



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE LICENCIATURA E BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

MAYARA LIMA BARBOSA

**A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO SISTEMA
SUPLEMENTAR: do discurso político às ações
efetivas**

CAMPINA GRANDE – PB
2012

MAYARA LIMA BARBOSA

**A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO SISTEMA
SUPLEMENTAR: do discurso político às ações
efetivas**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel e Licenciada em Enfermagem.

Orientador (a): Prof^a Dr^a Gabriela Maria Cavalcanti Costa

CAMPINA GRANDE – PB
2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

B238p

Barbosa, Mayara Lima.

A promoção da saúde no sistema complementar
[manuscrito] : do discurso político às ações efetivas /
Mayara Lima Barbosa. - 2012
63 f.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em
Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro
de Ciências Biológicas e da Saúde, 2012.

“Orientação: Profa. Dra. Gabriela Maria Cavalcanti
Costa, Departamento de Enfermagem”.

1. Promoção da saúde. 2. Medicina preventiva.
3. Sistema complementar de saúde. I. Título.

21. ed. CDD 613

MAYARA LIMA BARBOSA

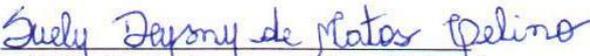
A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO SISTEMA SUPLEMENTAR: do discurso político às ações efetivas

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel e Licenciada em Enfermagem.

Aprovado em 26/06/2012


Prof^a Dr^a Gabriela Maria Cavalcanti Costa / UEPB
Orientadora


Prof^a. Dr^a Carla Campos Muniz Medeiros / UEPB
Examinadora


Prof^a Ms. Suelly Deysny de Matos Celino /
Faculdade Maurício de Nassau
Examinadora

*A Deus, que ilumina todos os meus dias, que sabe
de todas as coisas, inclusive o que é melhor
para a minha vida*

AGRADECIMENTOS

No início era tudo um sonho, que aos poucos foi se tornando realidade, cada vez mais concreta e a cada momento a caminhada se enchia de mais pessoas importantes e, nesse momento, é chegada a hora de agradecer a cada um que, ao seu modo, esteve ao meu lado. Desde já peço imensas desculpas, se esquecer de alguém, mas tenha a certeza que meu coração não esquecerá.

Primeiramente, a Deus, que esteve ao meu lado, todos os dias, dividindo comigo os pensamentos, anseios, dúvidas, medos e alegrias mais íntimos.

A minha Mãe, que cresceu junto a mim nessa comum caminhada, que com o amor de mãe me ajudou nos momentos mais difíceis e ficou feliz, mesmo sem entender muito bem, com minhas conquistas.

Ao meu Pai, que ao seu modo ajudou-me imensamente para a construção do que sou e do que serei.

Aos meus irmãos, Danielle e Helder, cada um acrescentando aos meus dias o que há de melhor em si.

A toda minha família, tios e tias, primos e primas, que a cada momento incentivaram minhas escolhas, ajudando-me das melhores formas.

A minha mestre e orientadora, a Prof^a Dr^a Gabriela, que me ensinou e me ensina em cada conversa o “Caminho do Conhecimento”, que acolheu minhas angústias e medos, que entendeu meus limites e que me incentivou a trilhar novas estradas, se fazendo presente com toda sua disposição em ensinar e sendo, para mim, um exemplo de pessoa e de profissional.

A minha amiga-companheira-irmã Anny Kelly, sem sua cumplicidade, nada teria sido igual, com seu colo e paciência esteve comigo nos piores e melhores momentos dessa longa caminhada, incentivando-me a cada decepção, abraçando-me a cada medo e comemorando minhas conquistas.

A todos meus amigos e a minha Família Rosas para Cristo, que estiveram ao meu lado, compartilhando vários momentos e que colaboraram, cada um ao seu modo.

A minha Amiga querida, Suely Deysny, que me ajudou na construção desse trabalho, revisando e contribuindo com seu conhecimento e que ao final, tenho certeza que a amizade construída, será para sempre cultivada.

Aos secretários do Departamento de Enfermagem, que sempre dispostos a ajudar, contribuíram em toda minha vida acadêmica.

A coordenação e chefia do Departamento de Enfermagem, pelo companheirismo e amizades formadas, pela atenção empreendida a mim a cada necessidade.

A todos professores do Departamento de Enfermagem que lapidaram a minha formação profissional e pessoal.

As professoras da banda examinadora que aceitaram participar e contribuir com seu conhecimento para a conclusão dessa etapa.

A todos Gerentes, profissionais e usuários da CASSI, que participaram dessa pesquisa e colaboraram para que esse sonho se tornasse realidade.

“[...] Grupos e pessoas estão sob a mira de um desafio: ou experimentam voos de águias ou se contentam com o conservadorismo que corrói a energia das instituições.[...]”

Cecília Minayo

RESUMO

INTRODUÇÃO: O Brasil convive com um sistema de saúde dualizado, entre público, o Sistema Único de Saúde – SUS, e privado, formado pelo Sistema Suplementar, que corresponde aos planos e seguros de saúde e o liberal clássico, constituído pelos tracionais atendimentos particulares e autônomos. Durante muito tempo o setor suplementar de saúde permaneceu sem regulamentação própria. No entanto, por meio da Lei nº 9.961, de 2000, é criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em âmbito ministerial, mas possuindo de autarquia especial, com o objetivo de promover a defesa do consumidor na assistência suplementar à saúde. O Sistema Suplementar permaneceu desenvolvendo o modelo com enfoque biologicista. Entretanto, a ANS percebe a necessidade da adoção de um modelo com foco na saúde e em 2005 publica a Resolução Normativa nº 94, que estabeleceu critérios para a prorrogação dos prazos para a integralização da garantia financeira para as operadoras que desenvolvessem programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças. **OBJETIVOS:** Compreender a implantação das ações e programas de promoção da saúde na instituição; descrever a organização e atribuição dos profissionais envolvidos nos programas e ações; analisar os programas de promoção à saúde efetivamente implementados e as ações realizadas nas unidades de saúde da CASSI, nesses estados; identificar os impactos percebidos com a implementação de ações/programas de promoção à saúde nos gastos e revelar a avaliação dos programas e ações de promoção da saúde realizados. **METODOLOGIA:** Estudo exploratório descritivo, de metodologia qualitativa. O campo de pesquisa se constituiu por Unidades da CASSI, nas cidades de João Pessoa, Recife e Natal. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, com 3 gerentes de unidades, 21 profissionais atuantes nas ações e programas de Promoção da Saúde e ainda 12 usuários do plano de saúde CASSI, participantes das ações educativas de PS desenvolvidas pela operadora. Após as entrevista, todas foram transcritas e associadas entre si através de estratégia de triangulação. Posteriormente o material foi analisado a técnica de análise de conteúdo. **RESULTADOS:** após leitura e análise dos dados obtidos, emergiram as seguintes categorias e subcategorias: implantação e funcionamento do programa de promoção da saúde – operacionalização, estrutura e organização do programa, redução de gastos e melhoria da qualidade de vida; atuação dos profissionais no programa de PS – composição das equipes e satisfação dos profissionais; adesão dos beneficiários aos PS – compreensão do modelo de atenção, vínculo do usuário/operadora de saúde e satisfação dos usuários e programas implementados e ações executadas – programas implementados, ações realizadas e avaliação das ações executadas. Os discursos dos sujeitos possibilitaram apreender as fatores que estimularam a CASSI a iniciar a prática de ações de PS nas unidades estaduais, bem como as facilidades e dificuldades encontradas diariamente e a avaliação dos programas desenvolvidos. **CONCLUSÕES:** Existem vários programas implantados na operadora, voltados para idosos, adultos e pessoas portadoras de deficiência, porém há espaço para iniciar programas para públicos não contemplados, como mulheres e crianças. E ainda, é essencial proporcionar interações mais coesas entre os envolvidos, a fim de otimizar as participações.

DESCRITORES: Promoção da Saúde. Equipe de Assistência ao Paciente. Saúde Suplementar

ABSTRACT

INTRODUCTION: Brazil is living through a health system dualized, the public, the Health System - SUS, and private, formed by the Supplementary System, which corresponds to the plans and health insurance and the classical liberal, which consists of private and independent care tracionais . For too long the health sector remained without further regulation. However, by means of Law No. 9961, 2000, it created the National Agency of Supplemental Health - ANS at the ministerial level, but having the special municipality, with the objective of promoting consumer protection in private health insurance. The system remained Supplemental developing the model with biological focus. However, the NSA realizes the necessity of adopting a model focused on health and in 2005 published the Normative Resolution No. 94, which established criteria for the extension of deadlines for the payment of financial security for operators to develop programs to promote health and prevention of risks and diseases. **OBJECTIVES:** To understand the implementation of actions and health promotion programs at the institution, describing the organization and assignment of professionals involved in programs and actions, analyze the health promotion programs effectively implemented and actions taken in health units CASSI, these states, to identify the perceived impacts with the implementation of actions / programs to promote health spending and reveal the evaluation of programs and health promotion actions performed. **METHODS:** An exploratory study was descriptive and qualitative methodology. The field research consisted of CASSI for units in the cities of Joao Pessoa, Recife and Natal. Interviews were conducted semi-structured interviews with three unit managers, 21 professionals working in the actions and programs and also Health Promotion 12 users of the health plan CASSI, participants of the educational activities undertaken by the PS operator. After interview they were all transcribed and associated with each other through a triangulation. Subsequently the material was analyzed the technique of content analysis. **RESULTS:** After reading and analyzing the data obtained, emerged the following categories and subcategories: implementation and operation of the program of health promotion - operation, structure and organization of the program, reducing costs and improving quality of life, professional performance of the program PS - the composition of teams and professional satisfaction; PS Accession of beneficiaries to - understanding of the care model, link the user / operator of health and satisfaction of users and programs implemented and actions taken - implemented programs, actions taken, and evaluation performed. The speeches of the subjects allowed to grasp the factors that stimulated the CASSI to start the practice of shares in the PS state units as well as the advantages and difficulties daily and evaluation of programs developed. **CONCLUSIONS:** There are several programs implemented in the operator, aimed at seniors, adults and people with disabilities, but there is room to start programs to audiences not covered, such as women and children. And yet, it is essential to provide more cohesive interactions among stakeholders in order to optimize participation.

Descriptors: Health Promotion. Patient Care Team. Supplemental Health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 OBJETIVOS.....	13
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	14
4 CAMINHO METODOLÓGICO.....	19
4.1 Tipo de Pesquisa.....	19
4.2 O Cenário.....	19
4.3 Sujeitos.....	21
4.4 O Trabalho de Campo.....	21
4.5 Análise dos dados.....	22
4.6 Aspectos Éticos.....	24
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	26
5.1 Implantação e funcionamento do programa de promoção da saúde.....	27
5.2 Atuação dos profissionais no programa de PS.....	32
5.3 Adesão dos beneficiários aos PS.....	36
5.4 Programas implementados e ações executadas.....	41
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
REFERÊNCIAS.....	51
ANEXO	
APÊNDICES	

1 INTRODUÇÃO

Em nosso país convivemos com a existência de um serviço à saúde dualizado, sendo um público, que é o Sistema Único de Saúde (SUS), e o outro privado, constituído por dois sub-setores: o da Saúde Suplementar, que é o predominante nesse subsistema, composto pelos serviços financiados pelos planos e seguros de saúde, e o liberal clássico, composto pelos serviços particulares autônomos (BRASIL, 2011). Estes últimos garantem a saúde apenas a uma parte da população, aquela que pode pagar pelos serviços utilizados (FREITAS et al, 2011).

