sobre seus determinantes.

Levando em consideração as condições de vida da população, tal conceito vai além da simples prestação de serviços clínico-assistenciais, trazendo à tona a necessidade de ações intersetoriais que englobam vários itens como educação, o saneamento básico, a habitação, a renda, o trabalho, a alimentação, dentre outros.

Para Lalonde (1996) existe uma limitação das ações centradas na assistência médica, tornando-as insuficientes para atuar sobre os grupos de determinantes originais da saúde identificados por ele. Diante disso, o autor propôs uma ampliação no campo de atuação da Saúde Pública, tornando prioritárias as medidas preventivas e os programas educativos que possibilitassem mudanças de comportamento da população. Através dessas mudanças seriam ampliadas a promoção à saúde e a prevenção de doenças.

Cerqueira (1997) acredita que o enfoque dado por Lalonde (1996) é limitado, pois a sociedade não pode ser responsabilizada individualmente e encarada como culpada pela incidência das doenças na população.

É necessário um conjunto de ações, tanto da população como do Estado em busca da prevenção das doenças e as campanhas educacionais ajudam muito a minimizar a incidência de certos tipos de doenças, causadas por hábitos de vida não saudáveis.

2.2.2 O regime regulatório e o incentivo a projetos em promoção da saúde e prevenção de doenças

A Agência Nacional de Saúde, tem por finalidade institucional de acordo com o Art. 3º da lei nº 9.961, defender o interesse público no que diz respeito à assistência suplementar à saúde, regulando as relações entre as operadoras de saúde e seus consumidores.

Segundo Costa et al (2001), o grande desafio está em melhorar as condições de saúde e da qualidade de vida dos segurados e, conseqüentemente, na minimização dos gastos com assistência médica de alto custo. Para que esses objetivos sejam alcançados, necessário se faz planejar ações estratégicas cooperativas com os agentes privados do setor saúde, propiciando, dessa forma, a harmonização das metas de regulação com orientações de eficiência.

Existem alguns movimentos que tem como objetivo encontrar estratégias que criem alternativas para a existência de um modelo médico-assistencial com custos crescentes e efetividade limitada.

O nível das estratégias utilizadas com vistas à promoção da saúde e de prevenção de doenças necessitam ser revistos levando em consideração as diferenças que constituem modalidades de contratos coletivos e individuais.

De acordo com Gama (2003), os contratos coletivos são reajustados livremente negociados entre as partes envolvidas, diferentemente dos planos individuais que precisam de autorização prévia da Agência Nacional de Saúde.

Já o contrato individual tem como base a relação entre indivíduos e seguradoras. A Agência Nacional de Saúde possui um papel regulatório direcionado de forma mais estreita aos planos individuais e familiares, pois estes não possuem mediação de nenhuma organização, nem associação (GAMA, 2003).

De acordo com Teixeira et al (2002), as organizações de grande porte, podem oferecer maior número de benefícios do que as empresas de pequeno porte e também tem condições de implantar programas de promoção de saúde para seus conveniados.

As empresas de um modo geral, principalmente as de grande porte, tentam estimular seus funcionários através de programas de promoção da saúde por meio de mudança de hábitos alimentares e inclusão em atividades físicas. Isso tem feito com que as empresas diminuam seus gastos com intervenções médicas de seus funcionários, além de automaticamente, aumentar o nível de produtividade na empresa (MILIO, 1996).

Um aspecto crítico destes programas é que sua adoção é uma decisão dos gestores de alto nível das empresas e os objetivos são voltados a contratação e manutenção de funcionários com uma visão mais estratégica, maximizando, dessa forma, sua produtividade e reduzindo automaticamente gastos com assistência médica.

Para Milio (1996), a preocupação com a saúde dos funcionários não são voltadas às características aos processos de trabalho, que muitas vezes são os causadores de enfermidades, mas busca alterar hábitos específicos relacionados a certos tipos de doenças mais frequentes.

Milio (1996) também enfatiza que embora muitas empresas assumam um discurso voltado à promoção da saúde dos seus funcionários, as mesmas não investem de forma consistente para a concretização da mesma.

Segundo Nichols (1998), um meio eficaz de combater a inadequação dos sistemas de saúde é estabelecer normas clínicas. Entretanto, a aplicação dessas normas encontram vários obstáculos:

- falta de consenso acerca da eficácia das intervenções preventivas.
- Falta de capacitação por parte dos profissionais de saúde com vistas à execução das normas preventivas no cotidiano
- Inexistência de avaliações contínuas e precisas sobre o custo-benefício das práticas preventivas
- Falta de estudos que mostrem como se faz a adaptação das normas já elaboradas à situações específicas.
- Necessidade de mudanças de atitudes com relação a valores e métodos utilizadas na prática profissional.

Nicholls (1998) em seus estudos acabou propondo uma série de passos importantes para a implementação de normas clínicas preventivas. Essas fases são divididas em duas etapas, como pode ser verificado nos quadros 4 e 5:

Quadro 4 - Fases e passos para a implementação de normas clínicas (Etapa 1)

Fases	Passos
<p>Delimitação das normas próprias</p> <p>Nessa fase o princípio é a organização</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Buscar apoio institucional; • Estabelecer objetivos, metas e prioridades; • Estabelecer a metodologia a ser utilizada para a obtenção e avaliação das provas científicas; • Recrutar uma equipe coesa que possua como meta a revisão e a avaliação das provas científicas e tenha condições de formular as recomendações pertinentes; • Chegar a um consenso avaliando a viabilidade da implantação

Fonte: Nichols, 1998.

Quadro 5 - Fases e passos para a implementação de normas clínicas (Etapa 2)

<p>Início da implementação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação das condições necessárias para uma implementação eficaz • Estabelecimento de um esboço do estudo e o exame das condições • Identificação de vantagens e desafios compreendendo todo o processo de tomada de decisões para a devida implementação
<p>Demonstrar que as normas funcionam</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desenhar o projeto de demonstração • Recrutar um painel de demonstração • Proporcionar a capacitação por em marcha a formação profissional • Aplicar instrumentos práticos para prevenção • Explorar as intervenções complementares • Identificar os incentivos e mecanismos de reforço
<p>Avaliação do impacto da implementação das normas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Constituir equipe de avaliação • Definir objetivo, indicadores e sistema de informação • Realizar o processo de avaliação • Chegar a conclusões sobre o impacto e explorar os aspectos públicos da programação
<p>Estender o programa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Preparar o plano para generalizar a aplicação do programa • Realizar as mudanças de política e programação • Aplicar incentivos ou desincentivos e medidas administrativas • Iniciar a extensão

Fonte: Nichols, 1998.

Esses procedimentos deixam clara a importância de um planejamento e posterior acompanhamento contínuo da implementação das normas clínicas. A falta desse acompanhamento contínuo é o que propicia erros que causam o fim de programas.

2.2.3 Importância da avaliação dos programas de promoção e prevenção

Avaliar os programas de promoção de saúde e prevenção de doenças é de suma importância para ter uma visão global dos resultados obtidos, propiciando verificar erros existentes e alterar estratégias necessárias para a manutenção dos mesmos.

Para Donabedian (1984) existem três tipos de indicadores de avaliação: estrutura, processo e resultado. Os indicadores de estrutura se referem à área física, recursos humanos e tecnológicos aplicados, dentre outros. Já os indicadores de processo mostram o que é oferecido aos usuários.

Furtado (2006) elencou passos importantes no processo avaliativo de operadoras de saúde. Esses passos devem ser realizados em duas fases distintas, conforme mostrado nos quadros 6 e 7.

Quadro 6 – Passos do processo avaliativo das operadoras de saúde (fase 1)

AÇÃO	DESCRIÇÃO
Identificação dos grupos de interesses	Nessa ação estão inseridas a equipe do programa ou serviço, compostas por indivíduos e instituições parceiras
Definição dos propósitos da avaliação	Nessa ação estão inseridas as definições das principais motivações que propiciam o desenvolvimento da avaliação
Descrição do programa	Devem constar os aspectos centrais do programa, bem como os problemas a serem enfrentados, o público alvo, além das atividades a serem executadas

Fonte: Brasil, 2007

Quadro 7 – Passos do processo avaliativo das operadoras de saúde (fase 2)

AÇÃO	DESCRIÇÃO
Definição das questões relativas à avaliação	Definição das perguntas que necessitam de mais atenção no que diz respeito ao processo avaliativo. Devem ser levados em consideração a pertinência, a capacidade do levantamento das informações mais importantes, os recursos a serem utilizados e o tempo necessário para a realização dessa ação
Coletar e analisar os dados	Escolher quais são as informações mais pertinentes para respondê-las, verificando como e onde tais informações serão obtidas

O planejamento dos programas necessita seguir um roteiro de ações. Para melhor entender esse roteiro será ilustrado em dois quadros explicativos (quadros 8 e 9).

Quadro 8 – Roteiro de ações dos programas

AÇÕES	DESCRIÇÃO
Identificação da carteira de beneficiários	Dados demográficos e epidemiológicos
Identificação de quais programas necessitam ser implantados	Baseado em análise prévia da identificação da carteira de beneficiários
Elaboração da justificativa da necessidade de implantação do programa	Motivos que levaram a adoção de tal estratégia
Estabelecimento dos objetivos do programa	Quais as pretensões da utilização dessa estratégia
Definição da população-alvo	Verificar o número de pessoas a serem alcançadas com a atividade programada

Fonte: Brasil, 2007

Quadro 9 – Roteiro de ações dos programas

AÇÃO	DESCRIÇÃO
Definição da população-alvo	<p>Verificar o número de pessoas a serem alcançadas com a atividade programada. Essa ação pode ser realizada através da obtenção:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ De toda a população de beneficiários da operadora; ➤ Definição de faixa etária específica ➤ Definição por tipos de planos ➤ Definição por sexo ➤ Definição por faixa etária <p>A identificação da população-alvo pode ser feita:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Através de exames físicos e complementares ➤ Aplicação de questionário sobre o perfil da saúde/doença e de fatores de risco ➤ Através da faixa etária ➤ Análise de grupos especiais (gestantes, nutrizes, pessoas com doenças cardiovasculares) ➤ Através do perfil de utilização de consultas, exames e internação

Fonte: Brasil, 2007

Além disso, é de suma importância que:

- Se defina a cobertura do programa (número de pessoas que podem participar de cada programa. A cobertura é definida levando em consideração à população-alvo.

- Se estabeleça a forma de captação dos participantes do programa (mencionar o método utilizada para contatar a população-alvo para inserção nos programas voltados à promoção da saúde e prevenção de doenças
- Se estabeleça o local de desenvolvimento do programa
- Se definam as atividades a serem desenvolvidas
- Se realize a capacitação contínua dos profissionais
- Se defina a previsão do tempo previsto de permanência do beneficiário no programa
- Se estabeleça o período de realização de atividades
- Se proponha as metas de coberturas previstas
- Se defina os meios de avaliação do programa

Diante do exposto fica claro que: para a obtenção de resultados positivos nos Programas de Promoção e Prevenção da Saúde é necessário um planejamento eficaz e ações estratégicas que visem o início e a manutenção dos mesmos.

3. MATERIAL E MÉTODOS

Essa pesquisa terá como embasamento a proposta apresentada por Vergara (2009), que distingue duas formas de classificação de pesquisa:

- a) **Quanto aos fins:** será descritiva com abordagem fenomenológica. Descritiva, porque pretende entender as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças realizadas por planos de saúde. Fenomenológica, porque visa entender o sujeito da pesquisa. Trata-se de uma abordagem que possibilita uma exploração do assunto levando em consideração outros enfoques, em um contexto de complementariedade de métodos.

- b) **Quanto aos meios:** será bibliográfica e de campo. Primeiramente a pesquisa bibliográfica fornecerá uma base teórica que possibilita um maior conhecimento sobre as as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças realizadas por planos de saúde e o papel da Agência Nacional de Saúde (ANS) nesse sentido.

Com o intuito de entender melhor o Programa de Promoção de saúde e Prevenção de Doenças aplicado por operadora de planos de saúde, foram enviados questionários (Anexo 1) para representantes de cinco planos de saúde: Amil, Unimed, Daymed, Assim e Salutar. O critério para a escolha destas operadoras foram o tamanho e a acessibilidade, foram selecionadas por número de beneficiários. Amil e Unimed são as maiores do Brasil, a Assim é média, a Salutar e a Daymed são pequenas. Quanto a acessibilidade as operadoras selecionadas permitiram a medida do possível acesso as informações solicitadas.

Cabe salientar que os questionários foram enviados para apenas para um representante de cada operadora, com exceção da operadora Amil, o qual foram enviados questionários para dois representantes devido aos programas serem aplicados em dois Estados diferentes, Rio de Janeiro e São Paulo.

Vergara (2009) distingue dois tipos de amostra: a probabilística e a não probabilística. Nessa pesquisa será o tipo de amostra não probabilística, uma vez que não será fundamentada em estatística. Da amostra não probabilística destacam-se a aleatória simples, a estratificada, a por conglomerados, a por acessibilidade e a por tipicidade. Nessa pesquisa será utilizada a por tipicidade, uma vez que será constituída pela seleção de elementos que o pesquisador considerou representativo da população-alvo.

A pesquisa bibliográfica será baseada em materiais oriundos de livros, artigos, redes eletrônicas, dissertações e teses, que versem sobre o tema em questão. Já a pesquisa de campo será embasada em questionário aberto, uma vez que através das perguntas abertas, será possível extrair do respondente suas idéias, opiniões e argumentações que sustentem suas declarações.

As respostas do questionário não terão um tratamento estatístico, portanto, será utilizada a técnica qualitativa de análise de conteúdo.

Segundo Gil (2002, p.21-22):

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

4. ESTUDO DE CASO: AMIL E UNIMED

Como dito anteriormente foram enviados questionários para cinco planos de saúde, dos quais foram obtidas respostas apenas pelo representante da Unimed e por dois representantes da Amil. Os representantes da Daymed Saúde e Salutar informaram que ainda não possuem um Programa de Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças e o representante da Assim não respondeu.

Antes de analisar as respostas obtidas nos questionários, cabe descrever alguns Programas implantados pela Amil e Unimed.

4.1 AMIL

4.1.1 Programa Total Care

A implantação do Programa Total Care ocorreu a partir de 1999. Tem como objetivo trabalhar com doenças cardiovasculares e diabetes, patologias de alta prevalência e que possuem grande demanda no tocante à assistência aos clientes dos planos de saúde. Tal programa tem como base o *disease manage*, implantado anteriormente tanto nos Estados Unidos como no Canadá.

A idéia da gestão da doença, é priorizar o controle de que os pacientes tenham um maior controle das suas doenças, propiciando uma maior qualidade de vida e reduzindo automaticamente os custos de assistência médica, internações e outros procedimentos de maior complexidade e custo.

Cabe salientar que o tratamento proposto pelo Programa *Total Care* está voltado às práticas de medicina preventiva secundária (onde é feito um acompanhamento continuado a clientes que mesmo que possuam a doença, não tenham nenhum sintoma clínico) e terciária (pacientes com doença estabelecida e que já possuam sintomas clínicos).

Cabe salientar que nesse caso não é considerado como prevenção primária, mas sim secundária e até terciária, uma vez que o público alvo é composto de pessoas que já possuem a doença instalada. O serviço tem como objetivo a racionalização da atenção

aos portadores destas patologias, com vistas a minimizar a necessidade dos mesmos procurarem assistência terciária de alto custo, hospitais e internações.

O Programa *Total Care* tem em seu quadro de colaboradores profissionais com especialização em cardiologia e endocrinologia. Para a devida admissão, é exigido que o profissional possua título de residência médica, especialista e mestrado na respectiva especialidade.

O Programa dispõe ainda de nutricionistas, enfermeiros, educador físico e psicólogo e tais profissionais recebem salário da própria empresa. A equipe de colaboradores objetiva propiciar uma assistência médica integrada que amplie a criação de vínculo mais persistente com os pacientes.

O Programa *Total Care*, ao longo dos dois últimos anos, possibilitou a redução no número de internações de sua população acompanhada em torno de 50%, além de obter uma redução na ordem de 60% no que tange seu gasto anual total com esse grupo de pacientes.

A Amil realiza pesquisa anual com os clientes de todas as unidades da empresa, buscando analisar os resultados, e nos últimos anos verificou-se um alto grau de satisfação por parte dos mesmos em relação a esse programa comparado aos outros serviços oferecidos pela empresa.

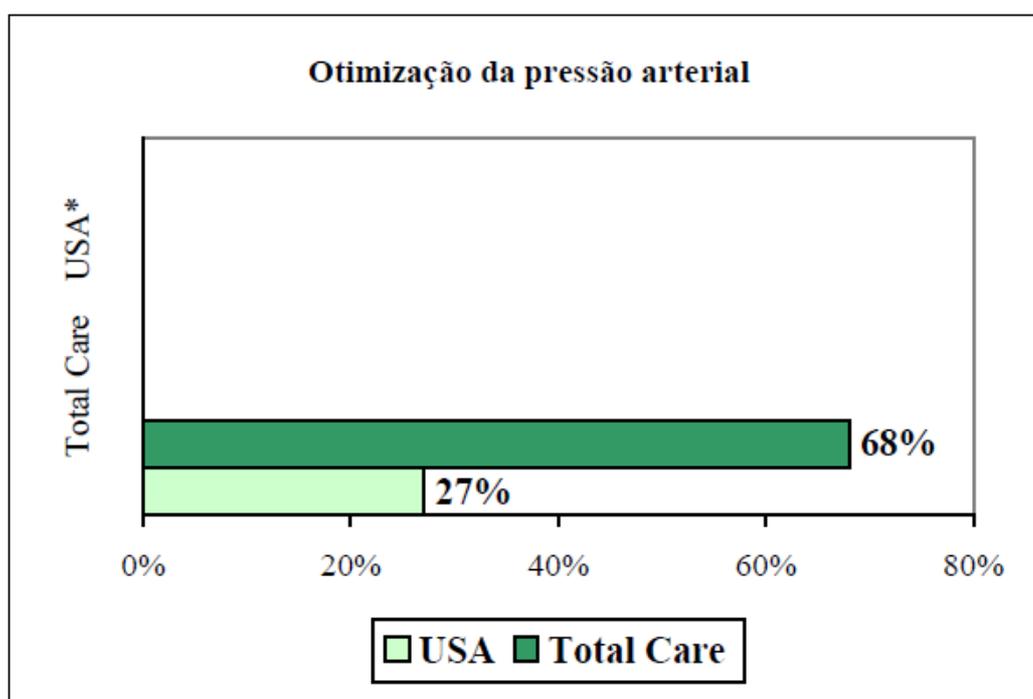
A AMIL realizou uma pesquisa com o intuito de analisar indicadores de desempenho do Programa Total Care. Foram utilizados os seguintes indicadores de desempenho:

- Hipertensão arterial
 - Controle efetivo da pressão arterial, leva em consideração:
 - estudos prospectivos;
 - percentual de pacientes acompanhados pelo Programa Total Care com pressão arterial controlada;
 - teste obtido por meio de prontuário eletrônico (335 hipertensos, não-diabéticos), que fazem parte do Programa há pelo menos 1

ano no Programa Total Care e continuam sendo acompanhados pela equipe do programa.

O gráfico 5 ilustra a proporção de hipertensos com pressão arterial efetivamente controlada de acordo com os parâmetros do The Health Plan Employer Data and Information Set (HEDIS) e apresenta que os resultados do Programa Total Care foram superiores aos gerados pelo último relatório do National Committee for Quality Assurance¹ (NCQA) dos Estados Unidos.

Gráfico 5 – Indicadores de Desempenho



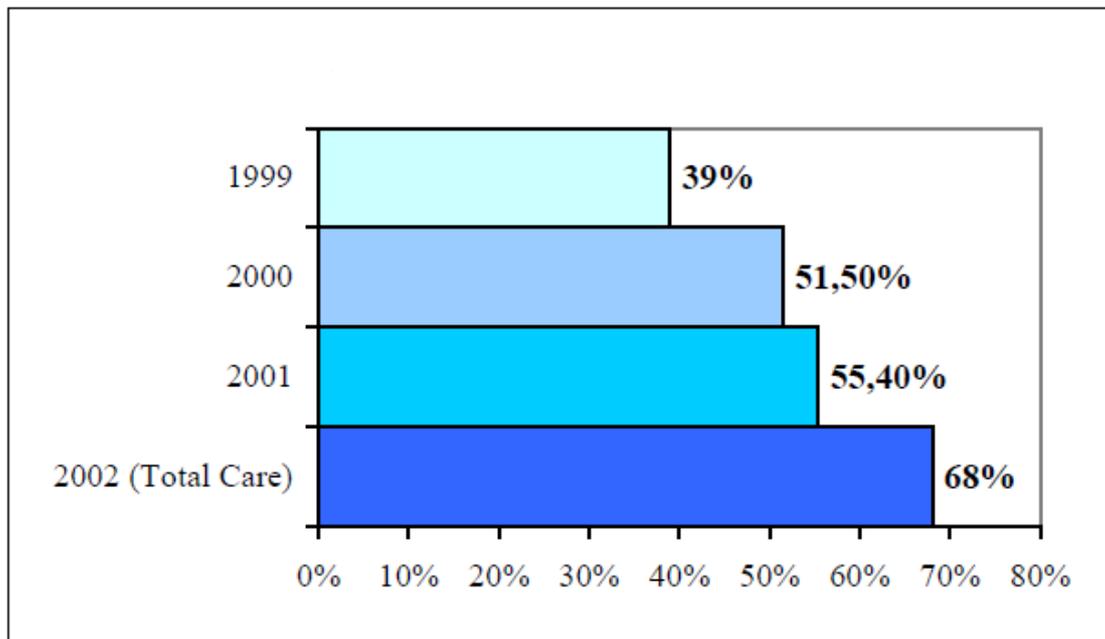
Fonte: Amil, 2011 (adaptado)

Já o gráfico 6 ilustra que os resultados do Programa Total Care com relação às taxas de controle da pressão arterial ficaram em 68%, representando, dessa forma, índices bem acima do padrão de excelência das HMO² americanas

¹ Comitê Nacional para a Garantia da Qualidade

² Health Maintenance Organizations

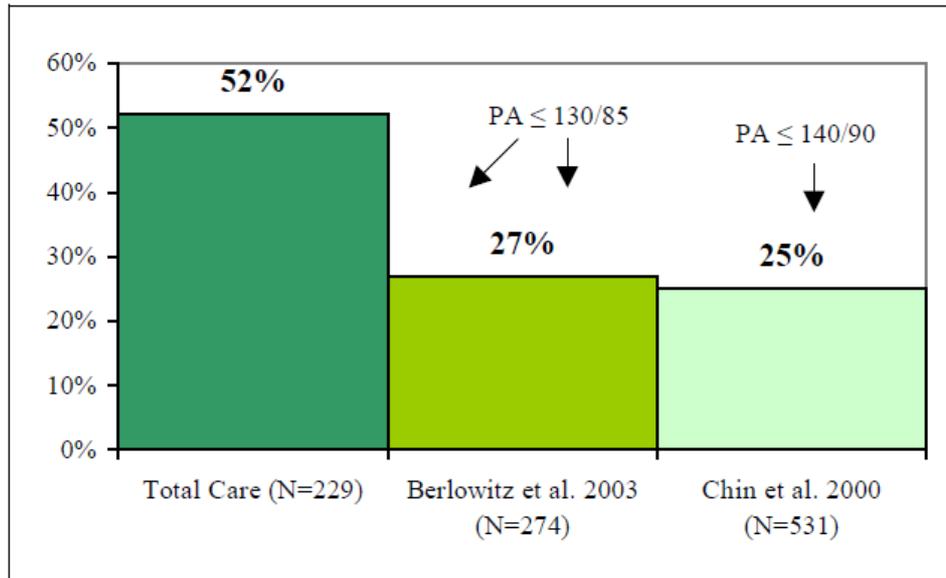
Gráfico 6 – Taxa de controle de pressão arterial



Fonte: Amil, 2011 (adaptado)

Como pode ser visto no gráfico 7, os resultados do Programa *Total Care* no que diz respeito ao controle da pressão arterial em hipertensos diabéticos, atingem 52%. Embora, não possua dados comparativos no relatório do NCQA especificamente para hipertensos diabéticos, calcula-se que o índice desses pacientes atendidos em empresas privadas, com pressão arterial sob controle, seja inferior a 25%.

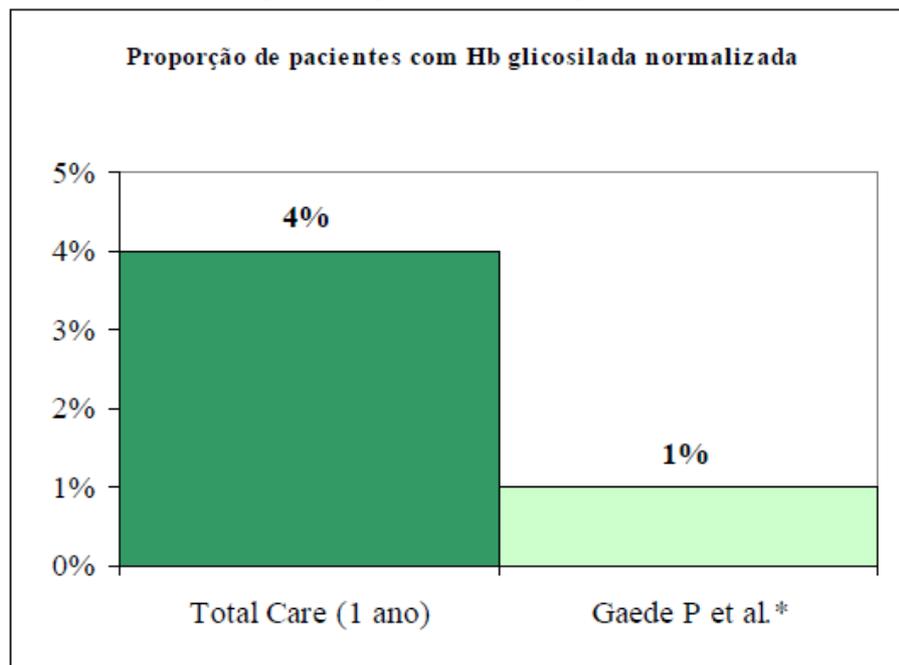
Gráfico 7 – Otimização de pressão arterial em hipertensos diabéticos



Fonte: Amil, 2011 (adaptado)

Em estudo realizado pela AMIL com o intuito de comparar os resultados do Programa Total Care com um estudo realizado na Inglaterra, envolvendo intervenções para o controle de diabéticos, verificou-se que a redução média da hemoglobina glicosilada foi de apenas 1%. Já nos pacientes acompanhados pelo Total Care, a redução foi de 4% (Gráfico 8).