A assistência suplementar privada só foi regulamentada a partir de 1998, com a Lei 9.656 (BRASIL, 1998) proporcionando mudanças importantes, pois sua área de ação compreendia um mercado já em funcionamento, que se expandiu desordenadamente, constituído por diversos tipos de planos e de operadoras que atendiam a uma grande variedade de interesses e nichos de mercado. A maioria dessas mudanças ficou restrita aos planos registrados a partir de janeiro de 1999 (conhecidos como planos novos), não garantindo os mesmos direitos aos beneficiários de planos anteriores a essa data (planos antigos) (ALBUQUERQUE et al ,2008).

Ainda sobre as regulamentações no setor, a Lei nº 9.961, de 2000, cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, no âmbito do Ministério da Saúde, de autarquia especial, caracterizada por autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes (BRASIL, 2000).

Essa agência regulatória tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País (BRASIL, 2000).

Apesar desse processo evolutivo, na saúde suplementar, o modelo de atenção hegemônico caracterizado pelo enfoque biologicista da saúde-doença-cuidado, sempre foi prevalente, desconsiderando determinantes sociais da saúde, com ações desintegradas, desarticuladas, e centradas na assistência médico-hospitalar especializada e com incorporação acrítica de novas tecnologias, constituindo-se em um modelo caro e pouco eficiente (ANS, 2006).

Torna-se então, necessária, a adoção de um modelo com foco na saúde, na ação cuidadora e na lógica da promoção e prevenção, principalmente devido à discussão crescente

e o interesse na melhoria nas condições de vida e de saúde na população. Os indivíduos querem e precisam ser mais saudáveis, para atender as inúmeras demandas cotidianas, as operadoras, por sua vez, precisam reduzir seus custos, reter e conquistar seus clientes e, atualmente, apresentarem um diferencial ao mercado (ONOFRIO, 2007).

Nesse ínterim, a ANS, com o intuito de estimular as operadoras a implantarem ações de promoção da saúde e prevenção de riscos para seus beneficiários, publicou em março de 2005, a Resolução Normativa nº 94, que estabeleceu critérios para a prorrogação dos prazos para a integralização da garantia financeira para as operadoras que desenvolvessem programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças (ANS, 2005).

Baseado nesse contexto, despertou-se para a necessidade de reconhecer as ações/programas de promoção à saúde realizadas na Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil – CASSI, nos estados da Paraíba, Pernambuco e Rio Grande do Norte; descrever o discurso político sobre promoção da saúde nas unidades da CASSI nesses estados e; compreender como a implementação de ações/programas de promoção à saúde impactou os gastos das operadoras de plano privados de saúde e revelar a avaliação dos programas de promoção de saúde.

2 OBJETIVOS

- Compreender a implantação da promoção da saúde na instituição;

- Descrever a organização, composição, atribuição dos profissionais envolvidos nos programas e ações de promoção da saúde realizados;

- Analisar os programas de promoção à saúde efetivamente implementados e as ações realizadas nas unidades de saúde da CASSI, nesses estados;

- Identificar os impactos percebidos com a implementação de ações/programas de promoção à saúde nos gastos (redução de custos, redução de internação, solicitação de exames e consumo de insumos) e na saúde dos beneficiados (morbidade e mortalidade);

- Revelar a avaliação dos programas e ações de promoção da saúde realizados.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A descentralização do setor saúde no Brasil e a regulamentação do sistema de saúde suplementar

O Brasil, durante a Era Vargas e a Ditadura Militar, mantinha gestão baseada da centralização das ações e detinha muitas empresas estatais. Contudo, esse tipo de política não se manteve eficaz e de qualidade. Nesse ínterim, o Estado Brasileiro iniciou o período de descentralização das ações do governo, com o objetivo de potencializar os setores públicos e privados (SILVEIRA, 2004).

O setor saúde não detém história diferente. Após a criação do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, houve grande aumento de beneficiários, gerando crise no setor, pois não era mais possível atender a toda essa parcela da população. Diante desse cenário, os militares decidiram aplicar os recursos no sistema privado, objetivando, além da resolução dos problemas da saúde, ganhar apoio de setores influentes da sociedade. A partir desse momento histórico, os convênios e operadoras de planos de saúde passaram a se estabelecer em números cada vez mais crescentes, enfatizando o consumo de medicamentos e embasando o sistema médico tecnológico e industrial (BERTOLLI FILHO, 2010).

Críticas de ineficiência e desqualificação foram feitas ao sistema previdenciário, até que em 1988 é criado o SUS. No entanto, já era visível a intensificação da assistência médica privada, por meio de convênios e planos de saúde (MASCARENHAS, 2007).

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 197 considera de “relevância pública as ações e serviços de saúde, [...] devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado”. Já no artigo 199, reitera como sendo a assistência à saúde livre à iniciativa privada, estabelecendo, em seu § 1º que “as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio” (BRASIL, 2005a).

Mesmo tendo sido estabelecido na Constituição o setor de saúde privado como sendo regulado, durante muito tempo, a saúde suplementar no Brasil, operou sem controle do governo. Até 1998, os consumidores desses serviços estavam protegidos apenas pelo Código de Defesa do Consumidor e a atuação dos Procons estaduais e municipais, embora esses últimos fossem insuficientes para regular as relações entre consumidores e operadoras (PIETROBON, 2008).

O Código de Defesa do Consumidor, apesar de não se tratar de lei específica para as relações de consumo no campo da saúde suplementar, constitui-se de um poderoso instrumento legal na defesa dos usuários em demandas contra as operadoras de planos de saúde, em especial àqueles contratos assinados antes da regulamentação do setor (ANS, 2007), que só aconteceu dez anos após a instituição do SUS, diante da necessidade de fornecer à população assistida pelas operadoras e planos de saúde uma assistência de qualidade. Dessa forma, o estado assumiu a responsabilidade de regular todo esse sistema misto de atenção à saúde (FREITAS et al, 2011).

Essa regulamentação ocorre, então, com a publicação da Lei 9.656/98, que dispõe sobre planos e serviços privados de assistência à saúde (BRASIL, 1998), e ainda pela Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar e define as suas competências, dentre elas, “exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde” (BRASIL, 2000).

Ainda, a lei 9.656 de 03 de junho de 1998, em seu artigo 1º, define plano privado de assistência à saúde:

“Prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor” (BRASIL, 1998, p. 1)

E Operadora de Plano de Saúde, de acordo com a Lei Nº 9.656, é descrita como sendo “pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato sobre os planos privados de assistência à saúde” (BRASIL, 1998, p. 01).

Hoje, segundo publicação da ANS, em dezembro de 2010 o número de beneficiários de planos de saúde era de 45,6 milhões de pessoas (BRASIL, 2011) e o mercado de saúde suplementar composto pelos planos oferecidos por pessoas jurídicas de direito privado, que são os planos privados e por aqueles vinculados à instituição patronal de assistência ao servidor público civil e militar, sendo estes últimos não regulados pela ANS (ALBUQUERQUE et al, 2008).

Desde 1998, com a regulamentação do sistema privado de atenção à saúde, além da implantação da ANS, as empresas operadoras têm procurado se ajustar e se enquadrar aos

padrões e normas estabelecidas por essa agência, que não são poucas, visando a um equilíbrio financeiro interno e à satisfação de seus usuários e prestadores de serviços (PIETROBON, PRADO e CAETANO, 2008).

A regulamentação do setor, por meio da lei 9.656 visou compreender todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, à manutenção e à reabilitação da saúde (BRASIL, 1998). Apesar disso, no campo da saúde suplementar, sempre prevaleceu o modelo assistencial biomédico, onde os indivíduos são atendidos a partir da demanda espontânea, suscitada pela presença de sintomas ou doença, havendo uma crescente concentração de consultas médicas especializadas, exames diagnósticos, terapias, internações e cirurgias que nem sempre se traduzem em maior resolutividade e recuperação da saúde (ANS, 2009a).

A promoção da saúde no sistema de saúde suplementar no Brasil

A discussão acerca das ações de promoção da saúde foi oficializada mundialmente, em 1986, na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, na qual resultou na Carta de Otawa, que a define como sendo o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, com uma maior participação no controle deste processo. A reorientação dos serviços de saúde foi definida nesse documento como uma das principais estratégias de ação promotora da saúde, sendo essa responsabilidade compartilhada entre indivíduos, comunidade, grupos, profissionais da saúde e instituições que prestam serviços de saúde e governos (BRASIL, 2001).

Entende-se por promoção da saúde uma articulação que almeja tornar visível os fatores que proporcionam riscos à saúde, considerando as diferentes necessidades da população em seus territórios nacionais e posteriormente, agir na efetivação de ações que visem a redução da vulnerabilidade descoberta das pessoas, melhorando a qualidade de vida (BRASIL, 2006).

A promoção da saúde está entre as prioridades do Pacto pela Vida, acordado em 2006 entre as três esferas de governo, juntamente com o Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão, que juntos formam o Pacto pela Saúde, com o objetivo de construir compromissos sanitários, responsabilizando cada esfera governamental (BRASIL, 2006).

Nesse mesmo contexto, o Ministério da Saúde lança a Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS, por meio da Portaria n. 687/GM e 30 de março de 2006, como uma das suas políticas prioritárias, com o objetivo de promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes –

modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006).

A proposta da PNPS é que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde, de forma que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem ao espaço para além dos muros do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham (BRASIL, 2006).

Com o despertar para a necessidade de mudança do enfoque exclusivamente assistencial das operadoras de planos de saúde, com ações e serviços pulverizados, para um modelo de atenção que utilize o cuidado integral como eixo condutor das ações de saúde (ANS, 2007). Dessa forma, a ANS vem reorientando a atuação desse sistema, tendo em vista o perfil de morbimortalidade da população, a transição demográfica, epidemiológica e nutricional, o aumento dos custos na assistência à saúde e os potenciais impactos das ações de promoção e prevenção sobre tais fatores (SILVA, 2010).

A ANS adotou diretrizes de incentivo à adoção, implementação e qualificação de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças pelas operadoras de planos de saúde com os seguintes objetivos: contribuir para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças no setor de saúde suplementar; induzir a reorientação dos modelos assistenciais vigentes; contribuir para a qualificação da gestão das operadoras, incentivando-as a conhecer o perfil de saúde e doença da sua população de beneficiários; estimular a adoção de equipe multiprofissional e a integralidade do cuidado; contribuir para a qualificação da assistência prestada; e contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários de planos privados de saúde (ANS, 2009a).

Baseada nesse conceito, a ANS publica em 2005, a Resolução nº 94, que dispõe sobre os critérios para o deferimento da cobertura com ativos garantidores da provisão de risco condicionada à adoção, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de programas de promoção à saúde e prevenção de doenças de seus beneficiários. Dentre outros requisitos estabelecidos nessa Resolução, estava a determinação de que cada operadora deveria apresentar no mínimo dois programas de promoção da saúde, voltados para, pelo menos, duas linhas de cuidado distintas (ANS, 2005).