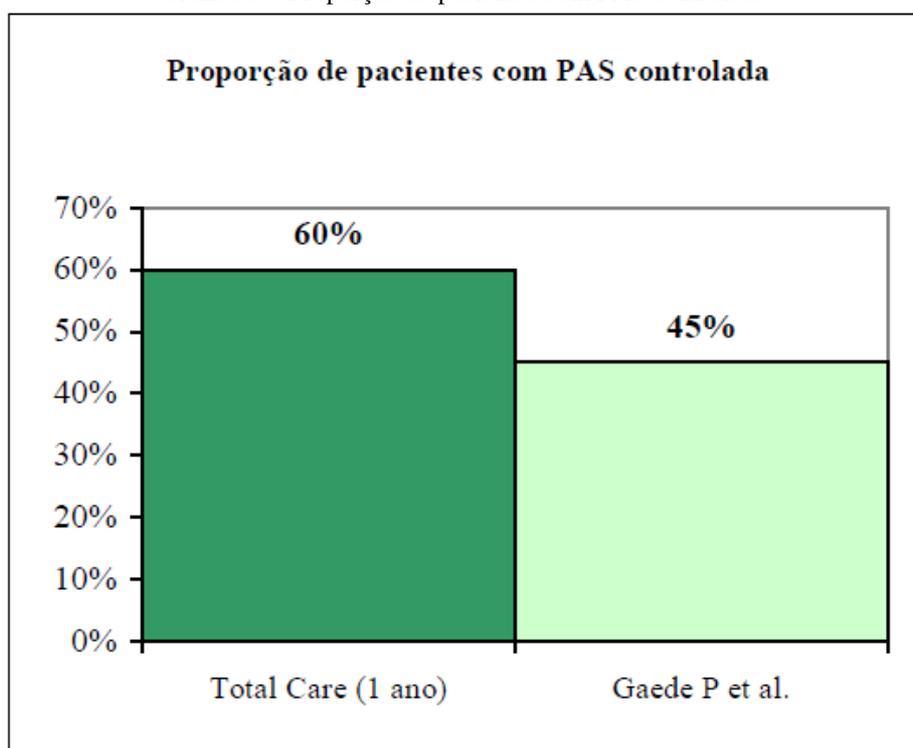
Gráfico 8 – Proporção de pacientes com Hb glicosilada normalizada



Fonte: Amil, 2011 (adaptado)

Nesse mesmo estudo, verificou-se que 45% dos pacientes submetidos a intervenção intensiva chegaram a um nível de pressão arterial sistólica abaixo de 130mmHg. Já nos pacientes tratados pelo Programa Total Care, mais de 60% tiveram a pressão sistólica sob controle após um ano de acompanhamento (Gráfico 9).

Gráfico 9 – Proporção de pacientes com PAS controlada



Fonte: Amil, 2011 (adaptado)

Isso demonstra claramente que o Programa Total Care tem apresentado resultados muito favoráveis e que demonstram a importância de Programas de Promoção à Saúde e prevenção de doenças.

4.1.2 Programa AMIL de qualidade de vida

Já o Programa Amil de Qualidade de Vida (PAQV) foi criado com o intuito de atuar de forma preventiva, preservando, dessa forma a saúde dos colaboradores das empresas com as quais a Amil mantém parceria. Tal programa tem como gestores uma equipe tanto de médicos como de auxiliares, extremamente treinados em conjunto com a rede credenciada.

O referido programa foi criado em 2001 e já realizou 180 mil entrevistas. Pode-se afirmar que uma das grandes vantagens desse programa é sua flexibilidade e adaptabilidade às necessidades dos clientes, podendo ser aplicado no início do contrato da seguinte maneira: toda vez que a Amil fecha contrato com uma nova empresa, todos os funcionários passam por um sistema de análise de risco. Os novos conveniados respondem a um questionário, via web, medem a pressão arterial e fazem exames de sangue para avaliação de níveis de glicemia e colesterol, visando identificar as principais doenças metabólicas e cardiovasculares (como diabetes e hipertensão), além de doenças oncológicas como câncer de próstata e mama, e as comorbidades para todos estes grupos (sedentarismo, obesidade, tabagismo e dislipidemias). As avaliações podem ser feitas, também, no transcorrer do contrato, a qualquer momento de interesse de ambas as partes, além de poderem estar com uma periodicidade, vinculada ao *turnover* da empresa.

O conjunto de informações resultante dessa análise é que definirá o espectro de risco dos participantes. A partir daí, os clientes são divididos em três grupos: Verde ou Baixo Risco (onde estão as pessoas saudáveis e que devem ser estimuladas a manter este perfil); Amarelo ou Médio Risco (aquelas que têm algum fator de risco, mas que podem melhorar com mudanças de hábitos e estilo de vida) e Vermelho ou Alto Risco (composto por pessoas com riscos mais sérios, que dependem de acompanhamento e

É fornecido aos integrantes do grupo Verde orientação visando a realização de uma avaliação anual e manutenção dos bons hábitos. É recomendado ao grupo Amarelo orientação médica direcionada a cada caso ou que já estão doentes e não sabem).que façam regularmente (duas ou três vezes ao ano) consultas e exames e o grupo Vermelho é levado imediatamente para tratamento imediato.

Além de avaliar o risco cardiovascular dos funcionários, o Programa Amil Qualidade de Vida (PAQV) passa a acompanhar, sistematicamente, os pacientes de Médio e Alto Risco. Mesmo quem não precisa de tratamento continua sob orientação, em atividades que incentivam a mudança de hábito e um estilo de vida mais saudável.

O programa está estruturado em três etapas:

- 1ª etapa: aplicação de um questionário específico para mapear os indivíduos com risco cardiovascular alto e moderado. Trata-se de um documento padronizado e aplicado por agentes de saúde treinados.
- 2ª etapa: analisar os resultados e garantir que 80% das pessoas identificadas como risco alto ou moderado sejam encaminhadas a uma consulta médica em menos de trinta dias.
- 3ª etapa: ampliar o tratamento das pessoas identificadas com risco, verificando se os mesmos estão recebendo o tratamento adequado.

O Programa Amil Qualidade de Vida (PAQV) é analisado de forma contínua e sistemática com o intuito de avaliar de forma precisa os resultados obtidos no que diz respeito à capacidade de diagnóstico e encaminhamentos, como a relação custo-benefício do mesmo.

4.1.3 GPAR – Gestão de Pacientes de Alto Risco

A AMIL desenvolveu, em parceria com uma empresa de Tecnologia de Informação, o GPAR (Gestão de Pacientes de Alto Risco) – um dos mais inovadores e resolutivos sistemas de gestão. Na prática, esta ferramenta possibilita o mapeamento e identificação de beneficiários através de seu completo histórico clínico e hoje já conta com cerca de 50 mil clientes. Além disso, possibilita a identificação de riscos de desenvolvimento de determinadas doenças e, conseqüentemente, permite gerenciar, acompanhar e, em alguns casos, até antecipar o tratamento, prevenindo complicações e o avanço da enfermidade.

O GPAR foi idealizado a partir do programa “Bem Viver” em 2008, que depois passou a ser um Fluxo, com a missão de identificar, acompanhar e tratar pessoas acima de 60 anos com risco para o desenvolvimento de doenças comuns nesta faixa etária. Em 2009, com a criação de novos Fluxos, o sistema se consolidou como uma ferramenta de

gestão, tendo como referência os quatro pilares (saber, prever, prevenir e tratar) da missão da Amil, empresa pioneira na adoção do conceito de “Gestão de Saúde”.

Atualmente o GPAR é constituído por nove módulos:

- Bem Viver,
- Cardiovascular,
- Gestante,
- Mamografia,
- Diabetes,
- Red Flag (pacientes que possuem doenças complexas e de alto custo),
- VIP (beneficiários com necessidade de atendimento personalizado),
- UCP (pacientes com problemas osteomusculares, principalmente da coluna) e
- Efetor (pacientes em localidades distantes que necessitam de acompanhamento),

O GPAR controla cerca de 50 mil beneficiários, sendo que todos os médicos da rede própria da operadora e muitos médicos credenciados (geriatras, neurologistas e ortopedistas) foram treinados para utilizar a ferramenta.

O GPAR é dividido por Gestores Nacionais e Regionais, localizados em Núcleos de Gestão, que são responsáveis por gerenciar sua região e beneficiários. Nestes núcleos trabalham médicos, enfermeiros e profissionais de saúde que acompanham, diariamente, o agendamento e a realização de consultas e procedimentos médicos realizados pelos clientes e informados pela ferramenta.

Com uso do sistema, estes profissionais conseguem saber se o paciente realizou todos os exames indicados, na quantidade correta, se a periodicidade está dentro dos protocolos, se foi à consulta, se visitou outros médicos, entre outros eventos. Se, por acaso, houver uma “quebra” nestes processos, a ferramenta aciona o responsável pelo

beneficiário, por meio de alerta (SMS ou e-mail), que fará contato com o paciente para verificar o que ocorreu e como pode auxiliá-lo.

A AMIL precisou adaptar os seus programas de Gestão de Saúde à alta tecnologia de informação para que pudessem ser viáveis e conseguissem gerenciar esta grande quantidade de beneficiários, respeitando suas peculiaridades regionais. E, compreendendo esta necessidade, a Amil investiu muito para desenvolver essa ferramenta e uma estrutura adequada ao atendimento do GPAR.

Com o GPAR, a Amil consegue ter mais e melhores informações, promovendo mais qualidade de vida, prevenção e promoção de saúde, com o que há de melhor na medicina, mas preservando a atenção individual ao cliente. E, neste sentido, para que este sistema de saúde mantenha-se eficiente, a operadora posicionou-se como gestora da saúde de seus beneficiários, estimulando os prestadores a buscarem sempre os melhores resultados no acompanhamento dos pacientes e os beneficiários a se conscientizarem da importância de investir em hábitos saudáveis e de visitar regularmente o seu médico, pois se não adotarem estas práticas e tiverem um potencial para desenvolver uma doença grave, não será apenas um programa que irá conseguir ajudá-los.

Os Fluxos gerenciados pelo GPAR identificam os beneficiários e suas diferentes doenças ou risco de desenvolvê-las. O Bem Viver é para pessoas acima de 60 anos, com problemas de saúde e risco para doenças comuns à faixa etária. O Cardiovascular é dirigido aos clientes com cardiopatias e risco (alto ou intermediário) para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Já o Gestante é voltado para mulheres com intenção de engravidar, ou já grávida, para uma maior prevenção de doenças e prematuridade durante esta gestação.

O Mamografia identifica e rastreia sistematicamente beneficiárias com risco individual e/ou familiar para desenvolver Câncer de Mama. O Diabetes é utilizado para pacientes com risco ou com a doença diabetes já instalada. O *Red Flag* é para beneficiários com alto custo e doenças de alta complexidade. Enquanto que o sétimo fluxo, o VIP, reconhece clientes com necessidades específicas e personalizadas de atendimento, que estejam ou não alocados em outros Fluxos.

O Fluxo UCP (Unidade de Correção Postural) observa beneficiários que tem risco ou sofrem de doenças osteomusculares, prioritariamente na coluna, já instaladas. E

o último, o Efetor utiliza parâmetros e critérios de classificação de todos os outros Fluxos existentes, para que sejam acompanhados em locais aonde não existam Fluxos estabelecidos ou não exista equipe de gestão. O Efetor também recebe encaminhamentos de beneficiários que não estavam sendo acompanhados, apesar de se encaixar em um dos critérios estabelecidos pelos Fluxos. Seu objetivo é iniciar um acompanhamento mais estreito e fidelizado por algum Efetor regional referenciado, previamente escolhido.

Vale ressaltar que todos os Fluxos seguem protocolos de avaliação e tratamento criados pelos principais órgãos reguladores do setor de saúde suplementar, como Conselhos Federal e Regional de Medicina, Universidades, Sociedades e Associações de Medicina, Estudo de Framingham, American Diabetes Associations (ADA), National Committee for Quality Assurance (NCQA), entre outros.

4.2 UNIMED

4.2.1 Programa Gestão Saudável

O Programa Gestão Saudável tem como objetivo promover a saúde física e emocional da mãe e do bebê no ciclo gravidez, parto e puerpério. Consiste em programa de ações educativas, conduzido por psicóloga, tendo como metodologia o psicodrama sócio-educacional, dinâmicas de grupo, exposições, vídeos e apostilas. Contempla ainda palestras ministradas por profissionais especialistas sobre imunização, saúde bucal e nutrição, além da divulgação de material educativo. De acordo com o aceite da gestante, pode ocorrer uma visita domiciliar nos primeiros 30 dias de vida do bebê para orientações sobre os cuidados com o bebê e a mãe no puerpério.

4.2.2 Programa Coração Saudável

O Programa Coração Saudável tem como objetivo identificar e acompanhar os fatores de risco cardiovasculares bem como outras comorbidades em clientes selecionados a partir do Mapeamento de Saúde realizado. Consiste em programa de ações educativas com ênfase em mudanças do estilo de vida, correção dos fatores de

risco através de orientação individualizada durante consulta clínica, atividades em grupo, com abordagem multiprofissional e divulgação de material educativo.

Com o objetivo de ilustrar de forma educativa o Programa Coração Saudável, a UNIMED RIO elaborou um folheto, buscando mostrar a importância da preocupação com as taxas de colesterol e triglicérides, buscando minimizar os impactos na saúde (Figura 1).

Figura 1 – Folheto explicativo da Programação Coração Saudável

A manteiga, como todo alimento de origem animal (como o queijo e o leite), é rica em gordura saturada, que eleva o mau colesterol (LDL).

Sabe aquela gordurinha branca e firme que se forma sobre a carne guardada na geladeira? É gordura saturada. Retire-a antes de aquecer o alimento e emagreça seu prato.

A ciência comprovou

Salmão, atum, arenque e sardinha são excelentes remédios contra as doenças coronarianas, por serem ricos em ácidos graxos, como o ômega 3 (um tipo especial de gordura). Eles ajudam a manter as artérias limpas e evitam em até 50% os riscos de uma nova obstrução.

A ingestão de proteína de **soja** reduz as taxas de LDL. Assim, a introdução de pequena quantidade de proteína de soja na dieta diária (cerca de 20g, que equivalem a 50g de grãos), é suficiente para deixar seu sangue e seu coração em forma.

Atenção! ⚠️
Combata já o colesterol ruim (LDL), pois, em alto níveis, ele é responsável pelas doenças cardiovasculares, como infarto do miocárdio e arteriosclerose.

Mude o cardápio diário

- ♥️ Consuma carnes vermelhas como complementos de outros alimentos e, não, como "prato principal";
- ♥️ Dê preferência às carnes brancas magras, aves (sem pele) e peixes: consuma no mínimo, 3 a 4 vezes por semana;
- ♥️ Consuma mais feijões, lentilha, ervilha, grão-de-bico, frutas, verduras, legumes e cereais integrais, pois são importantes fontes de fibras alimentares;
- ♥️ Use pouco óleo no preparo de alimentos; prefira grelhados, assados, ensopados, em vez de frituras;
- ♥️ Se comer fora de casa, não deixe de obedecer a sua dieta;
- ♥️ Faça, pelo menos, 3 refeições por dia, não esquecendo de consumir leite ou iogurte desnatados;
- ♥️ Consuma, no máximo, 2 gemas de ovo por semana;
- ♥️ Evite sobremesas gordurosas, bolos e doces com chocolate;
- ♥️ A atividade física regular ajuda a manter seu peso e os níveis de colesterol baixos;
- ♥️ Os especialistas recomendam pelo menos 30 minutos de atividade física (caminhar, correr, nadar ou praticar esportes) 4 ou 5 dias na semana.

Colesterol e Triglicerídeos

Unimed Rio

O melhor plano de saúde é viver.
O segundo melhor é Unimed.

ANS - nº 39.332-1

Este folheto é um documento de divulgação de informações e não substitui a consulta médica. Unimed Rio é uma instituição de saúde suplementar autorizada pelo Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CNS) em 2011. Unimed Rio é uma instituição de saúde suplementar autorizada pelo Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CNS) em 2011. Unimed Rio é uma instituição de saúde suplementar autorizada pelo Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CNS) em 2011. Unimed Rio é uma instituição de saúde suplementar autorizada pelo Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CNS) em 2011.

Fonte: UNIMED, 2011

Além disso, elaborou um folheto mostrando a importância de exercícios físicos para a manutenção de uma qualidade de vida boa (Figura 2).

Figura 3 – Folheto explicativo da Programação de Alimentação Saudável

Como consultar a Pirâmide Alimentar?

Ela mostra como os diferentes tipos de alimentos devem ser balanceados em sua dieta. Assim, a base da Pirâmide é constituída de alimentos que devem ser consumidos com frequência (cereais, pães, arroz e massas), enquanto que, no topo, estão os que devem ser consumidos com moderação (gorduras, óleos e açúcares).

A proporção aproximada dos diferentes grupos em sua dieta é:

- Gorduras, óleos e açúcares**
uso de forma reduzida
- Leite e derivados**
2 a 3 porções
- Vegetais**
3 a 5 porções
- Frutas**
2 a 4 porções
- Carnes, peixes, aves, ovos, feijões e nozes**
2 a 3 porções
- Cereais, pães, arroz e massas**
6 a 11 porções

Aprenda como balancear sua alimentação para poder consumir seus alimentos preferidos e saborear suas refeições enquanto promove sua saúde.

Prefira alimentos como massas, arroz, grãos, pães, cereais; vegetais; frutas; laticínios com pouca gordura; carne magra, frango, peixe e legumes. Essas comidas são a estrutura para uma dieta saudável.

Não há alimento "bom" ou "ruim". A sua dieta como um todo é o que importa. Toda comida pode se encaixar numa dieta variada, moderada e balanceada.

Regras básicas da boa alimentação diária

Grãos
Coma **6 ou mais** porções.
Por exemplo: 1 fatia de pão; 1/2 xícara de arroz, macarrão ou cereal cozido (cerca de 30 gramas).

Frutas e Vegetais
Coma **5 ou mais** porções.
Por exemplo: 1 pedaço médio de fruta; 1/2 a 1 xícara de vegetais, cozidos ou crus, 3/4 de um copo de suco.

Laticínios
Coma **2 a 3** porções.
Por exemplo: 1 copo de leite ou iogurte; cerca de 30g de queijo pobre em gordura ou 1/2 xícara de queijo cottage.

Carnes e substitutos
Não coma mais que **160 g** de carne (2 bifês médios).

Gordura - Use com moderação.
Prefira os óleos polinsaturados — milho, girassol, soja, gergelim ou semente de algodão ou os óleos mono-insaturados — oliva, canola.

ANS - nº 39.332-1

Alimentação Saudável

Unimed Rio

O melhor plano de saúde é viver.
O segundo melhor é Unimed.

Unimed Rio

Fonte: UNIMED, 2011

Figura 4 – Folheto explicativo da Programação de Alimentação Saudável

Os 6 segredos da refeição saudável

- 1. Deixe o prato colorido**
Folhas verdes, repolho roxo, pimentões amarelos, tomates vermelhos, gomos de laranja, lentilhas, queijos brancos: quanto maior a combinação de cores, maiores as vantagens para sua saúde.
- 2. Prefira os integrais**
Dê mais espaço aos alimentos naturais e integrais, em substituição aos industrializados. Não importa o quanto eles sejam enriquecidos ou fortificados com nutrientes.
- 3. Privilégie as boas gorduras**
Use as gorduras monoinsaturadas, como o azeite, o óleo de canola e as com ômega-3 (castanhas, nozes e peixes) e com ômega-6 (óleo de girassol).
- 4. Ponha os orgânicos na mesa**
São verduras, legumes, frutas, ovos e aves, sem agrotóxicos ou hormônios.
- 5. Conheça o valor dos alimentos**
Saiba os nutrientes principais dos alimentos que entram no seu cardápio e informe-se sobre porções e quantidades saudáveis.
- 6. Combine alimentos de forma harmônica**
Em termos de sabor, cor - evite a combinação salada de tomate, espaguete ao sugo e caqui da sobremesa numa mesma refeição - e diversifique na consistência. Assim você preserva a composição nutritiva.

Recomendações

- ✓ Beba muita água durante o dia. Essencial para quase todos os processos do organismo, a água é nutriente indispensável e o único realmente livre de calorias. Beba 9 copos de água por dia.
- ✓ Mastigue menos, mexa-se mais. Esta é a regra se o problema é excesso de peso, mas vale para quem quer ficar saudável.
- ✓ Passeie pelo buffet e veja, antes, tudo o que ele oferece. Não caia na primeira tentação de colocar um pouquinho de cada coisa no prato.
- ✓ Escolha sempre um alimento de cada grupo (pirâmide alimentar). Uma porção de salada, legumes, frutas, leite, cereais (massa, arroz, batata, pão, mandioca) e proteína (carne vermelha, frango e peixe). Nunca misture alimentos fonte do mesmo nutriente. Por exemplo: dois carboidratos (massa e arroz), duas proteínas (frango e carne vermelha).
- ✓ Troque a batata frita por cozida, assada ou sauté.
- ✓ Diminua a porção de carne, aumente a de feijão com arroz e coma mais vegetais variados e coloridos.
- ✓ Inclua frutas na sobremesa.
- ✓ Coma menos calorias. Quando comemos mais calorias do que precisamos, engordamos. Estar acima do peso pode causar várias doenças. Se comermos menos calorias do que precisamos, emagrecemos.
- ✓ Troque o refrigerante por suco ou água.

ANS - nº 39.332-1

Comer Bem dentro ou fora de casa

Unimed Rio

O melhor plano de saúde é viver.
O segundo melhor é Unimed.

Unimed Rio

Fonte: UNIMED, 2011

4.2.4 Programa de Gerenciamento de Crônicos

Tem como objetivo promover o auto cuidado, reduzindo a possibilidade de intercorrências e internações em clientes portadores de doenças crônicas: hipertensão arterial, diabetes, DPOC e cardiopatias, selecionados a partir de critérios de inclusão estabelecidos pela Unimed Rio. Consiste em programa de orientação e acompanhamento de saúde e de tratamento através de visitas domiciliares e ligações telefônicas periódicas de equipe multiprofissional e de estímulo ao estreitamento do vínculo do cliente com o médico cooperado assistente.

Além desses programas citados, há também o programa de atenção domiciliar, que busca um atendimento personalizado a quem não tem condições de ir até um hospital.

4.3 Análise dos questionários

O Programa de Promoção e Prevenção da AMIL surgiu há 9 anos atrás quando foi verificado o número de pacientes que re-internavam por motivos evitáveis. Atualmente o Programa possui 1800 pacientes em acompanhamento pelo Programa Bem Viver. Tal programa abrange as cidades do Rio de Janeiro, Grande Rio, Niterói e São Gonçalo.

Na concepção de um dos entrevistados da AMIL, a ideia da implantação de um programa de promoção de saúde e prevenção de doenças surgiu pelo fato da empresa ter sido criada e dirigida por médicos, onde a prioridade era atuar em todas as frentes da Medicina, e, nesse caso, a Promoção e Prevenção são fundamentais. Além disso, os gestores sentiram a necessidade de ter um diferencial em relação aos concorrentes, que procurasse ajudar o cliente (beneficiário) e ao mesmo tempo viabilizasse a equação custo x receita dos contratos.

Todos os Programas de Prevenção e Promoção foram desenhados e estão habilitados a atuar na totalidade da população da operadora. Neste sentido existem alguns Programas que vão desde o Estudo de Cobertura de Risco (ECR) que atua em todos os contratos de pessoa jurídica, até o Programa Amil Qualidade de Vida (PAQV) que hoje com mais de 200.000 beneficiários, atua preferencialmente em contratos de

Pessoa Jurídica, porém não somente nestes. Outro programa importante neste sentido é o Gestão de Pacientes de Alto Risco (GPAR) que através de 9 Fluxos identifica, classifica, aloca e monitora beneficiários com risco e doença, hoje com 68.000 beneficiários.

O Programa de Promoção de Saúde e Prevenção de doenças da AMIL é um programa que usa o vasto banco de dados de beneficiários da operadora, assim como suas utilizações, para prever os eventos (exames especiais, internações clínicas e cirúrgicas) que acontecerão no contrato analisado e na população informada de acordo com sexo, faixa etária, ramo de atividade e localização.

Para a aceitação da inserção de pacientes nesse tipo de programa, a AMIL aplica questionários como meio de critério de inclusão. Atualmente, o programa recebe muitos pacientes de alta hospitalar onde já está claro a clínica e a necessidade do paciente, nesses casos o questionário não é aplicado. Recebe-se pacientes de diversos setores da empresa. No início do Programa, a única porta de entrada era o convite ao pacientes que apresentavam questionário (PRA) Probabilidade de re-internação hospitalar positivo, nesses casos a abordagem preventiva tem maior sucesso.

Quando o paciente aceita participar do Programa ele recebe a primeira visita domiciliar da enfermeira, onde é realizada uma avaliação geriátrica ampla, nesse momento são colhidos dados epidemiológicos e clínico-funcionais. O caso é então discutido com medico da equipe e o paciente é classificado em um grupo funcional (são 4 diferentes) que vai determinar o tipo de acompanhamento que o paciente terá (frequências das visitas de enfermagem, monitoramento telefônico).

Todo paciente recebe visita de enfermagem onde é feito a consulta clinica e orientações de promoção e prevenção de saúde. Os pacientes independentes e com autonomia recebem as orientações por acompanhamento telefônico, sendo estimulados a freqüentarem as suas consultas na rede referenciada. Todos os beneficiários do Programa são reavaliados anualmente e podem ser reclassificados nos diversos grupos de acompanhamento. Os demais profissionais: médicos, fisioterapeutas, nutricionista, psicóloga, são acionados conforme indicação clinica.

A decisão da implantação desse Programa ocorreu porque a diretoria médica da operadora buscava formas de controlar os custos com reinternações. Procuraram então alguém que fosse responsável por essa avaliação, e essa pessoa foi responsável pelo estudo e levantamento na literatura sobre quais tipos de ações já possuíam validação para esse intuito. Foi selecionado o PRA (que determina um coeficiente de risco de readmissão hospitalar) como o instrumento a ser utilizado como triagem dos pacientes a serem abordados. A partir daí o Programa foi construído com a proposta de uma intervenção preventiva. Na verdade, o grande fator impulsionador da implantação desse Programa foi a contenção de custos associado à qualidade de atendimento.

Todos os programas foram baseados em Tecnologia de Informação e por isso houve a necessidade de escolha de empresas do ramo para uma assessoria. Por fim iniciamos o desenvolvimento, homologação e Produção em ambientes diferentes e iniciando sempre a aplicação nos colaboradores da Amil, como teste inicial.

A ideia do Programa foi acolhida pela direção médica, mas não era uma unanimidade na operadora, os questionamentos eram sobre a real efetividade do Programa. Alguns estudos foram feitos nos primeiros anos que comprovaram a efetividade do Programa.

A AMIL tem diretorias com focos e estratégias particulares, além da missão e visão única, por isso confluir os objetivos em todos estes Programas, nas diversas diretorias e atores foi um trabalho inicial, onde todos têm que dar sua parcela de contribuição e atuar no sentido do objetivo comum, muitas vezes, em detrimento de objetivos pessoais ou setoriais.

O programa de Programa de Promoção e Prevenção é realizado com equipe própria e é composta por:

- Equipe visitadora: 7 enfermeiras, 4 fisioterapeutas, 7 médicos, 1 nutricionista, 1 psicóloga.