A finalidade seria aumentar o número de programas desenvolvidos nesse setor, bem como a quantidade de beneficiários que participam dessas ações, contribuindo para a qualificação da atenção à saúde e para a melhoria das condições de saúde da população

brasileira (ANS, 2009a), visto que grande parte das doenças crônicas pode ser prevenida (ANS, 2006).

Dessa forma, o desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar deve ser apreciado como uma rede estratégica de grande relevância para “a consolidação de políticas que visem à saúde da população e devendo ser utilizadas na implementação de modelos de atenção à saúde baseados na produção do cuidado integral e autonomizador” (FREITAS et al, 2011, p. 451).

A integralidade, nesse contexto, deve ser tomada como uma bandeira política, indissociável da universalidade e da equidade, e ser materializada, no cotidiano dos serviços de saúde, em práticas de gestão, de cuidado e de controle pela sociedade (SILVA Jr, 2008). Na saúde suplementar, significa, ainda, articular as diretrizes da ANS com as políticas empreendidas pelo Ministério da Saúde, respeitando as peculiaridades desse setor, fortalecendo parcerias e a discussão a respeito das necessidades de saúde da população (SILVA, 2010).

Essas diretrizes foram propostas em três manuais técnicos de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar elaborados pela ANS sucessivamente. O primeiro, publicado em 2006, abordou as principais ações relativas à promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças direcionadas por área de atenção à saúde (saúde da criança, do adolescente, do adulto/idoso, da mulher, saúde bucal e mental) (ANS, 2006).

Em 2007, a 2ª edição do manual enfocou a prevenção e o controle dos fatores de risco como uma abordagem de suma relevância, independentemente da área de atenção à saúde na qual a operadora estrutura seus programas, acrescentando ainda a área de atenção à saúde do trabalhador foi acrescentada (ANS, 2007).

A 3ª edição do manual, editada em 2009 incluiu parâmetros e critérios técnicos para o planejamento e implantação de programas e realização de atividades, em várias áreas de atenção à saúde, com a finalidade de contribuir para a qualificação técnica desses programas, abordando a importância do diagnóstico dos perfis demográfico e epidemiológico (ANS, 2009b).

Dessa forma, as operadoras devem estabelecer ações cuidadoras, implicando não só a promoção, mas também a garantia do acesso e a qualidade da assistência ofertada. O grande desafio consiste em restabelecer uma nova prática, centrada no estímulo à promoção da saúde, prevenção, referenciada no vínculo e na responsabilização (MALTA, 2004)

4 CAMINHO METODOLÓGICO

Compreendendo que metodologia é “o caminho do conhecimento” (MINAYO, 2010, p. 44), que envolve concepções teóricas de abordagens e técnicas capazes de aprender a complexidade do fenômeno estudado, buscou-se um percurso metodológico que possibilitou aproximação dos determinantes políticos, econômicos e sociais que envolvem o objeto de estudo.

4.1 Tipo de Pesquisa

Adotou-se estudo exploratório descritivo que, segundo Cervo e Bervian (2001), objetiva a familiarização do pesquisador com o fenômeno, a ampliação do conhecimento ou a obtenção de nova percepção do mesmo. É utilizado quando a proposta da pesquisa é pouco explorada (GIL, 2010) e apresentando pouca literatura sobre o tema a disposição. É um tipo de pesquisa que não visa à confirmação de hipóteses, mas à descoberta de novas idéias.

Como estratégia metodológica, optou-se pelo método qualitativo, que busca a compreensão da dinâmica do ser humano, objetivando a interpretação das relações de significado dos fenômenos, como referido pelas pessoas (TURATO, 2005), sendo capaz de, segundo Minayo (2010, p. 22) “incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais”.

A pesquisa qualitativa proporciona a interpretação do homem sobre suas relações, pensamentos e caminhos, proporcionando processos que resultam na descoberta de novas teorias e hipóteses (MINAYO, 2010).

4.2 O Cenário

O local de escolha para o desenvolvimento da pesquisa foi aquele que dispôs de informações importantes para os estudos, destarte, utilizamos o ambiente natural, ou seja, aquele onde os sujeitos do estudo desenvolvem suas atividades, adotando assim a pesquisa naturalística (TURATO, 2011).

O critério de inclusão para a participação das operadoras de planos de saúde no estudo foi: a existência de estrutura física padronizada e própria para a execução de ações de promoção de saúde e desenvolver programas de promoção de saúde. De acordo com informações colhidas, por contato telefônico e busca em matérias publicados pela ANS, nas

principais operadoras atuantes no Brasil, apenas a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil – CASSI respeita tais critérios. Em cada cidade escolhida, a sede da CASSI foi nosso cenário.

A CASSI possui mais de 698 mil participantes em todo território brasileiro. Fundada em 1944 por um grupo de funcionários do Banco do Brasil, caracteriza-se com uma empresa de autogestão em saúde (CASSI, 2011a). Nesta modalidade, os serviços de assistência à saúde são destinados aos empregados de empresas e seus familiares, sendo organizados diretamente pela empresa ou outra organização, sem finalidade lucrativa (BRASIL, 2011).

A CASSI adotou a Estratégia Saúde da Família desde 2003, estruturando esse serviço nas CliniCASSI, onde a prioridade tem sido qualificar a atenção em saúde e melhorar a qualidade de vida dos participantes. Essas unidades de saúde funcionam, redirecionando a visão da empresa, que passa a valorizar também as ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças, visando a coordenação dos cuidados com a saúde dos participantes e de seus familiares (CASSI, 2011b).

Houve primeira visita na Unidade da CASSI na cidade de João Pessoa, a fim de viabilizar a execução do projeto de pesquisa. Nessa visita foi contactado o gerente de divisão, que informou sobre a necessidade de avaliação do projeto, pela instância de Brasília, para que assim fosse permitida a nossa inserção em campo nos três estados selecionados.

O estudo foi desenvolvido nos estados da Paraíba, Pernambuco e Rio Grande do Norte, em suas capitais: João Pessoa, Recife e Natal, respectivamente. A inserção no campo ocorreu por Unidade da CASSI, uma por vez, apenas dando início a outro estado com a saída de campo do estado anterior. A priori visitávamos a Unidade para conhecer a equipe de saúde e explicar nossa proposta, assim foi realizado em todas as unidades.

Situado no extremo leste da região Nordeste do país, o estado da Paraíba ocupa área de 56.469,466 km², com uma população de 3.766.528 habitantes, distribuídos entre 223 municípios (IBGE, 2010a). Em Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – PNAD, realizada em 2008, 12,2 % da população residente paraibana possuía plano de saúde (IBGE, 2008a). A capital João Pessoa, conta com 181.616 beneficiários de planos de saúde (ANS, 2011).

O estado de Pernambuco ocupa área 98.146,315 km², possui uma população de 8.796.448 habitantes, distribuídos em 185 municípios (IBGE, 2010b). Dentre os habitantes, 15,1% possui plano de saúde, segundo PNAD (IBGE, 2008b). Em sua capital, Recife, 604.341 pessoas utilizam planos de saúde (ANS 2011).

Por fim, o estado do Rio Grande do Norte, com uma população de apenas 3.168.027 habitantes, 15,6% da população é beneficiária de planos de saúde privados (IBGE, 2008c). Esta última unidade federativa possui área territorial correspondente a 52.810,699 km² divididos em 167 municípios (IBGE, 2010c). A cidade de Natal, capital deste estado, apresenta 314.127 pessoas utilizando planos de saúde (ANS, 2011).

4.3 Sujeitos

De Gil (2010, p. 90) extrai-se que amostra é um “subconjunto da população, por meio do qual se estabelecem ou se estimam as características dessa população”. Nesse estudo utilizamos a amostragem proposital para selecionarmos os sujeitos da amostra. Segundo Turato (2011), essa forma de seleção pode ser traduzida como aquela onde o pesquisador seleciona os sujeitos que considera relevantes para seu estudo e ainda afirma que o passo inicial desse processo é a criação de critérios gerais de inclusão.

A priori, em nosso estudo, entrevistamos os gerentes de unidade e os profissionais da equipe de saúde da família das CliniCASSI nos três estados selecionados. Os critérios de inclusão para esse grupo de sujeitos foram: aceitar participar da pesquisa livre e conscientemente e atuar no planejamento ou execução de algum programa de promoção da saúde e prevenção de doenças proposto pela operadora há pelo menos 6 meses.

Posteriormente seguimos entrevistando os usuários do plano de saúde. Os critérios de inclusão para esse grupo foram: ser usuário do programa de promoção da saúde e prevenção de doenças, ter participado no último ano de pelo menos três atividades/encontros desse programa e aceitar participar da pesquisa livre e conscientemente.

4.4 O Trabalho de Campo

A pesquisa de campo teve o objetivo de coletar dados com os gerentes de unidade e profissionais da equipe de saúde da família da operadora em questão, atuantes nos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças e usuários inseridos nesses programas, através de roteiros de entrevistas semiestruturadas, técnica pela qual pesquisador e entrevistado podem dar direção à entrevista, representando ganhos para reunir os dados segundo os objetos propostos (TURATO, 2011).

Foram adotados para coleta de dados instrumentos utilizados nos estudos empreendidos por Ribeiro (2007) sobre promoção e prevenção na saúde suplementar, apresentando algumas alterações, a fim de aproximar a realidade do instrumento a operadora de autogestão estudada. Para o gerente de unidade e os profissionais, o instrumento foi constituído de duas partes, a primeira revelou o perfil sociodemográfico dos sujeitos, e a segunda, foram quinze questões abertas, relacionadas a compreensão do significado de promoção da saúde, a implementação, a organização e composição dos programas de promoção da saúde, bem como as atribuições dos profissionais envolvidos nessas ações, a análise dos programas de promoção da saúde implementados, abordando temas, frequências e locais, a identificação dos impactos financeiros e na saúde dos participantes percebidos após a efetivação desses programas e a avaliação dos programas e ações de promoção da saúde desenvolvidos na CASSI.

As quatorze questões presentes na entrevista semi-estruturada dos usuários versaram sobre o significado da promoção da saúde, a inserção nos programas de promoção da saúde, destacando as facilidades e dificuldades, as atividades desenvolvidas nesse programa, quais são os profissionais envolvidos, a avaliação dessas ações, e como a participação nesses programas impactou a qualidade de vida.

Todas as entrevistas foram realizadas nas sedes das próprias operadoras nos municípios, em dias e horários indicados pelos profissionais e nos dias que atividades do programa de promoção da saúde foram realizados para os usuários do plano de saúde, antes das entrevistas foram prestadas informações sobre o projeto e esclarecimento das dúvidas que, por ventura, poderiam surgir. Durante as entrevistas utilizamos gravador de voz, a fim de tornar a coleta de dados mais dinâmica e fidedigna. Todos os sujeitos da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE elaborado em duas vias, de igual teor, uma ficará sobre nossa posse e a outra pertencerá ao sujeito.

4.5 Análise dos dados

Essa fase da pesquisa qualitativa é uma das fases mais complexas e minuciosas, pois exige do pesquisador empenho e perícia. Muitos obstáculos podem surgir, entre eles a ilusão de transparência, a não manutenção da fidedignidade das entrevistas e a dificuldade da união dos dados coletados com a teoria existente (MINAYO, 2010).