- Equipe da gestão do Programa: 3 medicas e 1 enfermeira.

A principal atuação é da enfermagem, pois eles têm o maior contato com o paciente e tem como função toda orientação para promoção da saúde, adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico. Os demais profissionais atuam dentro das suas respectivas funções, sempre com interdisciplinaridade. A equipe se fala por celular que a empresa fornece onde as informações podem ser trocadas, além de prontuário único eletrônico e reuniões presenciais mensais.

Cada profissional tem uma função pré-determinada em cada um dos Programas e na maioria das vezes uma interação semanal com reuniões de análise e aprimoramento. Os médicos geralmente são os líderes das equipes, mas sem uma hierarquia rígida, pois as tarefas são complementares e muitas vezes ocorrem em paralelo.

Espera-se redução de custos com a atenção terciária, ou seja, com internação hospitalar. O custo com consultas e exames permanece o mesmo ou maior quando comparado a um grupo semelhante e que não é acompanhado pelo Programa.

O Programa é um benefício da operadora oferecido ao cliente que preenche os critérios de inclusão. O encaminhamento do idoso é feito por diversas áreas da empresa, pelos Hospitais que tem equipes próprias, pacientes de alta de Home Care, etc. A equipe de gestão do programa faz a avaliação do caso, aplica-se questionário de avaliação do declínio funcional (prisma-7), explica-se o Programa para o beneficiário e se ele aceitar é então agendada a AVG.

Há um limite de beneficiários para participar do programa, uma vez que existe um limite no tamanho da equipe assistencial, pois cada enfermeira consegue acompanhar de 200 a 250 idosos. No momento estamos com uma demanda reprimida, a equipe deve crescer esse ano, com a contratação de uma nova enfermeira e um técnico de enfermagem.

Para que haja uma adequada adesão ao tratamento é fundamental que o paciente crie vínculo com a equipe que o acompanha. Os profissionais são divididos por áreas programáticas (bairros) que vão acompanhar esse paciente ao longo de seu percurso no Programa. Eventualmente existe alguma mudança devido a férias ou necessidade de redistribuição do número de pacientes por enfermeira. O mesmo acontece com os outros profissionais (médicos e fisioterapeutas), já a nutricionista e a psicóloga são únicas para todo Programa.

Cada enfermeira acompanha em média 250 pacientes e cada médico em média 50 pacientes. Atualmente, a AMIL tem dificuldades relacionadas ao tamanho e dispersão de beneficiários, além das peculiaridades regionais de nosso país continental. Outra dificuldade que a empresa enfrenta está no convencimento de beneficiários em relação ao seu engajamento pessoal em prevenção e promoção, além do engajamento e investimento das empresas nestes Programas, uma vez que seu ROI (retorno sobre o investimento) geralmente é a médio e longo prazo.

A própria operadora faz a gestão do Programa e de maneira geral foi percebida a satisfação por parte dos clientes. Gostam das visitas, recebem bem a equipe, apresentam boa adesão às orientações. Nem sempre é possível agradar a todos, pois as indicações de acompanhamento do Programa são sempre técnicas e nem sempre a percepção das famílias é essa, acham que precisam de mais recursos do que o Programa oferece geralmente ligado a questões de urgência/emergência.

Às vezes os usuários ficam insatisfeitos, mais por conta do comportamento de consumidor, “eu pago, quero tudo que tenho direito”. O Programa tem seus critérios de avaliação e indicações precisas de acompanhamento, procuramos deixar isso bem claro desde a primeira avaliação.

As queixas são acolhidas individualmente e a equipe tenta solucionar da melhor forma possível, deixando a família tranqüila e não deixando de seguir os protocolos do Programa.

Atualmente percebe-se uma mudança do perfil dos pacientes do Programa ao longo desses quase 9 anos. São pacientes mais graves, que complicam mais e assim

sobrecarregam a equipe de atendimento domiciliar, com mais intercorrências. Há uma maior demanda pela parte assistencial curativa do que preventiva. Precisamos de um fluxo com equipe de apoio para as urgências/emergências onde estão os maiores problemas percebidos pela equipe e pelos clientes, assim poderíamos também evitar internações desnecessárias.

No que diz respeito à definição de metas para tais programas, a AMIL especifica as metas em relação a uma melhor utilização e não apenas a uma menor utilização. A meta é englobar 90% da população alvo para os Programas e manter uma fidelização maior do que as dos estudos científicos nacionais e internacionais apresentam. A AMIL tem se mostrado eficiente e eficaz neste sentido, e com isso temos obtido um maior retorno, em geral, do que a maioria das operadoras do mercado, conforme pode ser evidenciado pela ANS.

No caso da UNIMED, a representante da operadora informou que o Programa de Prevenção de doenças e promoção da saúde foi implantada devido o aumento dos custos da rede médica e da necessidade de acompanhamento clínico mais próximo do cliente. Além disso, a empresa utilizou o programa como estratégia para fidelizar os clientes. Atualmente, o programa da UNIMED abrange 8.039 clientes participantes e possui como equipe de profissionais um Coordenador Médico; Médicos Gestores; Enfermeiras; Assistentes Sociais; Fisioterapeutas; Nutricionistas; Administrativos; Técnico e Auxiliar de Enfermagem.

A UNIMED incorporou estes programas as carteiras de planos empresariais, inclusive só vendendo se os funcionários da empresa aderirem ao programa, através de um questionário eles avaliam os funcionários da empresa em relação a intenção de melhorarem a saúde mudando certos comportamentos. O funcionário que se nega a participar de programas preventivos tem seu nome informado a diretoria da empresa sugerindo o seu desligamento.

As respostas dos questionários (anexo I) revelam que uma empresa privada de plano de Saúde deverá utilizar um novo modelo de Gestão moderno e dinâmico que vise a redução dos custos e viabilize a equação custo x receita dos contratos, através de um programa de Promoção e Prevenção da Saúde.

Outra informação importante implícita no mesmo questionário, na questão 5 é sobre a mudança de foco em relação ao custo, antes os prestadores eram o foco da operadora quando se pensava em redução de custo, hoje, são os próprios beneficiários o foco da atenção das operadoras de saúde.

CONCLUSÃO

Alguns fatores evidenciam a visão dos gestores das duas operadoras estudadas

Diante do exposto conclui-se que as evidências sinalizam que os sistemas de saúde vigentes se não implantarem programas de saúde e prevenção de doenças terão problemas de sustentabilidade.

Existe uma necessidade urgente na redução de custos referentes à assistência à saúde por parte das operadoras e para tanto devem ser planejadas ações estratégicas. A implantação de programas de saúde e prevenção de doenças é uma opção que minimiza radicalmente os custos uma vez que propicia a diminuição da incidência de internações devido o aumento na qualidade de vida de seus segurados.

Algumas empresas como AMIL e UNIMED já implantaram programas de promoção da saúde e prevenção de doenças através de práticas educativas e o resultado financeiro tem sido positivo. Entretanto, muitas empresas ainda não se conscientizaram que os custos que vão ter com a implantação desses programas não deve ser considerado como custo e sim como investimento, uma vez que no final vão ter seus custos finais com internações e consultas reduzidos.

Quanto à promoção de saúde e prevenção de doenças por parte da AMIL e UNIMED verifica-se que: trata-se de um Programa bem sucedido. Entretanto, deve-se analisar a probabilidade de aumento na equipe buscando atender a um número maior de pessoas. Isso acarretaria em uma diminuição menor ainda nos custos evitáveis.

Além disso, verificou-se com essa pesquisa que das operadoras pesquisadas (envio de questionários), apenas duas possuem o Programa de Prevenção a doenças e

Promoção da Saúde. Embora a redução de custos seja um fator que motive a implantação desse programa, ainda está aquém do que deveria ser feito.

Objetivou-se inicialmente mensurar a redução de custos de uma Operadora de Plano de Saúde, entretanto, não foi possível, devido à dificuldade de obter os dados numéricos por parte das mesmas. São dados sigilosos que não podem ser divulgados.

Mas, mesmo sem obter esses números, a diminuição dos custos com internações e principalmente com cirurgias é inegável. Mesmo que de fato as Operadoras de Saúde Privada pesquisadas (Amil e Unimed), mantenham os resultados dos seus programas de promoção e prevenção da saúde “a sete chaves”, ou seja, estrategicamente apenas os gestores envolvidos acessam as informações.

Esta realidade se evidenciou durante as entrevistas realizadas onde se conseguia a permissão para acessar visualmente as planilhas de resultados, desde que, elas não fossem copiadas ou publicadas. No caso da Unimed em um determinado conjunto de beneficiários, no qual o custo mensal assistencial era de R\$ 11.000.000,00, após investimentos de R\$ 2.000.000,00 em programas de promoção e prevenção da saúde durante quatro anos (2007, 2011), houve uma redução do custo mensal assistencial que passou a ser de R\$ 7.000.000,00. Seria necessária maior abertura das Operadoras pesquisadas para demonstração oficial dos dados obtidos.

Um obstáculo a pesquisa encontrado é a falta de dados devido ao curto tempo de implantação dos programas, hoje em torno de 3 a 5 anos. Este fato evidencia a necessidade de estudos futuros e novas entrevistas dando continuidade ao assunto pesquisado. Outra dica de trabalho futuro sobre o tema seria o estudo de amostras com dois universos de beneficiários, a primeira amostra com beneficiários que não aderiram ao programa de promoção e prevenção da saúde em correlação a outra amostra de patologia semelhante que aderiram ao programa.

Não se pode negar que, estamos diante de uma mudança no modelo de gestão que além da diminuição dos custos com internações e operações, trazem os Programas de Promoção e Prevenção da Saúde a principal ferramenta tornando-se excelentes aos beneficiários, que acabam tendo uma qualidade de vida melhor, com maior atenção e mantendo-se sempre que possível longe das unidades hospitalares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Alberto Carlos. *A cabeça do brasileiro*. Rio de Janeiro: Record, 2007.

ANDRADE, M. V., LISBOA, M. B. Alguns fatos estilizados sobre o setor saúde no Brasil. EPGE/FGV, 2000a, mimeo.

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). . 3. ed. rev. e atual. . Rio de Janeiro : ANS, 2009.

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. Cadernos de Informação da Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS; 2007.

ARAÚJO AM. A regulação do mercado de saúde suplementar no Brasil: barreiras à entrada e à saída de empresas de plano e seguro de saúde de planos privados [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): ENSP/Fiocruz; 2003.

AROUCA, A. S. S. O dilema preventivista: contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva. Tese de doutoramento, Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1975.

BRASIL. Ministério da Saúde. Glossario tematico: economia da saude. Brasilia, DF, 2005. Plano nacional para o controle integrado das DCNT: promocao da saude, vigilancia, prevencao e assistencia. Brasilia, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores: doenças crônicas não transmissíveis e Rede Carmen. Brasília, DF, 2007.

BUSS, P.M. “Uma introdução ao conceito de promoção da saúde” In: Czeresnia, D. & Freitas C.M. (orgs) Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2003.

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

COSTA N.R.; RIBEIRO, J.M.; SILVA P.L.B.; MELO, M.³C. “O desenho institucional da reforma regulatória e as falhas de mercado no setor saúde” In: RAP – Revista de Administração Pública vol 35 (2) 193 – 228, 2001.

CZERESNIA, D. Do Contágio à Transmissão: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997.

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

DONABEDIAN A. 1984. La calidad de la atención médica – definición y métodos de evaluación. La Prensa Mexicana, México, D.F

FURTADO, J. P. Avaliação de programas e serviços. In: CAMPOS, G. W. S. et al. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 715-739.

GAMA, A. N. “Caracterização da autogestão no processo de regulamentação do setor suplementar de saúde” dissertação apresentada ao Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo cruz como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Saúde pública, 2003.

GAEDE P, Vedel P, Larsen N, Jensen GVH, Parving H-H, Pedersen O. Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. *New Engl J Med* 2003;348:383-393. Fonte: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa021778>

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GORDON, I. (2002) - Marketing de relacionamento: estratégias, técnicas e tecnologias para conquistar clientes em antê-los para sempre. Futura. São Paulo.

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

LEAVELL, S. & CLARCK, E.G. Medicina Preventiva. SP: McGraw-Hill. LUPTON, D. (1995) The Imperative of Health. Public Health and the regulated body, London, Sage, 1976.

LALONDE, M. O conceito de "campo da saúde": uma perspectiva canadense. In: ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. *Promoção de saúde: uma antologia*. Washington, DC, 1996. (Publicação científica, 557)

MAJONE, G. *Regulating Europe*. London: Routledge; 1996.

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

MILIO, N. "Búsqueda de beneficios económicos com la promoción de la salud" In: OPS. *Promoción de la Salud: Una Antologia*. Washington: OPS, Publ. Cient. 557, 47 – 59, 1996.

MINAYO, M.C.S. e SOUZA, E.R. *Violência sob o Olhar da Saúde – a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

MS (Ministério da Saúde). *Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Carta de Ottawa*.

Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf, 2002.

MS (Ministério da Saúde). *Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: MS, 1986.

NICHOLS, E. "La necesidad de contar com normas" In: Organização Panamericana de la Salud *Prevención Clínica: guía para médicos*. Washington, D.C.: OPS Publicación científica n n. 568. 37 – 54, 1998.

NUNES, E. D. 'Saúde coletiva: história e paradigmas'. *Interface — Comunicação, Saúde e Educação*, 3:107-16, 1998.

OPS. *Prevención Clínica: guía para médicos*. Washington, D.C.: OPS Publicación científica n. 568. 13 – 20, 1998.

PEREIRA, I. M. T. B., PENTEADO, R. Z., MARCELO, V. C. Promoção de saúde e educação em saúde: uma parceria saudável. *O mundo da saúde*, ano 24, v.24, n.1, p.39-44, 2000.