Primariamente, todas as entrevistas foram transcritas, respeitando as falas de cada sujeito da pesquisa. Os dados coletados a partir das entrevistas com os diferentes atores foram

associados entre si através de estratégia de triangulação, que tem expandido seu significado para diversas situações, incluindo, a utilização de “múltiplas amostras de sujeitos para pesquisar um mesmo assunto/tema” (TURATO, 2011. p. 393).

A triangulação possibilitou uma visão mais abrangente do tema em estudo, expandindo a compreensão do objeto de pesquisa, se constituindo de um conceito do interacionismo simbólico e é desenvolvida dentro dessa corrente, significando a combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vista, a tarefa conjunta de pesquisadores com formação diferenciada, o emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados que acompanha o trabalho de investigação e, no caso desse estudo, a visão de vários informantes (MINAYO, 2005).

Essa estratégia foi utilizada da seguinte forma: após cada entrevista transcrita e (re)lida, os dados de cada sujeito foram relacionados entre si, de acordo com os objetivos propostos.

Após a triangulação, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo para apreciação dos dados das entrevistas, que segundo Turato (2011), busca oferecer um significado aos dados, através de palavras pré-escolhidas e da frequência recorrente de termos nos discursos. Minayo (2010 p. 303) afirma que essa técnica permite “tornar replicável e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos”. Posteriormente, seguimos o que preconiza Minayo (2010) no que se refere a análise temática de conteúdo.

De acordo com a autora, realizar esse tipo de análise consiste em “descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença signifiquem alguma coisa para o objeto analisado” (MINAYO, 2010, p. 316). A análise de resultados desenvolvida nesse trabalho contou com três fases: pré-análise, exploração do material e por fim o tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação.

A primeira fase é denominada de pré-análise, houve retomada dos objetivos do estudo e preparação de todo o material que será analisado. A seguir é realizamos a leitura flutuante, que corresponde a uma aproximação do pesquisador com seus dados, por meio de leituras exaustivas do material, objetivando a ultrapassagem da impressão de caos primitivo. Posteriormente destacamos nas entrevistas as unidades de registro, correspondentes a palavras-chaves ou frases de significado objetivo e as unidades de contexto, são trechos das entrevistas que fornecem compreensão das unidades de registro.

A segunda fase foi a exploração do material, onde foram agrupadas as unidades de registro e de contexto que possuíam o mesmo significado, resultando na construção das

categorias e subcategorias. Nesse momento foram realizadas redução do texto inicial e organização do material.

Nessa etapa, os pesquisadores atentaram para manter a qualidade das categorias encontradas. Para Bardin (2011), as categorias são consideradas adequadas quando seguem as seguintes características:

- a) Devem ser mutuamente excludentes, dessa forma, os elementos não podem ser classificados em várias categorias.
- b) A organização deve seguir um único princípio de classificação.
- c) A pertinência deve representar os objetivos da investigação.
- d) A objetividade e fidelidade representam o respeito à mesma forma de codificação de todas as partes do trabalho.
- e) A produtividade é a avaliação das categorias do ponto de vista de produção de resultados férteis.

Por fim, a terceira fase correspondeu ao tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação. Houve análise das categorias e subcategorias emergidas do material, através das relações com a literatura existente sobre os temas elencados. Ao final dessa etapa foi possível compreender as ações efetivas e os resultados destas no âmbito da saúde suplementar.

4.6 Aspectos Éticos

A coleta de dados teve início após autorização da operadora para o desenvolvimento das pesquisas e posterior aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba. Aprovação sob CAAE 0770.0.133.000-11.

Em cumprimento aos princípios éticos estabelecidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), os colaboradores foram esclarecidos e livres para participação na pesquisa, estando cientes do nosso objetivo e do direito de interromper sua participação no momento que lhes conviesse, resguardando o princípio da autonomia, ficando de posse de uma cópia do TCLE, devidamente assinada pela pesquisadora, e devolvendo uma cópia assinada por eles, que também os garante da privacidade, do anonimato e do sigilo dos colaboradores.

A fim de manter o anonimato dos sujeitos, foi criado um sistema de identificação, descrito na tabela abaixo:

	ESTADO	CARGO/ USUÁRIOS	ORDEM DA ENTREVISTA	EXEMPLO
	<i>letras gregas α, β, e ρ</i>	<i>letra inicial gd, gu, p e u</i>	<i>numeral 1, 2, 3, ...</i>	<i>Junção dos códigos</i>
<i>Gerente de Divisão</i>	X	x	-	<i>α gd</i>
<i>Gerente de Unidade</i>	X	x	-	<i>α gu</i>
<i>Profissionais</i>	X	x	x	<i>α p 1</i>
<i>Usuários</i>	X	x	x	<i>α u 1</i>

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Caracterização dos sujeitos

A nossa amostra de gerentes de unidade foi composta por 3 sujeitos, estes possuem média de idade igual a 38,66 anos, todos são do sexo masculino, com formação em nível superior nas áreas de Administração de Empresas (66,66%) e Ciências Contábeis (33,33%), apresentam média de 11,33 anos de conclusão da graduação. Os gerentes também apresentam pós-graduação nas seguintes áreas: Especialização em Gestão de Planos de Saúde (33,33%); Especialização em Gestão de Sistema de Saúde (33,33%) e MBA Gestão Empresarial (33,33%), com média de 5,66 anos de conclusão. A média de tempo de atuação na empresa foi de 14,66 anos e a de tempo de trabalho nos programas de PS foi 7 anos.

Os profissionais que trabalham nas equipes de saúde da CASSI e que formaram nossa amostra foram 21 sujeitos, apresentam a média de 40,28 anos de idade, sendo 28,57% do sexo masculino e 71,43% do sexo feminino. Quanto à formação, os profissionais mantêm a média de 13,86 anos de conclusão, sendo apenas 9,52% em nível médio e 90,48% em nível superior. Dentre os profissionais que possuem nível superior, 80,95% tem pós-graduação nas seguintes áreas: gestão empresarial, estratégia de saúde da família, psicanálise, cardiologia, gestão em planos de saúde, unidade de terapia intensiva, geriatria, medicina preventiva e social, saúde pública e pediatria. A média de tempo de atuação na empresa correspondeu a 11,5 anos, sendo em média 4,9 anos de trabalho nos programas de PS.

Apenas usuários dos estados α e \varkappa participaram da pesquisa, visto que na unidade β não houve presença de usuários na unidade estadual que respeitassem os critérios de inclusão, que foram: aceitar participar da pesquisa livre e conscientemente e atuar no planejamento ou execução de algum programa de promoção da saúde e prevenção de doenças proposto pela operadora há pelo menos 6 meses. O número de usuários dos programas que formaram a amostra da pesquisa foi 12, estes possuem média de idade correspondente a 60 anos, destes 46,15% são do sexo masculino e 53,85% do sexo feminino. A formação em nível superior esteve presente em 69,23% dos usuários, seguido pelo nível médio com 23,08% e técnico 7,69%, porém apenas 7,69% possuem pós-graduação. Todos pertencem ao plano tipo associado, ou seja, funcionário/aposentado do Banco do Brasil e seus dependentes, com tempo médio de adesão do plano de 32,96 anos.

As categorias temáticas

Após a leitura e análise das entrevistas realizadas, emergiram as seguintes categorias: implantação e funcionamento do programa de promoção da saúde, atuação dos profissionais no programa de PS, adesão dos beneficiários aos PS e programas implementados e ações executadas

5.1 Implantação e funcionamento do programa de promoção da saúde

As diretrizes para implantação e funcionamento dos programas de promoção da saúde no âmbito do sistema suplementar de saúde foram estabelecidas pela ANS e elencadas no Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar (ANS, 2009b).

Essa categoria revela os fatores que motivaram a CASSI a implantar os programas de PS. Dessa forma, emergiram as seguintes subcategorias: operacionalização, estrutura e organização do programa, redução de gastos e melhoria da qualidade de vida. Promover ações de PS agrega diversas estratégias importantes, que objetivam o cuidado holístico, bem como a autonomia da população assistida em relação a sua própria saúde (FREITAS et al, 2011).

Operacionalização

A implantação dos programas de promoção da saúde na CASSI teve início mais precoce que a recomendação da ANS, publicada em 2005. Ao mencionar os fatores que motivaram o surgimento de programas e ações de PS, todos os gerentes e dezenove profissionais dos estados α , β e \varkappa , e ainda os usuários dos estados α e \varkappa relatam a necessidade de reduzir os gastos, associado ao desejo de mudar a forma de assistir a população de usuários.

Essa necessidade surgiu de um momento crítico que a empresa passou no final de década de 90, uma dificuldade enorme do financiamento (...). A organização sentiu a necessidade de fazer um investimento na mudança de modelo para numa curva de médio a longo prazo evitasse esse crescimento de despesas. Se viu a necessidade de atacar a causa e não a consequência, ou seja trabalhar com educação, trabalhar com promoção, trabalhar com conscientização da população, para que o autocuidado, promova um expectativa de vida mais adequada e de menor adoecimento. α gu

Teve o fator financeiro mesmo, teve o fator de redução de internações, redução de custos de pacientes internados, é então assim, tinha um adoecimento muito grande, então o primeiro foco foi realmente o financeiro. α p3

É um entendimento da saúde como não somente a ausência de doenças, é entender que a saúde ela tem multifatores que a determinam. α p4

Eu acho que, pensando talvez até, eu num sei se eu vou ser crítica, mas até em evitar mais despesas, porque se você promove saúde, você tá evitando que muitas pessoas adoçam. α u4

Justamente prevenir a doença antes que ela aconteça, ela resolveu ser um plano que não busca curar a doença, claro que esse é um objetivo também, mas o plano antes de tudo previnem. α u4

Podemos observar que a redução de gastos foi um objetivo bastante visado e percebido entre todos os participantes da pesquisa, independente de exercer suas funções laborais na operadora ou ser usuário da mesma.

Para os planos empresariais, os programas de Promoção à Saúde tem sido bastante eficientes para a redução de gastos no setor suplementar, pois a modernização nos sistemas de saúde com o acréscimo das novas tecnologias, geralmente bastante onerosas, resultou em crise financeira (CZERESNIA, 2003).

Acrescenta-se ainda que a insegurança ou pouco acolhimento provocam geralmente novos atendimentos, por parte dos usuários essa situação onera ainda mais as operadoras de saúde, mas a partir do momento que a empresa propõe uma nova forma de praticar sua assistência, visando suprir as necessidades de seus usuários, o plano cria um compromisso, independente da redução de gastos almejada (FREITAS et al, 2011).

Somada as questões relativas a redução de gastos, havia a clara necessidade de mudar a forma de prestar a assistência no setor suplementar de saúde, visto que era preciso despertar na população autocuidado e a conseqüente melhora da qualidade de vida. Estudos realizados apontam que assistir a população por meio de ações de PS contribui para o alcance desses objetivos (CARVALHO, 2004) e tem se constituído importante tática para o enfrentamento dos problemas de saúde que a população tem sido acometida (BUSS, 2000).

Embora não esteve presente nos discursos dos gerentes de unidade dos estados pesquisados, foi lembrado por profissionais dos estados α , β e γ que o sucesso das ações de PS em outras localidades e estudos desenvolvidos pela sede também motivaram a CASSI a mudar a assistência prestada.