Pesquisa Nacional Por Amostra de Domicílios - **PNAD 2003**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/coeficiente_brasil.shtm

SCHMITT, Carl. *Legality and Legitimacy*. Durham: Duke University Press, 2004.

TEIXEIRA, A.; BAHIA, L; VIANNA M.L.T. W. “Nota sobre a regulação dos planos de saúde de empresas, no Brasil” in: Brasil, MS, ANS, Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro, ANS, 2002.

TORRES, C.H. Ensino de Epidemiologia na Escola Médica: institucionalização da epidemiologia como disciplina na faculdade de medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Dissertação apresentada para a obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. 2002.

TORRES, C.H. & CZERESNIA, D. (2003) “A Institucionalização da epidemiologia como disciplina na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro” in: História, Ciências, Saúde: Manguinhos, vol 10 (2), 2003.

VERGARA, S.C. Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração. 11ª ed. São Paulo: Atlas, 2009.

_____. Métodos de coleta de dados no campo. São Paulo: Atlas, 2009b.

WORLD BANK. Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil. Washington, D.C.: World Bank; 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Ottawa Charter for Health Promotion. Disponível em <http://www.who.int/hpr/docs/ottawa.html>, 1986.

ANEXO 1
Questionários

Nome da Operadora: Amil

Nome: Antonio Felipe Sanjuliani

Cargo: Gerente

Formação: Médico

Tempo na Operadora: ---

1) Como surgiu a idéia de ter um Programa de Promoção e Prevenção?

Surgiu há 9 anos atrás quando percebemos o numero de pacientes que re-internavam por motivos evitáveis.

2) Qual a cobertura (% sobre usuários ou valor nominal de beneficiários) do Programa?

Hoje temos 1.800 pacientes em acompanhamento pelo Programa Bem Viver. Qual a abrangência do Programa? Abrangemos as cidades do Rio de Janeiro, Grande Rio, Niterói, São Gonçalo.

3) Como é seu Programa de Promoção e Prevenção?

Os critérios de inclusão são: idade ≥ 60 anos; se dúvida para o perfil do Programa, aplica-se o questionário Prisma 7, se positivo, idoso é incluído. Hoje recebemos muitos pacientes de alta hospitalar onde já está claro a clínica e a necessidade do paciente, nesses casos o questionário não é aplicado.

Recebemos pacientes de diversos setores da empresa. No início do Programa a única porta de entrada era o convite ao pacientes que apresentavam questionário (PRA) Probabilidade de re-internação hospitalar positivo, nesses casos a abordagem preventiva tem maior sucesso.

Quando o paciente aceita participar do Programa ele recebe a primeira visita domiciliar da enfermeira, onde é realizada uma avaliação geriátrica ampla, nesse momento são colhidos dados epidemiológicos e clínico-funcionais.

O caso é então discutido com médico da equipe e o paciente é classificado em um grupo funcional (são 4 diferentes) que vai determinar o tipo de acompanhamento que o paciente terá (frequências das visitas de enfermagem, monitoramento telefônico). Todo paciente recebe visita de enfermagem onde é feito a consulta clínica e orientações de promoção e prevenção de saúde.

Os pacientes independentes e com autonomia recebem as orientações por acompanhamento telefônico, sendo estimulados a frequentarem as suas consultas na rede referenciada. Todos os beneficiários do Programa são reavaliados anualmente e podem ser reclassificados nos diversos grupos de acompanhamento. Os demais profissionais: médicos, fisioterapeutas, nutricionista, psicóloga, são acionados conforme indicação clínica.

4) Conte a história da decisão até a implantação desse programa.

A diretoria médica da operadora buscava formas de controlar os custos com reinternações. Procuraram então alguém que fosse responsável por essa avaliação, e essa pessoa foi responsável pelo estudo e levantamento na literatura sobre quais tipos de ações já possuíam validação para esse intuito. Foi selecionado o Pra (que determina um coeficiente de risco de readmissão hospitalar) como o instrumento a ser utilizado como triagem dos pacientes a serem abordados. A partir daí o Programa foi construído com a proposta de uma intervenção preventiva.

5) Que fatores foram mais importantes para a tomada da decisão em implantar o programa? (Houve unanimidade na operadora na decisão de implantar o programa?)

O grande fator foi a contenção de custos associado à qualidade de atendimento.

6) Houve unanimidade na operadora na decisão de implantar o programa? Se NÃO, quais as dúvidas mais frequentes?

A idéia do Programa foi acolhida pela direção médica, mas não era uma unanimidade na operadora, os questionamentos eram sobre a real efetividade do Programa. Alguns estudo foram feitos nos primeiros anos, que comprovaram a efetividade do Programa.

7) O programa de Programa de Promoção e Prevenção é realizado com equipe própria?

Sim.

8) Qual a equipe de profissionais que participam do programa?

Equipe visitadora: 7 enfermeiras, 4 fisioterapeutas, 7 médicos, 1 nutricionista, 1 psicóloga. Equipe da gestão do Programa: 3 medicas e 1 enfermeira.

9) Qual a função de cada profissional no programa?

Principal atuação é da enfermagem, eles que tem o maior contato com o paciente. Tem como função toda orientação para promoção da saúde, adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico. Os demais profissionais atuam dentro das suas respectivas funções, sempre com interdisciplinaridade. A equipe se fala por celular que a empresa fornece onde as informações podem ser trocadas, além de prontuário único eletrônico e reuniões presenciais mensais.

10) Quais as facilidades e dificuldades em manter o beneficiário freqüente ao Programa?

Como é um Programa voltado para o idoso e o acompanhamento é domiciliar, temos uma boa adesão, mas o maior problema é quando a família não tem estrutura para o cuidado do idoso dependente.

11) Quais os resultados esperados em relação ao programa?

Esperamos que o idoso tenha uma melhor qualidade de vida, uma melhor adesão ao seu tratamento, que siga os protocolos de prevenção adotados pelo Programa, diminuição do declínio funcional, menos taxa de internação hospitalar, menos idas as emergências.

12) Há metas definidas em relação à assistência à clientela que participa do programa? Quais? .(redução de custos, redução de internação consumo de insumos, etc...).

Como dito anteriormente, espera-se redução de custos com a atenção terciária, ou seja, com internação hospitalar. O custo com consultas e exames permanece o mesmo ou maior quando comparado a um grupo semelhante e que não é acompanhado pelo Programa.

13) Quais os critérios para o ingresso do beneficiário no programa? Quem toma a decisão em relação ao seu ingresso? Isso é previsto em contrato?

Não é previsto em contrato, o Programa é um benefício da operadora oferecido ao cliente que preenche os critérios de inclusão. O encaminhamento do idoso é feito por diversas áreas da empresa, pelos Hospitais que tem equipes próprias, pacientes de alta de Home Care, etc. A equipe de gestão do programa faz a avaliação do caso, aplica-se questionário de avaliação do declínio funcional (prisma-7), explica-se o Programa para o beneficiário e se ele aceitar é então agendada a AVG.

14) Qual o fluxo de ingresso do beneficiário ao Programa?

Já explicado anteriormente.

15) Há um limite de beneficiários para participar do programa?

Sim, temos o limite do tamanho da equipe assistencial, pois cada enfermeira consegue acompanhar de 200 a 250 idosos. No momento estamos com uma demanda reprimida, a equipe deve crescer esse ano, com a contratação de uma nova enfermeira e um técnico de enfermagem.

16) É feito o vínculo dos beneficiários a uma determinada equipe?

Esse vínculo se dá por afinidade do beneficiário com a equipe ou é determinado pela operadora? Sabemos que para adequada adesão ao tratamento é fundamental que o paciente crie vínculo com a equipe que o acompanha. Nossos profissionais são divididos por áreas programáticas (bairros) que vão acompanhar esse paciente ao longo de seu percurso no Programa. Eventualmente existe alguma mudança devido a férias ou necessidade de redistribuição do número de pacientes por enfermeira. O mesmo acontece com os outros profissionais (médicos e fisioterapeutas), já a nutricionista e a psicóloga são únicas para todo Programa.

17) Há um limite de beneficiários para se vincular a determinada equipe do programa?

Sim, cada enfermeira acompanha em média 250 pacientes e cada médico em média 50 pacientes.

18) Como se dá o contrato com a prestadora que opera o programa?

Não é prestadora, é a própria operadora que faz a gestão do Programa.

19) Há alguma exigência para a contratação da prestadora, tipo: a) composição da equipe de profissionais que vão operar o programa não se aplica; b) funcionamento do programa c) logística para realizar as ações de promoção e prevenção d) estrutura e recursos para realizar as ações de promoção e prevenção

e) resultados esperados em relação ao programa. f) cumprimento de metas em relação à assistência à clientela assistida p/ programa; g) outras. Quais?

20) Que avaliação a operadora tem do desempenho do seu programa ou do que foi contratado à prestadora do programa? Qual a opinião do gestor?

Não se aplica

21) A operadora avalia o grau de satisfação dos beneficiários em relação ao programa?

Sim, já foi feita a pesquisa de qualidade e satisfação do usuário, porém apenas uma vez.

22. Como você percebe a satisfação dos beneficiários em relação ao programa?

De maneira geral percebemos os clientes satisfeitos com a atenção ao cuidado com a saúde deles. Gostam das visitas, recebem bem a equipe, apresentam boa adesão às orientações.

Nem sempre conseguimos agradar a todos, pois as indicações de acompanhamento do Programa são sempre técnicas e nem sempre a percepção das famílias é essa, acham que precisam de mais recursos do que o Programa oferece geralmente ligado a questões de urgência/emergência.

23) Com base na experiência do Programa, você vivencia situações de conflito, ou, insatisfação de algum segmento (fornecedor, operadora, usuário, profissionais)?

Às vezes os usuários ficam insatisfeitos, mais por conta do comportamento de consumidor, “eu pago, quero tudo que tenho direito”. O Programa tem seus critérios de

avaliação e indicações precisas de acompanhamento, procuramos deixar isso bem claro desde a primeira avaliação.

24) Como você lida com estes conflitos? Como eles são trabalhados?

Analisamos e abordamos cada caso individualmente, acolhemos as queixas e demandas e tentamos solucionar da melhor forma possível, deixando a família tranqüila e não deixando de seguir os protocolos do Programa.

25) Hoje você faria alguma alteração no programa?

Sim, hoje percebemos uma mudança do perfil dos pacientes do Programa ao longo desses quase 9 anos. São pacientes mais graves, que complicam mais e assim sobrecarregam a equipe de atendimento domiciliar, com mais intercorrências. Há uma maior demanda pela parte assistencial curativa do que preventiva. Precisamos de um fluxo com equipe de apoio para as urgências/emergências onde estão os maiores problemas percebidos pela equipe e pelos clientes, assim poderíamos também evitar internações desnecessárias.

26) Há alguma questão que gostaria de falar e não foi abordada?

Nome da Operadora: Amil Assistência Médica Internacional Ltda.

Nome: Claudio Tafla

Cargo: Gerente Médico

Formação: Medicina

Tempo na Operadora: 9 anos

1) Como surgiu a idéia de ter um Programa de Promoção e Prevenção?

A empresa por ter sido criada e dirigida por médicos, sempre teve o conceito de atuar em todas as frentes da Medicina, e a Promoção e Prevenção são fundamentais em se pensando na definição de Saúde, que seria manter o bem estar bio-psico-socio-afetivo do indivíduo. Fora isso, sentimos a necessidade de nos diferenciarmos do mercado, ao oferecer um diferencial que ajudasse o cliente (beneficiário) e ao mesmo tempo nos viabilizasse a equação custo x receita dos contratos.

2) Qual a cobertura (% sobre usuários ou valor nominal de beneficiários) do Programa? Qual a abrangência do Programa?

Todos os Programas de Prevenção e Promoção foram desenhados e estão habilitados a atuar na totalidade da população da operadora. Neste sentido existem alguns Programas que gostaríamos de citar e que vão desde o Estudo de Cobertura de Risco (ECR) que atua em todos os contratos de pessoa jurídica, até o Programa Amil Qualidade de Vida (PAQV) que hoje com mais de 200.000 beneficiários, atua

preferencialmente em contratos de Pessoa Jurídica, porém não somente nestes. Outro programa importante neste sentido é o Gestão de Pacientes de Alto Risco (GPAR) que através de 9 Fluxos identifica, classifica, aloca e monitora beneficiários com risco e doença, hoje com 68.000 beneficiários.

3) Como é seu Programa de Promoção e Prevenção?

O ECR é um programa que usa o vasto banco de dados de beneficiários da operadora, assim como suas utilizações, para prever os eventos (exames especiais, internações clínicas e cirúrgicas) que acontecerão no contrato analisado e na população informada de acordo com sexo, faixa etária, ramo de atividade e localização. Aproveito para anexar um texto explicativo do GPAR e do PAQV, também.

4) Conte a história da decisão até a implantação desse programa.

Como todo Programa e Conceito novo, tivemos uma grande jornada de preparação antes da implantação e utilização dos mesmos. Enviamos colaboradores da empresa para realizar um benchmarking nacional e internacional, para conhecermos os programas em atividades no mercado, assim como as dificuldades e particularidades enfrentadas. Todos os programas foram baseados em Tecnologia de Informação e por isso houve a necessidade de escolha de empresas do ramo para uma assessoria. Por fim iniciamos o desenvolvimento, homologação e Produção em ambientes diferentes e iniciando sempre a aplicação nos colaboradores da Amil, como teste inicial.

5) Que fatores foram mais importantes para a tomada da decisão em implantar o programa? (Houve unanimidade na operadora na decisão de implantar o programa?)