Eu acredito que a ideia tenha surgida de uma tendência mundial, eu acredito que nos países mais desenvolvidos, Reino Unido, Canadá, eles já tenham uma visão de saúde desse tipo e dá certo, dá certo, E eu acredito que a CASSI tenha se baseado nisso daí e vendo pesquisas e tendências em países mais desenvolvidos. α p6

Eu acho que foi através de estudo mesmo, por questão da gerencia de saúde começou a trabalhar e ter uma experiência com o pessoal das universidades de fora. βp5

Foi no Canadá que surgiram as primeiras discussões sobre PS e no ano de 1974, foi constituído o Relatório *Lalonde*, em que era preconizado o aumento da expectativa de vida, por meio da melhora na qualidade de vida dos usuários (CARVALHO, 2004). O relatório pode ser considerado o primeiro documento que visava a PS e nele já continha determinantes de saúde, bem como já abordava a saúde como prisma (HEIDMANN, 2006).

Por fim, apenas profissionais da unidade α afirmaram que mudar a forma de prestar assistência poderia repercutir na mudança da percepção dos usuários em relação ao plano, levando-os a crer que a operadora estava preocupada com a saúde de seus usuários e não somente aos fatores financeiros.

O vínculo e a valorização da empresa, pra que o usuário ele perceba na empresa que não é só uma empresa de chegar lá e autorizar o que ele tá pedindo, mas que tá preocupado com o bem estar dele, que está do lado dele, que está preocupado com a saúde, eu acho que tem a ver com tudo isso. αp4

A satisfação dos usuários em planos empresariais, nas operadoras de autogestão, deve ser buscada como forma de vincular mais os seus usuários e conseqüentemente obter mais adesão aos programas e ações propostos.

O estudo desenvolvido por Barros et al (2008) ratifica essa afirmação, quando traz a satisfação entre os usuários como grande vertente influenciadora para a adesão ou não ao tratamento indicado. Dessa forma, ter os pacientes satisfeitos deve ser a primeira preocupação dos serviços para a efetividade de seus programas.

Estrutura e organização do programa

A estrutura e organização de um programa de promoção da saúde envolvem diversos aspectos, dentre eles, a presença de profissionais qualificados, insumos necessários e a participação de todos os atores sociais inseridos nesse processo de mudança. Em consequência aos marcos legais no setor de saúde brasileiro, no momento atual, vive-se as mudanças nas organizações e estabelecimentos sanitários (COSTA et al, 2009). Dessa forma, o gerente do estado α afirma em seu discurso que a presença de recursos humanos adequados apresenta-se como facilidade para o desenvolvimento das ações de PS, assim como dez profissionais em todos os estados e ainda quatro usuários das unidades estaduais α e γ:

Uma equipe muito bem treinada, conhecedora do conteúdo, da ação, do domínio do trabalho ter uma equipe já madura, que tem uma sincronia boa, que funciona muito bem. αgu

O espaço físico da unidade, que é um espaço adequado, todos os insumos que a gente necessita de datashow, do que a gente precisar a gente tem disponibilidade, de ter uma equipe de apoio para essas atividades, como o os analistas de educação e saúde, e todo a equipe que dá suporte as equipes nucleares. αp6

A estrutura da CASSI, a estrutura tanto humana, quanto de material. uu4

A possibilidade de recursos no sistema privado de saúde age a favor da execução das atividades. É reconhecida a importância da disponibilidade de recursos materiais e humanos para a execução e bons resultados das ações de PS. Em estudo realizado por Costa, Silva e Carvalho (2011, p. 631), as autoras reafirmam que “problemas organizacionais somados às limitações na estrutura influenciaram no desenvolvimento de algumas atividades, apresentando grau de implantação insatisfatório”.

Divergindo dos posicionamentos dos sujeitos acima, oito profissionais dos três estados cinco usuários. afirmaram que muitas vezes recursos humanos e materiais são insuficientes para a execução das ações.

Veja, hoje a gente em relação as atividades que demandam é mais profissionais, que são as atividades coletivas a gente tem dificuldade de mão de obra de auxiliar administrativo, de apoio, por conta de lotação mesmo, tem um pouco de restrição orçamentária, que no passado já foi uma coisa mais elástica, que hoje a gente já tem uma redução, não que inviabilize, mas a gente tem sente uma dificuldade. βp5

Eu passei mais de meia hora tentando localizar onde era e ligava pra cá e os funcionários não sabiam explicar direito. Eu digo, como é que vocês fazem uma palestra, em vez de orientar onde é. uu3

Ao promover ações e programas de PS, as operadoras assumem a responsabilidade por aquele usuário, devendo garantir o investimento adequado para o desenvolvimento no modelo de atenção, suprir com infraestrutura e recursos adequados, no sentido de corresponder as demandas (ANS, 2009b).

Para o gerente, dois entre seis profissionais e apenas um usuário do estado x, a intersectorialidade também se apresenta como um fator importante da estrutura e organização dos programas e ações de PS.

A gente buscou outros ambientes e parceiros, você tem uma AABB para poder realizar uma ação de promoção, a FABB que tem uma estrutura. x gu

(...) na associação dos aposentados (...) a gente tá perto ali exatamente para implantar essas ações em equipe, então isso aí é um fator facilitador que ter esse órgão que tá perto e dá essa abertura para a gente chegar lá. x p5

Hoje (a atividade) ser na associação, é estar próximo, na sexta-feira você vai lá, assiste a conversa. α u2

Fatores relacionados ao meio ambiente, sociais, políticos, culturais, entre outros, resultam nas condições de saúde da população, segundo a Carta de Ottawa, que ainda afirma a necessidade de ações intersetoriais coordenadas, acrescido do envolvimento da população (BRASIL, 2001).

A metodologia participativa e organização da própria ação podem agir positivamente para o funcionamento das ações para quatro profissionais dos estados α e β .

Dentro da programação dar o espaço para eles falarem, eles construirão, a gente faz toda uma mescla, com uma introdução da dinâmica, para eles terem todo esse envolvimento e se sentirem envolvidos e fazerem parte desse processo de construção de saúde. α p5

O modo de realizar as ações de educação, devem promover a interação entre os atores envolvidos, caso contrário as atividades permaneceriam sem edificar novos conhecimentos. Os autores Albuquerque e Stotz (2004) acreditam que agir utilizando modelos tradicionais, onde a educação ainda é empregada com superioridade, é fadar a um sistema pouco amplo e nada eficaz.

Redução de gastos

A atenção primária inicia-se no Brasil em um momento onde a restrição orçamentária e a reorganização dos gastos públicos com a saúde tornam-se prioridades (SENNÁ, 2002). O setor privado da saúde encontrando-se com os mesmos objetivos, lança mão dessa forma de assistência e já percebe os bons resultados. Nesse sentido, todos os gerentes afirmaram que minimizaram os gastos a partir da implantação das ações e programas de PS, idéia que também esteve presente no discurso de dezessete profissionais dos três estados e na fala de todos os usuários entrevistados.

O nosso objetivo era evitar o crescimento da nossa linha de despesa, quase vertical no sistema aberto, nós estamos vivenciando uma estabilização da curva de despesa, eu tenho que minha linha que era ascendente, tem tido um comportamento diferenciado, é um crescimento menos veloz. α gu.

Valor e porcentagem de redução eu não sei te dizer, mas a partir do que a gente trabalha com a prevenção e promoção de saúde com certeza tem uma redução de custos. β p3

Saúde é cara, muito cara, quem quiser cuidar da saúde sabe que a despesa é grande, muito grande. Mas na hora que um plano de saúde se preocupa em prevenção, ele tá diminuindo custos. α u5

Fundamentar o modelo assistencial de forma a ser apenas uma máquina requisitadora de procedimentos, não considerando o processo saúde-doença, nem tampouco os determinantes socioambientais, é uma forma de praticar “saúde” muito onerosa e pouco efetiva (MALTA, 2004).

Melhoria da Qualidade de vida

A Política Nacional de Promoção da Saúde traz em suas diretrizes que a PS é essencial para a melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2006). Sobre esse aspecto, todos os gerentes entrevistados revelaram perceber a melhoria da qualidade de vida dos usuários após a implantação dos programas e ações de PS, assim como dezoito profissionais entre os três estados, e oito usuários das unidades estaduais α e α .

A gente percebe, os usuários comentam da melhoria da qualidade de vida deles, que agora faz atividades física, a alguma coisa relacionada e a gente vê mesmo, a gente percebe, são depoimentos, gera situações de melhoria de qualidade de vida. α gu

Ontem ao final do encontro teve uma aposentada, que disse só ter a agradecer, que foi um estímulo pra retomar aquilo que eu podia fazer para o cuidado da sua saúde, nós não temos instrumento para medir qualidade de vida, não existe esse instrumento, é a percepção, a partir da adesão a assistência. α p5

A saúde melhorou a gente fica mais participativo, fica mais alerta, mais alerta, a gente as vezes tem determinado problema e não tá nem aí, mas com os debates, isso chama mais atenção. α u5

O estudo desenvolvido por Freitas et al (2011) os usuários relataram que a partir da efetiva adesão aos programas de PS desenvolvidos pela operadora, houve crescimento da segurança sentida por eles, bem como a autonomia foi despertada, conduzindo para a tomada de iniciativa para cuidar de sua própria saúde.

Mudar a essência da forma de assistência prestada, transformam ações curativistas em assistência baseada na PS gera não apenas a redução de custos, relacionada aos altos gastos com o modelo hospitalar, mas fornece atendimento mais qualitativo (SILVEIRA, 2004).

5.2 Atuação dos profissionais no programa de PS

Atuar em todo o processo de execução das ações de PS é algo desafiador para os profissionais, no sentido de ser responsáveis pela execução dos programas que vão auxiliar os usuários nas mudanças necessárias para tornar a vida mais saudável (REZENDE, 2011). Sobre a atuação dos profissionais, elencamos as seguintes subcategorias: composição das equipes e satisfação dos profissionais.

Composição das Equipes

As equipes de saúde das unidades estaduais da CASSI são formadas por Equipes Nucleares, compostas por médico e técnico de enfermagem, além de Profissionais de Equipe Multidisciplinar (PEM) – psicólogo, nutricionista e assistente social – que variam de acordo com o porte da unidade e das necessidades epidemiológicas da população assistida e há sempre a presença de um enfermeiro, exigência legal em qualquer serviço de saúde (CASSI, 2012a).

Todos os discursos dos gerentes e profissionais convergiram em relação à composição das equipes.

A equipe é formada por médico da família, técnicos de enfermagem, enfermeiros, psicólogo e assistente social. agu

Equipe nuclear que é o técnico de enfermagem e o médico e a equipe multidisciplinar que a gente tem o enfermeiro, tem a assistente social, o psicólogo. ap1

A importância do trabalho a partir de uma equipe multidisciplinar vem sendo alvo de vários estudos, mas todos remetem a necessidade de ações intersetoriais acompanhando a mais nova perspectiva do que é saúde, que perpassa as dimensões culturais, sociais, psicológicas e biológicas, como também a necessidade da atenção humanizada, acolhedora e holística (CARDOSO, 2010).

Porém os discursos dos usuários divergiram dos trabalhadores das unidades: “Tem o médico família, um nutricionista e esse pessoal auxiliares ai que falam bem também” (au6). Podemos observar claramente no discurso que os usuários não conseguem identificar os profissionais envolvidos nas atividades, nem a existência das equipes, mas identificam ações executadas, resultado da articulação entre os profissionais ou na execução isolada nas ações.

No processo de trabalho a partir da perspectiva multiprofissional cada membro da equipe deve dispor dos seus conhecimentos, estabelecer o mútuo intercâmbio de saberes (MARTINS et al, 2008). Nesse sentido é importante que o tradicionalismo da prestação dos

cuidados médicos voltados para a assistência clínica esteja menos evidente e sua participação também deve estar voltada para as ações de PS.

O gerente do estado α afirmou em seus discursos que os membros da Equipe Nuclear desenvolvem apenas a prática clínica.

Nós temos o médico de família, que o papel dele é o acompanhamento clínico da população. α gu

Os profissionais do estado α não concordam com o gerente do estado. Mas três profissionais dos estados β e γ afirmam que a equipe nuclear é responsável apenas para o desenvolvimento de atividades inerentes a assistência clínica.

Os médicos eles são responsáveis por aquele atendimento mais clínico. γ p2

Nesse sentido Stachenko (1998 *apud* CZERESNIA, 2003) afirma que a consulta clínica é um espaço privilegiado para a execução de práticas baseadas na PS e prevenção de agravos, uma vez que há ampla troca de informações, inclusive sobre o processo de adoecimento e ainda nesse momento o usuário está mais suscetível para a absorção de novas intervenções, independente do desenvolvimento de agravos.

Para os gerentes das unidades β e γ e dezoito profissionais dos três estados, a Equipe Nuclear participa das atividades de PS.

Os médicos de família eles tem atuação em consultas, palestras, promoção de saúde, os técnicos fazem o telemonitoramento, fazem acolhimento, fazem aconselhamento. γ gu

Em que o médico tradicionalmente se destina muito para o atendimento, mas o médico além dos atendimentos tem que fazer a parte de promoção, as ações. γ p3

Quando entrevistados, os usuários dos estados α e γ afirmam que os médicos participam das palestras e rodas de conversa, mas não conseguem identificar as funções dos Profissionais da Equipe Multidisciplinar em sua totalidade.

Os profissionais mostram gráficos de pessoas, como já melhorou, como as pessoas que já foram atendidas, eles fazem explanação muito bem colocada, audiovisual, então a gente escuta e eles mostram. Tem psicólogo, assistente social, tem o médico α u4

Tem a assistente social que também participa, ela cuida de modo geral dos problemas de saúde dos associados, ela convida e faz aquelas caminhadas. Eu acho que aqui assim, não tem uma psicóloga dentro da CASSI. A enfermeira dá também as explicações, tem o motivo das doenças. α u1

Ao observar o conjunto de discursos acima, constatou-se divergências entre os gerentes, profissionais e usuários dos estados. Fato que pode estar relacionado a diferenças na percepção das atuações no planejamento e execução das ações e programas de PS.

Contudo, no Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na saúde suplementar, reafirma a necessidade da interação e participação da equipe multidisciplinar nas ações de PS e prevenção de doenças desenvolvidas pelas operadoras de plano de saúde (ANS, 2009b).

Todos os gerentes e profissionais afirmaram em suas entrevistas que a PEM é responsável pelas atividades inerentes a clínica, como também pelo planejamento e por vezes a execução das ações de PS.

A consulta de enfermagem, orientações, saúde da mulher, atividades inerentes a clínica de enfermagem. É o assistente social responsabilização de alguns programas de PS, pois este deve acolher família quando há demanda para isso e faz atendimentos, de casos específicos de atendimento domiciliar e por fim a psicologia, faz atendimento e coordena programas de OS. *α*gu

A equipe PEM que é o psicólogo, nutricionista, assistente social e enfermeira que eles se reúnem com um tema voltada para a saúde e a gente manda o convite e também liga para reforçar o convite. A equipe PEM planeja e organiza também os trabalhos que são desenvolvidos, fora as atividades clínicas. *β*p2

A priori a execução das ações de PS deve ser realizadas pelas equipes que as planejam, com o intuito de utilizar as informações colhidas como forma a direcionar o programa a fim de atender as necessidades do público alvo (SILVEIRA, 2004). Dessa forma o envolvimento de todos os profissionais é de suma importância, visto que a interação promoverá ações mais efetivas e precisas.

Para Peduzzi (2009) os profissionais da área de saúde são essenciais para a obtenção dos resultados desejados, contudo, para que essa realidade seja desenvolvida, faz-se necessário buscar as reflexões sobre tais atividades desenvolvidas.

Satisfação dos Profissionais

Segundo Lino (1999) a satisfação profissional envolve vários fatores, internos ou externos aos trabalhadores, formando complexo cenário. Na perspectiva da satisfação profissional, os gerentes e usuários dos estados inseridos na pesquisa, percebem bons níveis de satisfação, e dezessete profissionais entre os três estados confirmam esta percepção, conforme trechos das entrevistas abaixo:

Eu acho que eles tem um nível de satisfação de bom a ótimo, pela relação que a gente tem, pelas conversas, pelas discussões que a gente faz, a adesão deles é muito boa, eles tem dado *feed back*, nós vemos as pessoas engajadas e envolvidas na execução de trabalho α

São boas, a grande maioria que eu convivo, são boas, acho que tem um retorno pessoal, pessoal e profissional bom. β p6

Em seis discursos os profissionais de três estados revelaram que limitações de recursos humanos na execução do trabalho podem interferir na própria satisfação.

Eu avalio como satisfeitos, como em toda situação há limitações, há inseguranças, para a estrutura que a gente tá envolvido, as vezes a gente gostaria de tá fazendo mais, mas a gente não consegue abraçar por que a demanda é grande, são muitos participantes, são muitas atividades, são muitas ações e muitas vezes a gente não consegue. α p2

E ainda emergiu no discurso de um profissional do estado α que a satisfação profissional também está relacionada aos indicadores/cumprimento de metas e ao desempenho em comparação a outras equipes.

Eu percebo menos nos outros profissionais envolvidos, muitas vezes é há uma certa tensão quando você tá abaixo de certo indicador, por que a gente faz uma comparação das três equipes, ou as coisas melhorassem ou eu ia sair da CASSI, eu já tava decidido a fazer isso, por que em toda reunião, minha equipe tinha o pior indicador dos três, e eu era chamado na gerencia todo tempo, para conversar, pra saber o que tava acontecendo. α p6

A realidade de não alcançar as metas propostas pela empresa traz para os funcionários angustia e, como observamos no trecho do discurso, o trabalhador cogitou até mesmo a possibilidade de se desligar da empresa, mediante a quantidade de cobranças existentes. Para Rebouças et al (2007), o excesso de atribuições e sentimento de angustia laboral pode contribuir negativamente para a saúde do trabalhador, inclusive com a necessidade de demanda de saúde mental, resultando prejuízos para a atividade ocupacional e pessoal.

5.3 Adesão dos beneficiários aos PS

A falta de adesão aos programas e ações de PS entre os usuários das unidades estaduais representou discurso bastante significativo, constituindo-se como grande entrave para a realização das atividades educativas, presente no discurso de todos os gerentes de unidade que participaram da pesquisa, de treze profissionais pertencentes aos três estados visitados e ainda foi situação revelada nos discursos de seis usuários dos estados α e α .

Adesão as atividades, eu não sei se pela dinâmica da sociedade que nós vivemos, pela falta de tempo que as pessoas encontram para participar de eventos extra agenda, não comuns, eu também não sei o nível de sensibilização que o próprio usuário tem da sua saúde, mas eu penso que isso seja a maior dificuldade que nós temos encontrado. β gu

As dificuldades maiores realmente é a adesão do grupo, trabalhar com educação em saúde é complicado. α 3

Por que mesmos com essas ações aqui, eu considero que muitas pessoas não vão, não sei por qual motivo, mas o número de aposentados aqui é bem alto, mas quando na reunião muitas vezes vai na faixa de 30, 40, 50 pessoas, há um desinteresse, mesmo a CASSI tentando motivar. γ u2

Essa realidade nas ações e programas de PS observada por todos os gerentes e profissionais e inclusive pelos usuários, é um que fato pode ser explicado pela falta de conhecimento entre as pessoas de que as condições de vida afetam a saúde, constituindo-se esse quadro um dos desafios para a adesão às ações de PS. (BUSS, 2000)

Do estudo realizado por Afonso e Lemos que objetivou a compreensão dos fatores que levam a baixa adesão às ações educativas de PS, depreendeu-se que “fatores intrínsecos aos usuários, como reconhecimento das necessidades de saúde, assim como os fatores externos, como as dificuldades de vida diárias” também foram apontados como causas para a baixa adesão. (2011, p. 245).

Quando há adesão dos participantes, há favorecimento ao funcionamento das ações, conforme falas de profissionais de todos os estados visitados.

Uma das facilidades é que o público quando vem ele adere, quando ele vem, tem uma mudança que você pode perceber e na educação em saúde você pode perceber uma mudança na condição de vida, dos hábitos alimentares que possam interferir na qualidade de vida mesmo. α 3

A participação da população nas atividades é de suma importância não apenas para o alcance dos objetivos propostos, mas também em decorrência da necessidade da mudança dos próprios conceitos relacionados a saúde e doença. Na perspectiva do modelo de atenção baseado na PS, as próprias pessoas são capacitadas para mudar o cenário onde vivem, como também exercer o autocuidado (BRASIL, 2001).

Ainda nesse sentido, a percepção de melhora da própria saúde contribui para adesão dos usuários, como afirma os discursos dos gerentes α e β .

Percebeu efetivamente que com os cuidados que a estratégia de saúde da família tem e com os sistemas que a CASSI implantou, efetivamente vai trazer benefícios, e a partir daí quando há entendimento por parte do associado, e ele incorpora isso como parte dele β gu

A publicação na ANS, intitulada Panorama das ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar (2008), destacou as estratégias mais utilizadas pelas operadoras para estimular a adesão dos usuários, entre a mais utilizadas estão: envio de materiais de divulgação (76,0%), ligações telefônicas (64,4%), propaganda (57,4%), encontros e atividades lúdicas (52%) e acompanhamento por profissional de saúde gerenciador (49,6%).

Quando foram codificados os relatos dos sujeitos que descreveram os motivos para adesão ou não aos programas de PS, suas falas deram origem as seguintes subcategorias: compreensão do modelo assistencial, vínculo do usuário com a operadora de saúde, satisfação dos usuários.

Compreensão do modelo de atenção

Ao mencionarem sobre a compreensão do modelo assistencial, todos os gerentes de unidades e vinte profissionais de todas as unidades, afirmaram que a falta de entendimento sobre a importância das ações de PS contribuem para a falta de adesão dos usuários, conforme discurso.

Um dos dificultadores da adesão é a falta de conhecimento deles, a cultura, ainda tem uma cultura muito curativa para eles assim, a a, qualidade de um plano é muito vista, é muito mais vista pela disponibilidade de rede do que pelas ações de promoção a saúde. α gu

A assistência primária a saúde no Brasil não faz parte desse nosso público, é totalmente diferente, não tem cultura, não tem a informação desse tipo de assistência. β p7

Os próprios usuários dos estados α e α admitem a não compreensão do modelo de atenção e afirmam que, em decorrência, não tratam as ações e programas de PS como prioridade para o cuidado com a própria saúde.