Não. A empresa tem diretorias com focos e estratégias particulares, além da missão e visão única, por isso confluir os objetivos em todos estes Programas, nas diversas diretorias e atores foi um trabalho inicial, pois sabíamos que todos teriam que dar sua parcela de contribuição e atuar no sentido do objetivo comum, muitas vezes, em detrimento de objetivos pessoais ou setoriais. Este foi um grande e demorado trabalho de convencimento e negociação.

6) Houve unanimidade na operadora na decisão de implantar o programa? Se NÃO, quais as dúvidas mais freqüentes?

Não, mas após reuniões e negociações todos entenderam que os objetivos e resultados dos Programas auxiliariam a todos e assim cederam em prol do coletivo. A maioria das áreas tinha certa dificuldade em correlacionar os objetivos financeiros, de investimento e de resultados, em relação ao período solicitado, frente aos que seriam encontrados pelos Programas.

7) O programa de Programa de Promoção e Prevenção é realizado com equipe própria?

Após a fase de desenvolvimento e homologação, que foi feita em conjunto com empresas do setor de Tecnologia de Informação, todo o trabalho de aplicação e acompanhamento foi feito com colaboradores e equipe própria

8) Qual a equipe de profissionais que participam do programa?

Formamos equipes de Gestão de saúde por filiais para tomarem conta destes Programas regionalmente. São médicos, enfermeiras, psicólogas, fisioterapeutas, assistentes sociais e telefonistas.

9) Qual a função de cada profissional no programa?

Cada um tem uma função pré-determinada em cada um dos Programas e na maioria das vezes uma interação semanal com reuniões de análise e aprimoramento. Os médicos geralmente são os líderes das equipes, mas sem uma hierarquia rígida, pois as tarefas são complementares e muitas vezes ocorrem em paralelo.

10) Quais as facilidades e dificuldades em manter o beneficiário freqüente ao Programa?

Hoje temos dificuldades relacionadas ao tamanho e dispersão de beneficiários, além das peculiaridades regionais de nosso país continental. Outra dificuldade que enfrentamos está no convencimento de beneficiários em relação ao seu engajamento pessoal em prevenção e promoção, além do engajamento e investimento das empresas nestes Programas, uma vez que seu ROI (retorno sobre o investimento) geralmente é a médio e longo prazo.

Quanto às facilidades, podemos nos orgulhar de uma equipe bem preparada técnica e cientificamente, além de Programas bem embasados que dispensam uma “venda” mais elaborada, além de termos Programas bem estruturados para oferecer a todas as populações identificadas com risco ou doentes, em nossas estruturas próprias espalhadas pelo país.

11) Quais os resultados esperados em relação ao programa?

Além da melhor percepção a respeito de uma diferenciação no modo de atuar em Saúde, temos objetivos de retorno em relação a indicadores de utilização, certificação de qualidade, retornos sobre investimentos e toda uma parte de benefícios intangíveis e indiretos relacionados à percepção da operadora e de sua marca.

12) Há metas definidas em relação à assistência à clientela que participa do programa? Quais? (redução de custos, redução de internação e consumo de insumos, etc.).

As metas são especificadas em relação a uma melhor utilização e não apenas a uma menor utilização. Temos certeza que a prevenção e promoção são o caminho para junto com uma maior eficiência e resolutividade, transformarmos este sistema de saúde em que estamos inseridos, em algo viável. Para tanto temos metas de englobarmos 90% da população alvo para os Programas e mantermos uma fidelização maior do que as dos estudos científicos nacionais e internacionais apresentam. Temos sido eficientes e eficazes neste sentido, e com isso temos tido um maior retorno, em geral, do que a maioria das operadoras do mercado, conforme pode ser evidenciado pela ANS.

13) Quais os critérios para o ingresso do beneficiário no programa? Quem toma a decisão em relação ao seu ingresso? Isso é previsto em contrato?

A elegibilidade para os beneficiários é a própria identificação de risco correlacionado ao Programa. Não existem restrições, pois temos interesse em sermos os mais inclusivos possíveis, além de com isso podermos evoluir para uma maior assertividade nas indicações e prospecções. Todos os Programas são contratuais e de decisões bilaterais de implantação, não havendo exclusão contratual e sim uma maior ou menor indicação em relação à situação atual e indicação da empresa.

14) Qual o fluxo de ingresso do beneficiário ao Programa?

Na maioria dos Programas o beneficiário é prospectado por seus fatores de risco ou por sua utilização em sistema. Mas beneficiários podem ser também indicados por profissionais da rede para que sejam avaliados e convidados a participar dos Programas voluntariamente.

15) Há um limite de beneficiários para participar do programa?

Não, pois temos interesse em ter a maior parcela de beneficiários incluídos, o que gerará uma maior fonte de informações em saúde desta população.

16) É feito o vínculo dos beneficiários a uma determinada equipe? Esse vínculo se dá por afinidade do beneficiário com a equipe ou é determinado pela operadora?

Existe um convite e, quando solicitado, uma orientação para oferta de determinados serviços, porém não uma obrigatoriedade ou direcionamento para os mesmos, assim como, quando existe insatisfação pelo beneficiário, podemos realocá-lo em outro prestador ou serviço.

17) Há um limite de beneficiários para se vincular a determinada equipe do programa?

Os limites existentes estão relacionados à efetividade e capacidade de aplicação e de absorção física de beneficiários, mas ainda não tivemos problemas em relação a isto, pois grande parte do serviço é feito pela Tecnologia de Informação e pelo Call Center, após a aplicação pessoal das avaliações.

18) Como se dá o contrato com a prestadora que opera o programa?

São prestadores internos e a contratação é direta com a operadora, sem problemas.

19) Há alguma exigência para a contratação da prestadora, tipo: a) composição da equipe de profissionais que vão operar o programa b) funcionamento do programa c) logística para realizar as ações de promoção e prevenção d) estrutura e recursos para realizar as ações de promoção e prevenção e) resultados esperados em relação ao programa. f) cumprimento de metas em relação à assistência à clientela assistida p/ programa. g) outras. Quais?

Não para todas, pelo motivo de serem equipes próprias e internas.

20) Que avaliação a operadora tem do desempenho do seu programa ou do que foi contratado à prestadora do programa? Qual a opinião do gestor?

Temos sempre uma auto cobrança no sentido de sermos mais pró-ativos e abrangermos uma parcela maior dos beneficiários, porém entendemos que dependem de questões próprias das empresas e conjunturas que extrapolam a atenção à saúde como foco principal, por isso estamos sempre estimulando, mas com reservas e paciência necessárias ao bom relacionamento.

21) A operadora avalia o grau de satisfação dos beneficiários em relação ao programa?

Não temos críticas após a implantação dos Programas o que nos deixa orgulhosos e certos de que estamos no caminho certo e da forma correta.

22) Como você percebe a satisfação dos beneficiários em relação ao programa?

Positiva, conforme acima, além de estarmos com boa adesão.

23) Com base na experiência do Programa, você vivencia situações de conflito, ou, insatisfação de algum segmento (fornecedor, operadora, usuário, profissionais)? Como você lida com estes conflitos? Como eles são trabalhados?

Conflitos existem, motivados por interesses pessoais em detrimentos de coletivos, mas que são contornados uma vez que são identificados e bem explicados aos atores.

24) Como você lida com estes conflitos? Como eles são trabalhados?

A primeira preocupação é entender quem são os geradores de conflitos e quais são os seus motivos e objetivos. Depois disso entra a negociação que sempre é conduzida com transparência levando em consideração os objetivos e estratégias macro da operadora.

25) Hoje você faria alguma alteração no programa?

Apenas estimularia mais os beneficiários a se engajarem e aderirem, mas como explicamos acima, isto depende pouco de nossa vontade.

26) Há alguma questão que gostaria de falar e não foi abordada?

Acreditamos em Prevenção e Promoção como base de nossa operação e saudamos com bons olhos qualquer ação de qualquer ator do Sistema de Saúde Suplementar, assim com o da própria ANS, no sentido de estimular e qualificar Programas neste sentido. Mas queríamos também reforçar que o sucesso dos Programas está no engajamento do beneficiário e enquanto não houver uma bonificação ou penalização aos que se engajarem ou não, respectivamente, teremos dificuldades em evoluir neste sentido. As operadoras, por questões de discriminação, não pode atuar

neste sentido, por força de lei, mas as empresas, em relação às suas remunerações variáveis, pode e deve ser a mola propulsora de ações como estas.

Nome da Operadora: Unimed Rio

Nome: Eliane Guimarães

Cargo: Coordenadora da Área de Gestão de Saúde

Formação: Médica

Tempo na Operadora: Desde abril 2003

1) Como surgiu a idéia de ter um Programa de Promoção e Prevenção?

Em face do aumento dos custos da rede médica e da necessidade de acompanhamento clínico mais próximo do cliente.

2) Qual a cobertura (% sobre usuários ou valor nominal de beneficiários) do Programa? Qual a abrangência do Programa?

8.039 clientes participantes (dados de março 2011)

3) Como é seu Programa de Promoção e Prevenção?

- **Gestação Saudável:**

Objetiva promover a saúde física e emocional da mãe e do bebê no ciclo gravidez, parto e puerpério. Consiste em programa de ações educativas, conduzido por psicóloga, tendo como metodologia o psicodrama sócio-educacional, dinâmicas de

grupo, exposições, vídeos e apostilas. Contempla ainda palestras ministradas por profissionais especialistas sobre imunização, saúde bucal e nutrição, além da divulgação de material educativo.

De acordo com o aceite da gestante, pode ocorrer uma visita domiciliar nos primeiros 30 dias de vida do bebê para orientações sobre os cuidados com o bebê e a mãe no puerpério.

- Coração Saudável:

Objetiva identificar e acompanhar os fatores de risco cardiovasculares bem como outras comorbidades em clientes selecionados a partir do Mapeamento de Saúde realizado. Consiste em programa de ações educativas com ênfase em mudanças do estilo de vida, correção dos fatores de risco através de orientação individualizada durante consulta clínica, atividades em grupo, com abordagem multiprofissional e divulgação de material educativo.

- Programa de Gerenciamento de Crônicos

Objetiva promover o auto cuidado, reduzindo a possibilidade de intercorrências e internações em clientes portadores de doenças crônicas: hipertensão arterial, diabetes, DPOC e cardiopatias, selecionados a partir de critérios de inclusão estabelecidos pela Unimed Rio. Consiste em programa de orientação e acompanhamento de saúde e de tratamento através de visitas domiciliares e ligações telefônicas periódicas de equipe multiprofissional e de estímulo ao estreitamento do vínculo do cliente com o médico cooperado assistente.

- Programa de Atenção Domiciliar

4) Conte a história da decisão até a implantação desse programa.

5) Que fatores foram mais importantes para a tomada da decisão em implantar o programa? (Houve unanimidade na operadora na decisão de implantar o programa?)

O aumento do custo da rede, fidelização do cliente e seu acompanhamento clínico.

6) Houve unanimidade na operadora na decisão de implantar o programa? Se NÃO, quais as dúvidas mais frequentes?

Sim

7) O programa de Programa de Promoção e Prevenção é realizado com equipe própria?

Parcialmente

8) Qual a equipe de profissionais que participam do programa?

Coordenador Médico; Médicos Gestores; Enfermeiras; Assistentes Sociais; Fisioterapeutas; Nutricionistas; Administrativos; Técnico e Auxiliar de Enfermagem.

9) Qual a função de cada profissional no programa?

A difusão da cultura de prevenção e promoção da saúde da Saúde junto aos clientes. A participação atuante das Empresas clientes.

10) Quais as facilidades e dificuldades em manter o beneficiário freqüente ao Programa?

Melhora clínica dos clientes, fidelização e redução dos custos.

11) Quais os resultados esperados em relação ao programa?

12) Há metas definidas em relação à assistência à clientela que participa do programa? Quais? (redução de custos, redução de internação e consumo de insumos, etc.).

Os critérios são estabelecidos a partir do mapeamento epidemiológico e screenings de PA, IMC e Laboratoriais.

13) Quais os critérios para o ingresso do beneficiário no programa? Quem toma a decisão em relação ao seu ingresso? Isso é previsto em contrato?

Convite individual após as triagens.

14) Qual o fluxo de ingresso do beneficiário ao Programa?

15) Há um limite de beneficiários para participar do programa?

Sim. Operadora.

16) É feito o vínculo dos beneficiários a uma determinada equipe? Esse vínculo se dá por afinidade do beneficiário com a equipe ou é determinado pela operadora?

Não

17) Há um limite de beneficiários para se vincular a determinada equipe do programa?

18) Como se dá o contrato com a prestadora que opera o programa?

19) Há alguma exigência para a contratação da prestadora, tipo: a) composição da equipe de profissionais que vão operar o programa b) funcionamento do programa c) logística para realizar as ações de promoção e prevenção d) estrutura e recursos

para realizar as ações de promoção e prevenção e) resultados esperados em relação ao programa. f) cumprimento de metas em relação à assistência à clientela assistida p/ programa. g) outras. Quais?

Sim para o cumprimento de metas em relação à assistência à clientela assistida p/ programa.

20) Que avaliação a operadora tem do desempenho do seu programa ou do que foi contratado à prestadora do programa? Qual a opinião do gestor?

21) A operadora avalia o grau de satisfação dos beneficiários em relação ao programa?

Sim.

22) Como você percebe a satisfação dos beneficiários em relação ao programa?

Através de Pesquisa de Satisfação realizada por empresa contratada para tal.

23) Com base na experiência do Programa, você vivencia situações de conflito, ou, insatisfação de algum segmento (fornecedor, operadora, usuário, profissionais)? Como você lida com estes conflitos? Como eles são trabalhados?