Dificuldades, às vezes, é o horário, por exemplo, nem sempre eu posso vir pras palestras, essas coisas, porque tem outra coisa particular que você já marcou, ou tá viajando, tá com o neto porque a filha trabalha, essas coisas de família mesmo, a única dificuldade é essa. α u4

Sobre a adesão dos usuários aos programas e ações de PS, Afonso e Lemos (2011) consideram a existência e interferência de vários fatores relacionados aos próprios usuários, entre eles a percepção da necessidade de sua participação nas ações e da importância do autocuidado, é importante dar destaque também aos fatores relacionados às organizações –

como tipo de metodologia utilizada –, a relevância das orientações e ainda o respeito prestado ao conhecimento dos usuários e suas características.

Além de estimular a compreensão do modelo assistencial, é importante despertar a possibilidade de percepção entre os usuários de que estão todos em um mesmo patamar, fato esse que favorece a adesão aos programas, e nesse entremeio proporciona-se o acolhimento de todos, a valorização da vida proporcionada pela troca constante de experiências e ajuda mútua para a superação de entraves (FREITAS et al, 2011).

Vínculo do usuário com a operadora de saúde

Devido ao longo tempo de filiação entre o usuário e o plano de saúde, resultante da carreira profissional na empresa, o vínculo formado é estabelecido fortemente entre os usuário e operadora de plano de saúde. O discurso dos gerentes α e β e também de três profissionais dos estados α , β e γ , afirma que o vínculo usuário/operadora está presente e contribui para a adesão dos usuários aos programas.

Uma facilidade é por ser funcionário de BB, eles já entra na empresa conhecendo a CASSI, nós temos um contato com esse população, existe uma parceria muito grande entre o banco e a CASSI, troca de informações e dados cadastrais é permanente e a população tem uma média de tempo de filiação alta, então já conhece a CASSI ugu.

A facilidade em aderir (aos programas e ações de PS) é porque de todo jeito é um produto da CASSI, então de todo jeito eles tem assim, uma aceitação, respeito pelo plano deles e ai de todo jeito um produto que é oferecido eles já colocam, perguntam, me questionam, mas é a CASSI que tá oferecendo então eu quero. $\beta p7$

Na modalidade de plano tipo autogestão, os serviços de assistência à saúde são voltados para os empregados de empresas e muitas vezes seus familiares (BRASIL, 2011), quando a forma de ingresso ao serviço é por meio de concurso, onde o tempo trabalhista geralmente é extenso, a vinculação se torna mais densa, acarretando em vínculos de confiança fortemente estabelecidos e esse fato contribui para a adesão as ações e programas promovidos pelas empresas envolvidas.

Satisfação dos usuários

De acordo com o Glossário temático: economia da saúde, publicado pelo Ministério da Saúde, satisfação do usuário pode ser definida como “*Condição que se percebe nos pacientes,*

no âmbito da Saúde, consubstanciada em um contentamento advindo da realização de suas expectativas em relação à atenção sanitária recebida” (BRASIL, 2005b, p. 47).

Todos os gerentes e os profissionais dos três estados afirmaram que percebem bons níveis de satisfação dos usuários em relação as ações e programas de PS, como também os usuários afirmam sentissem satisfeitos, seja pela percepção de conhecimento adquirido ou pela dinâmica das atividades.

Os beneficiários tem reportado inclusive por meio de pesquisas, um grau de satisfação muito bom, a pesquisa mostra se o atendimento é satisfatório, o cuidado é satisfatório sobre a equipe, o atendimento, o retorno. αgu

A gente percebe pelo retorno deles aqui, ao vivo e a cores eles dizendo que tá ótimo, que tá OK, eles querendo vir, a agenda cheia. A melhora a cada dia dos exames que eles trazem, então ele entende e começar a adotar hábitos de vida mais saudável, que até então tinha preguiça, esses fatores pontuais mostra que eles tão querendo e tá dando certo ∞ p5

Eles adoram, adoram, quem participa sempre vem para o próximo e para o próximo, inclusive o pessoal da agencia que ainda não estão no horário ainda conseguem vir mais cedo para participar, eles gostam, a gente sempre avalia ao final de todos os encontros e as avaliações sempre são positivas. βp1

Quem vem para cá vem satisfeito e sai satisfeito, por que você tá adquirindo conhecimento, a respeito daquilo que você tá vindo saber. uu2

Observamos que a satisfação referida pelos usuários que emerge dos discursos está relacionada a percepção de melhoria da qualidade de vida e ganho de conhecimento para adoção de hábitos mais saudáveis de vida. Para Freitas et al (2011) os encontros para o desenvolvimento das ações e programas de PS são entendidos pelos participantes como espaços que possibilitam a formação/fortalecimento de vínculos de amizade, além da aquisição de novos conhecimentos.

E ainda nesse sentido a satisfação do usuário deve ser contemplada como parte integrante da avaliação do serviço prestado, visto que está diretamente relacionada com a efetividade da atenção prestada e seus processos, devendo estes dados serem respeitados e aplicados no planejamento e reorientação dos serviços (ANS, 2007).

Ainda estava presente na entrevista do gerente ∞ e de quatro profissionais do estado α, que a satisfação que os usuários sentem em relação aos programas pode sofrer decréscimo relacionado a não adesão ou a falta de compreensão do novo modelo de atenção desenvolvido.

É difícil eles avaliarem uma coisa que eles não aderiram, então essa é uma dificuldade que a gente tem, uma avaliação menor ∞ gu.

Ainda uma minoria que era acostumada com uma assistência que eles tinham, assim num tinha o controle como existe agora. Então, com essa mudança, com essa

organização, um prédio, atendimento chegar aqui fica na sala de espera pra ser atendido assim, algumas mudanças que quem tá acostumado com determinada coisa estranha e até questiona ah era bom naquele tempo que era assim. ap4

Isso ocorre porque o modelo de atenção à saúde médico assistencial privatista, predominantemente curativo foi, por muito tempo, o mais conhecido e prestigiado em nosso país, fortemente implantado com a expansão da previdência social e conseqüente capitalização da medicina, voltado para os indivíduos que procuram os serviços de saúde por iniciativa própria, ou seja, quando se sentem doentes (ROUQUAYROL, ALMEIDA FILHO, 2003). Dessa forma, a mudança no modelo assistencial ainda se constitui um desafio para gestores, profissionais e usuários e é resultado de mudanças que vão desde a formação profissional até o processo de trabalho em saúde.

5.4 Programas implementados e ações executadas

Os programas e ações de PS incentivados pela ANS buscam não apenas a melhoria da qualidade de vida dos usuários. Primariamente, houve interesse no desenvolvimento desse tipo de ações no setor, a fim de promover a reorientação do modelo assistencial, por contribuir para a qualificação das operadoras e seus profissionais, por meio de uma atenção integral e multidisciplinar (ANS, 2008). Em pesquisa realizada pela ANS (2008) 47,4% das operadoras declararam que realizam programas de PS, essas empresas representam 80,0% do total de beneficiários do setor.

Essa categoria contempla as seguintes subcategorias: programas implementados, ações realizadas e avaliação das ações executadas.

Programas implementados

De acordo com a proposta da operadora esses programas e ações visam garantir maior efetividade na atenção prestada, garantindo qualidade de vida e bem-estar, satisfazendo as necessidades coletivas de saúde (CASSI, 2012).

Na unidade α o gerente da unidade e parte dos profissionais afirma o desenvolvimento de alguns programas de PS, conforme a fala a seguir:

Temos o programa de acompanhamento de saúde mental, temos um programa que nós chamamos de bem viver, que é voltado para as pessoas portadoras de necessidades especiais, temos um programa de atenção domiciliar, para a população que está em hospitalização domiciliar ou não. O programa de risco cardiovascular. O de diabetes, também com o protocolo de risco de atendimento α gu.

Tem o PAD que é o programa de atendimento domiciliar. Ai tem o programa Viva Coração. Tem o programa Saúde Mental que já existe há algum tempo, mas não está totalmente implementado. O Bem Viver que é um programa direcionado pra os pacientes com necessidades especiais, seja por algum problema mental ou motor α p4.

Outros profissionais, nessa mesma unidade, trouxeram em seus discursos uma situação diferenciada, como a não existência de alguns programas pela inserção de outro que englobou os anteriores.

Hoje a gente tem um grande programa de monitoramento de agravos que é o GCC, que é Gerenciamento de Condições Crônicas, isso engloba todas as patologias dos doentes crônicos. Tem o PAVASS que é Programa de Atenção as Vítimas de Assalto e Sequestro, que ele já existe desde o começo na CASSI, e o TABAS, que é um programa de abandono do tabagismo. α p6.

Na unidade β , o gerente e os profissionais convergiram nos discursos sobre os programas de PS implantados, com exceção do GCC, que nenhum profissional citou em seus discursos:

Existe o programa de assistência farmacêutica, que um dos mais antigos. O Programa de Atenção aos Crônicos, com uma empresa terceirizada ela se articula com a estratégia de saúde da família e a gestão de cuidados permanece na estratégia de saúde da família. O programa de saúde mental da CASSI. O Programa de Atenção Domiciliar, ele cuida da assistência e do internamento domiciliar. Programa Viva Coração, que é o risco cardio-vascular. O programa Bem Viver, que é direcionado a ações específicas para os portadores de necessidades especiais e o plena idade, que tem o foco na população com idade superior a 60 anos. β gu.

Nós temos o Viva Coração, que trabalha o risco cardiovascular, nós temos o Plena Idade, que trabalha com pessoas acima de 60 anos e temos também o PAD que trabalha com pessoas acamadas em domicílio, desospitalização. Tem também o Bem Viver, que aí trabalha justamente essas pessoas que já tem alguma deficiência. Aí tem o PAVAAS também, que é para quando ocorre assalto com vítimas em todo o Brasil e é chamado a equipe do programa. β p3

Na unidade \varkappa o gerente abordou vários programas já mencionados anteriormente, assim como os profissionais, que apenas acrescentaram o programa de saúde mental, conforme discurso abaixo.

Tem o Bem Viver para pessoas acometidas de alguma deficiência motora ou psicossocial. O programa de atenção domiciliar o PAD, dá o suporte a ao cuidado em casa. O TABAS, que é o do tabagismo. O Programa de Assistência Farmacêutica, ela reduz o custo do medicamento. O Viva coração o banco de dados, ele é constantemente atualizado com as condições de saúde dos participantes. O programa Plena Idade nós temos uma base de dados de todos os associados que tem mais de 60 anos e temos o gerenciamento dos crônicos, que é o GCC, gerenciamento de condições crônicas, pega um grande público da plena idade \varkappa gu.

Tem o da saúde mental com a população cadastrada no programa de saúde da família que tem a comorbidade referente a saúde mental, a gente vai monitorando e acompanhando esse participante ao longo do ano. α p4.

A publicação da ANS (2008) revelou que as operadoras que desenvolvem programas de PS, prestam assistência a 80% dos usuários do sistema suplementar de saúde e que os grupos mais contemplados com as ações são: adultos e idosos, seguidos por mulheres e crianças.

Tanto os usuários do estado α , quanto da unidade localizada no estado α , não conseguem identificar os programas implantados nas unidades e revelados nos discursos dos gerentes e profissionais ou os identificam de forma muito superficial.