Conflitos existem, motivados por interesses pessoais em detrimentos de coletivos, mas que são contornados uma vez que são identificados e bem explicados aos atores.

24) Como você lida com estes conflitos? Como eles são trabalhados?

25) Hoje você faria alguma alteração no programa?

Aumentar a abrangência

26) Há alguma questão que gostaria de falar e não foi abordada?

Não

ANEXO II
Carta de Ottawa

Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde

21 de novembro de 1986

A Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, realizada em Ottawa em 21 de novembro de 1986, emite a presente Carta dirigida à execução do objetivo "Saúde para Todos no Ano de 2000"

Esta Conferência foi, antes de tudo, uma resposta à crescente demanda por uma concepção de Saúde Pública no mundo.

Embora as discussões se centrassem nas necessidades dos países industrializados, levaram-se também em conta os problemas que atingem as demais regiões.

A Conferência tomou como ponto de partida os progressos alcançados em consequência da Declaração de Alma Ata, em primeira instância, o documento "Os Objetivos da Saúde para Todos" da Organização Mundial da Saúde e o debate sobre a ação intersectorial para a saúde, discutido recentemente na Assembléia Mundial da Saúde.

Promover a Saúde

A Promoção da saúde consiste em proporcionar aos povos os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma.

Para alcançar um estado adequado de bem estar físico, mental e social, um grupo deve ser capaz de identificar e realizar suas aspirações, satisfazer suas necessidades e mudar ou adaptar-se ao meio ambiente.

A saúde, então, não vem com um objetivo, mas como fonte de riqueza da vida cotidiana. Trata-se de um conceito positivo que acentua os recursos sociais e pessoais, assim como as aptidões físicas. Portanto, dado que o conceito de saúde como bem estar transcende a idéia de forma de vida sadias, a promoção da saúde não concerne, exclusivamente ao setor sanitário.

Pré-requisitos para a saúde

As condições e requisitos para a saúde são: a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, justiça social e a equidade. Qualquer melhora da saúde há de ter como base, necessariamente, estes pré-requisitos.

Promover o conceito

Uma boa saúde é o melhor recurso para o progresso pessoal, econômico e social, e uma dimensão importante da qualidade de vida. Os fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, de meio ambiente, de conduta e biológicos podem intervir a favor ou contra a saúde.

O objetivo da ação pela saúde é fazer com que essas condições sejam favoráveis para poder *promover* a saúde

Promover os meios

A promoção da saúde consiste em alcançar a equidade sanitária. Sua ação tem o objetivo de reduzir as diferenças no atual estado da saúde e assegurar a igualdade de oportunidades e *promover os meios* que permitam a toda a população desenvolver ao máximo sua saúde potencial. Isto implica uma base sólida em um meio que a apóie, acesso à informação, e possuir as aptidões e oportunidades que a levem a fazer suas opções em termos de saúde. As pessoas não poderão alcançar sua plena saúde potencial, a menos que sejam capazes de assumir o controle de tudo o que determine seu estado de saúde. Isto se aplica igualmente a homens e mulheres.

Atuar como mediador

O setor sanitário não pode, por si mesmo, proporcionar as condições prévias nem assegurar as perspectivas favoráveis para a saúde, além do que, a promoção da saúde exige a ação coordenada de todos os implicados: os governos, os setores sanitários e outros setores sociais e econômicos, as organizações beneficentes, as autoridades locais, a indústria e os meios de comunicação. As pessoas de todos os meios sociais estão implicadas tanto com os indivíduos quanto com as famílias e comunidades. Aos grupos sociais e profissionais e ao pessoal do grupo sanitário corresponde, especialmente, assumir a responsabilidade de *atuar como mediadores* entre os interesses antagônicos e a favor da saúde.

As estratégias e programas de promoção da saúde devem adaptar-se às necessidades locais e às possibilidades específicas de cada

país e região, e ter em conta os diversos sistemas sociais, culturais e econômicos.

A participação ativa na promoção da saúde implica:

A elaboração de uma política pública sadia

Para promover a saúde deve-se ir além do mero cuidado da mesma. A saúde tem que fazer parte da ordem do dia dos responsáveis pela elaboração dos programas políticos, em todos os setores e em todos os níveis, com o objetivo de fazê-los tomar consciência das conseqüências que suas decisões podem ter para a saúde, e levá-los a assumir a responsabilidade que têm a esse respeito.

A política da promoção da saúde tem que combinar enfoques diversos, se bem que complementares, nos quais figuram a legislação, as medidas fiscais, o sistema tributário e as mudanças organizacionais. É a ação coordenada o que leva a praticar uma política sanitária, monetária e social, que permita uma maior equidade. A ação conjunta contribui para assegurar a existência de bens e serviços mais seguros, de uma maior higiene nos serviços públicos e de um meio ambiente mais limpo.

A política de promoção da saúde requer que se identifiquem e eliminem os obstáculos que impeçam a adoção de medidas políticas que favoreçam a saúde naqueles setores não diretamente implicados com a mesma. O objetivo deve ser conseguir que a opção mais saudável seja, também, a mais fácil de ser realizada pelos responsáveis na elaboração dos programas.

A criação de ambientes favoráveis

Nossas sociedades são complexas e estão relacionadas entre si de forma que não se pode separar a saúde dos outros objetivos. Os laços que, de uma forma intrínseca, unem o indivíduo e seu meio constituem a base de uma aproximação sócio-ecológica à saúde. O princípio que deve guiar o mundo, as nações e as comunidades tem de ser a necessidade de fomentar o apoio recíproco, de proteger-nos uns aos outros, assim como nossas comunidades e nosso meio natural. Deve-se colocar em destaque que a conservação dos recursos naturais do mundo todo é uma responsabilidade mundial.

A mudança do modo de vida, de trabalho e de lazer afeta de maneira muito significativa a saúde. O trabalho e o lazer devem ser fonte de saúde para a população. O modo como a sociedade organiza o trabalho deve contribuir para a criação de uma sociedade saudável. A promoção da saúde gera condições de trabalho e de vida gratificantes, agradáveis, seguras e estimulantes.

É essencial que se realize uma avaliação sistemática do impacto que as mudanças do meio ambiente produzem na saúde, particularmente nos setores da tecnologia, trabalho, energia, produção e urbanismo. Essa avaliação deve ser acompanhada de medidas que garantam o caráter positivo dos efeitos dessas mudanças na saúde pública. A proteção, tanto dos ambientes naturais como dos artificiais e a

conservação dos recursos naturais, devem fazer parte das prioridades de todas as estratégias de promoção da saúde.

O reforço da ação comunitária

A promoção da saúde começa na participação efetiva e concreta da comunidade na eleição de prioridades, na tomada de decisões e na elaboração e desenvolvimento de estratégias para alcançar melhor nível de saúde. A força motriz desse processo provém do real poder das comunidades, da posse e controle que tenham sobre seus próprios esforços e destinos.

O desenvolvimento da comunidade baseia-se nos recursos humanos e materiais com que conta a própria comunidade para estimular a independência e apoio social, assim como para desenvolver sistemas flexíveis que reforcem a participação pública e o controle das questões sanitárias. Isto requer um total e constante acesso à informação e à instrução sanitária, assim como à ajuda financeira.

Desenvolvimento de aptidões pessoais

A promoção da saúde favorece o desenvolvimento pessoal e social, de forma a proporcionar informação e educação sanitária e a aperfeiçoar as aptidões indispensáveis à vida. Deste modo, incrementam-se as opções disponíveis para que a população exerça um maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio ambiente e para que opte por tudo o que propicie a saúde.

É essencial proporcionar os meios para que, ao longo de sua vida, a população se prepare para as diferentes etapas da mesma e enfrente as enfermidades e lesões crônicas. Isto só será possível através das escolas, lares, lugares de trabalho e ambiente comunitário, no sentido de que exista uma participação ativa por parte das organizações profissionais, comerciais e beneficentes, orientada tanto ao exterior como ao interior das próprias instituições.

Reorganização dos serviços sanitários

A responsabilidade pela promoção da saúde por parte dos serviços sanitários é dividida entre os próprios indivíduos, grupos comunitários, profissionais da saúde, instituições e serviços sanitários e os governos. Todos devem trabalhar em conjunto para conseguir um sistema de proteção da saúde.

O setor sanitário deve exercer um papel cada vez maior na promoção da saúde de tal forma que transcenda a mera responsabilidade de proporcionar serviços clínicos e médicos. Esses serviços devem tomar uma nova orientação que seja sensível às necessidades culturais dos indivíduos e as respeite. Assim mesmo deverão favorecer a necessidade, por parte das comunidades, de uma vida mais sadia e criar meios de comunicação entre o setor sanitário e os setores sociais, políticos e econômicos.

A reorientação dos serviços sanitários exige, igualmente, que se preste maior atenção à investigação sanitária, assim como às mudanças na educação e formação profissional. Tudo isso acabará produzindo uma mudança na atitude e organização dos serviços sanitários, de forma a girarem em torno das necessidades do indivíduo como um todo.

Irrompendo no futuro

A saúde vive e se cria na vida cotidiana: nos centros educacionais, no trabalho e no lazer. A saúde é o resultado dos cuidados que cada dispensa a si mesmo e aos demais, é a capacidade de tomar decisões e controlar a própria vida e assegurar que a sociedade em que vive ofereça a todos os seus membros a possibilidade de ser saudável.

Os cuidados com o próximo, assim como o planejamento holístico e ecológico da vida, são essenciais no desenvolvimento de estratégias para a promoção da saúde. Assim os responsáveis pela prática e avaliação das atividades promotoras da saúde devem ter sempre presente o princípio da igualdade entre os sexos em cada uma das fases do planejamento.

O compromisso a favor da promoção da saúde

Os participantes desta Conferência se comprometem a:

- Intervir no terreno da política da saúde pública e advogar em favor de um compromisso político coara no que concerne à eqüidade em todos os setores;
- Opor-se às opressões que ocorram para favorecer os maus produtos, os meios e condições de vida insalubres, a má nutrição e a destruição dos recursos naturais. Ainda se comprometem a centrar sua atenção em questões de saúde pública tais como a contaminação, ricos profissionais, invasão e crescimento desordenado de áreas não povoadas;
- Eliminar as diferenças entre as diversas sociedades e no interior das mesmas, e tomar medidas contra as desigualdades, em termos de saúde, que sejam resultado do que se pratica nessas sociedades;
- Reconhecer que os indivíduos constituem a principal fonte de saúde; apoiá-los e capacitá-los em todos os níveis para que eles, sua família e amigos mantenham um bom estado de saúde; do mesmo modo se comprometem a aceitar que a comunidade é o porta-voz fundamental em matéria de saúde, condições de vida e bem estar geral;
- Reorientar os serviços sanitários e seus recursos na promoção da saúde; repartir o poder com outros setores, outras disciplinas e, o que ainda é mais importante, com o próprio povo;
- Reconhecer que a saúde e sua manutenção constituem a melhor meta e investimento possíveis e tratar a questão ecológica global que mantém nossas formas de vida. A Conferência convoca todas as pessoas interessadas a formar uma forte aliança em favor da saúde.

Convocação à ação internacional

A Conferência convoca a Organização Mundial de Saúde e os demais organismos internacionais a advogar em favor da saúde em todos os foros apropriados e a dar apoio aos diferentes países para que se estabeleçam programas e estratégias dirigidas à promoção da saúde.

A Conferência tem a firme convicção de que, se os povos, as organizações governamentais e não governamentais, a Organização Mundial de Saúde e todos os demais organismos interessados juntarem esforços para a promoção da saúde e em conformidade com os valores sociais e morais inerentes a esta, o objetivo "Saúde para Todos no ano 2000" se tornará uma realidade.

A presente Carta foi elaborada e adotada por uma conferência internacional organizada conjuntamente pela Organização Mundial de Saúde, o Ministério de Saúde e Bem Estar Social do Canadá e a Associação Canadense de Saúde Pública. Duzentos delegados de 38 países se reuniram em Ottawa de 17 a 21 de novembro de 1986 para trocar experiências e conhecimentos dirigidos à promoção da saúde.

A Conferência favoreceu um diálogo aberto entre leigos e profissionais da saúde e de outros setores, entre os representantes dos órgãos governamentais, comunitários e associações beneficentes, assim como entre políticos, administradores e técnicos sanitários. Os participantes coordenaram seus esforços para definir claramente seus objetivos futuros e reforçar seu compromisso individual e coletivo até o objetivo comum de "Saúde para Todos no ano 2000"

Esta Carta para a ação reflete o espírito das cartas que a precederam, nas quais foram definidas as necessidades dos povos. A Carta apresenta os enfoques e estratégias para promover a saúde, que os participantes consideraram indispensáveis para produzir um progresso real. O informe da Conferência examina em detalhes as questões discutidas, oferece exemplos concretos e sugestões práticas para conseguir um desenvolvimento real e aponta a ação que se exige das nações e grupos interessados.

O avanço até um novo conceito de saúde pública já é evidente em todo mundo. Este avanço tem sido confirmado não só pelas experiências como também pelos compromissos reais das pessoas convidadas a participar na qualidade de especialistas.

Os países que estiverem representados nesta Conferência foram os seguintes:

Antígua, Austrália, Áustria, Bélgica, Bulgária, Canadá, Checoslováquia, Dinamarca, Escócia, Espanha, Estados Unidos da América, Finlândia, França, Gana, Holanda, Hungria, Inglaterra, Irlanda do Norte, Islândia, Israel, Itália, Iugoslávia, Japão, Malta, Nova Zelândia, Noruega, País de Gales, Polônia, Portugal, República Democrática da Alemanha, República Federal da Alemanha, República da Irlanda,

Romênia, Saint Kitts e Nevis, Suécia,
Sudão, Suíça e União Soviética.