Tem a promoção de saúde de a questão de cardiológico. Promoção da saúde na parte de palestras como essas que acontecem aqui, de divulgar temas importantes, mas que sejam simples de comunicação, você tem a promoção de saúde em relação ao tabagismo, então você tem caminhadas. α u6

Tem o da obesidade, eles encaminham pra o nutricionista, pra o endocrinologista, por exemplo. Deixa eu ver se eu me lembro, participei de vários, como eu não sou tabagista, eu já vi aqui programa de tabagismo, faz palestras pras pessoas aderirem, mais conscientização, mas eu não sou fumante, nunca fui. Então eu não participo, mas tem a do coração, que tem as caminhadas, o exercício físico. α u4

A CASSI disponibiliza em seu site uma cartilha que contempla vários tópicos, entre eles os programas desenvolvidos. Conforme a publicação, os programas existentes são: plena idade, viva coração, bem viver, atenção aos crônicos, atenção aos fumantes e auxílio-medicamento (CASSI, 2012b).

- **Plena Idade:** direcionado aos usuários com idade igual ou superior a 60 anos, no intento de melhorar as condições de saúde dessa parcela que está iniciando um novo ciclo, que envolve alterações físicas, emocionais e sociais, garantir assistência qualificada para alguns usuários que necessitam de cuidados mais pessoais para manutenção da autonomia e da qualidade de vida e ainda promover troca de experiências entre participantes;
- **Viva Coração:** voltado para as pessoas propensas a doenças cardiovasculares e as que já têm risco cardiovascular (hipertensão, diabetes, dislipidemia, tabagismo, sedentarismo e obesidade). Os usuários mantêm acompanhamento personalizado pela Equipe Saúde da Família das CliniCASSI, com vistas na mudança de hábitos de vida;

- **Bem Viver:** desenvolvido para os usuários portadores de deficiência e seus familiares, conta com atividades para proporcionar autonomia, inclusão social e melhoria da qualidade de vida.
- **Atenção aos crônicos:** o Gerenciamento de Condições Crônicas de Saúde se desdobra no Gerenciamento de Condições Crônicas (GCC), realizado pelas equipes de Saúde da Família das unidades CliniCASSI e oferta cuidado mais intensivo para diabéticos, hipertensos, dislipidêmicos e obesos para controlar o agravamento dessas condições e o surgimento de outros problemas de saúde, são ações desenvolvidas: consultas periódicas com a equipe multidisciplinar, visitas domiciliares, telemonitoramento, atividades coletivas para educação em saúde e dicas de como conviver com a doença crônica com maior qualidade de vida.
- **Atenção aos fumantes:** este é oferecido aos participantes que desejam cessar o fumo. Inclui encontros semanais e orientação por profissionais da CASSI.
- **Auxílio-medicamentos:** o Programa de Assistência Farmacêutica (PAF) prevê, apenas para os usuários do Plano de Associados, abonos, descontos em farmácias cadastradas e entrega domiciliar de medicamentos.

Podemos inferir que a maioria dos profissionais e gerentes conseguem identificar os programas que realizam e em alguns casos a lista dos programas desenvolvidos citados é maior do que a apresentada pela cartilha. Em outros ainda há desencontros sobre os programas anteriormente desenvolvidos e aqueles recentemente implantados. Mas o fato dos usuários não reconhecerem os programas merece destaque, visto que conhecer melhor as ações desenvolvidas poderia contribuir para a melhor adesão.

Ações realizadas

As ações realizadas devem incentivar a adoção de hábitos mais saudáveis, e resultar no empoderamento e conseqüentemente na melhora da qualidade de vida dos usuários de planos de saúde. Conforme Malta (2004) esta forma de praticar assistência, por incorporar outros saberes e agir de forma contra-hegemônica, obtém-se a produção do cuidado, respeitando as necessidades dos usuários e agindo para sanar a crise no setor. Todos os gerentes, profissionais e usuários dos estados pesquisados consideraram que as atividades coletivas/educativas são as ações de PS desenvolvidas nas unidades de seus estados.

As atividades coletivas, são atividades exclusivamente de promoção da saúde. Nós temos aquelas empresariais, a frequência é semanal, e nós temos aquelas atividades de grande porte, que a CliniCASSi faz, pelo menos, uma por mês. As empresarias acontecem no Banco do Brasil, e a outra parte da população, nós fazemos de várias formas, mas a mais comum é aqui na própria CASSI. Os temas, nós temos muito trabalho voltado para a saúde da mulher, promoção da qualidade de vida, alimentação saudável, para conscientização do corpo e para a atividade física. βgu

A atividades educativas ocorrem mensalmente, mas aí a gente tem duas atividades coletivas, a gente tem dois enfoques, a atividade na unidade, que esse público é aberto, a não ser que a atividade seja dirigida e a atividade coletiva empresarial, são duas vezes por ano em cada agencia. Os temas eles sempre pedem nutrição, atividade física, mudança de estilo de vida. Os locais pode ser a agencia, no caso de empresarial e ou outro aqui, a gente uma um auditório que pode usar, parques, calçadão da praia, AABB que é do banco. βpl

Eles combinam assim uma palestra, uma caminhada na praia. As palestras são sobre saúde mesmo, principalmente prevenção de infarto, derrame, essas coisas assim, essas caminhadas essas coisas sempre mandam na internet um convite pra mim. De três em três meses tem essas atividades. au6

Um dos objetivos específicos da PNPS é “ampliar a autonomia e a co-responsabilidade de sujeitos no cuidado integral à saúde” (BRASIL, 2006, p. 17). Esse cenário pode ser construído a partir do estímulo a compreensão do processo saúde/doença, inclusive entre os crônicos, promovendo a autogestão do cuidado e a manutenção da dignidade em relação as atividades da vida cotidiana (FREITAS et al, 2011).

De acordo com pesquisa realizada pela ANS (2008) os temas mais frequentemente abordados nas ações e programas de PS direcionados para adultos e idosos são: diabetes mellitus (82,7%), hipertensão arterial sistêmica (81,6%), sobrepeso e obesidade (67,0%), alimentação saudável (66,0%), inatividade física (50,3%), tabagismo (48,6%) e alcoolismo (25,2%).

Ainda sobre as atividades consideradas de PS, os gerentes das unidades α e ρ, como também oito profissionais entre os três estados e usuários do estado ρ afirmaram que, atividades inerentes a CliniCASSI, como visitas domiciliares e consultas individuais, se constituem também ações de PS desenvolvidas.

Para pacientes com mais de 70 anos, nós temos uma visita para detecção de risco ambiental, para ver o risco de possibilidade de queda, isso são ações que nossa equipe faz em cada domicilio, a partir dos nossos idosos cadastrados. αgu

No meu entedimento é desde o momento que eles chegam a recepção que vão agendar uma consulta, que a recepcionista vai explicar para ele do modelo integral a saúde, vai cativar essa população você já está promovendo a saúde, então no meu entedimento é desde o agendamento das consultas, desde o momento que são abordados por qualquer profissional interno da CASSI para falar desse modo assistencial, como nas consultas. ρ p4

Entra em contato com a doutora, faz uma série de exames e traz e mostra aqui, aí ela faz mais aquele direcionamento, e explica e a gente fica sabendo que o associado tal é diabético, ou, é, tem pressão alta, ou alguma coisa assim, E até depois de certa idade, é parece que depois dos 70 tem umas visitas em casa. α u2

Em pesquisa realizada pela ANS, foi demonstrado que há mais operadoras oferecendo atividades individuais e coletivas, desenvolvidas por equipe multidisciplinares, em detrimento daquelas que promovem apenas palestras, exames e consultas com médicos (ANS, 2008).

Avaliação das ações executadas

Avaliação no setor saúde, atualmente pode e é entendido como ferramenta que auxilia no planejamento e gestão dos serviços e programas, pois é capaz de conferir a efetividade das intervenções, definir a direção dos investimentos e também contribuir para a satisfação dos sujeitos envolvidos (SANCHO e DAIN, 2012). Essa subcategoria vai contemplar a avaliação dos sujeitos sobre as ações de PS executadas nas suas unidades estaduais. Os gerentes, quinze profissionais e onze usuários das unidades α e α avaliaram positivamente o programa, relacionado ao alcance dos objetivos propostos.

Eu acho que os programas são muito corretos nas propostas que eles tem. São programas que buscam atender na saúde coletiva os problemas que geram o maior tipo de gastos financeiros no plano, os pontos que a gente atua são os pontos que fazem a diferença no volume de agravos que as pessoas estão submetidas e tem impacto muito concreto na QV das pessoas e na redução de gastos na CASSI. α gu

Eu vejo que a CASSI é, hoje ela tem uma visão muito diferenciada, ver o todo, mas também ver as partes. O maior crédito é saber que aquela pessoa tem particularidades, mas ela tem coletividades também, e você tem uma equipe que te auxilia nisso. α p7

Eu acho bom, boa. Porque tá sempre em alerta com os problemas da população, com os cuidados que a pessoa deve ter, em participação, em chamar a gente pra lhe alertar, quando eles vem que explica, que mostra slides, que participa, isso motiva muito a gente. α u5

É importante que as avaliações sobre efetividade dos programas e ações de PS sejam realizadas após o médio prazo de início e que também seja considerada a quantidade de usuários que efetivamente aderem as atividades, sob pena de não identificar realmente os resultados e, por conseguinte, atingir avaliação errônea (VERAS et al, 2008).

Ainda dez profissionais, entre todos os estados, e três usuários do estado α não avaliaram satisfatoriamente as ações e programas de PS, relataram entraves organizacionais e de recursos e a falta de compreensão dos usuários, em relação ao novo modelo assistencial.

A gente precisa demais suporte operacional, somos os profissionais que dá suporte a todas as ações da unidade e ainda coordenar, e efetivar a participar das ações de promoção à saúde, a gente precisaria de um suporte maior, ou talvez uma equipe, uma equipe para isso, para ser pensado isso, ou talvez mais tempo para isso, por que na nossa agenda a gente não consegue. βp1

Eu digo que é positivo, uma sugestão que faço é a abrangência dos programas, eles ainda não conseguiram abranger todo mundo. Eu acho que chega num ponto que as pessoas acham que tão fazendo certo, outros acham que isso é besteira, cada um tem um a sua interpretação, mas depois de velho aprender a comer, eu comi tudo e não tive nada. γ u2

A CASSI precisa de um pessoa, então para melhorar você precisa de mais profissional, mais gente para trabalhar nessa unidade. γ u6

Do estudo de Malta (2004), depreende-se que a falta ou mesmo as falhas nas ações e programas de PS desenvolvidos, são responsáveis pelo aumento da procura da rede credenciada dos planos de saúde e que simples ações, como imunizações programadas e formação de grupos para usuários específicos, evitam o uso desnecessário do sistema de saúde, mas para a real efetivação da nova forma de praticar saúde, é condição primordial que as operadoras absorvam essa realidade e destinem investimentos para esse fim, e não apenas estejam voltadas para o marketing ou acúmulo de capital.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final da execução da pesquisa, conclui-se que a iniciativa da CASSI em promover as ações e programas de PS ocorreu antes da publicação da normativa da ANS. Esse pioneirismo está relacionado a necessidade de reduzir os gastos que a empresa vinha apresentando em virtude do tipo de assistência praticada, o modelo baseado no tratamento dos agravos. Nesse sentido, melhorar a qualidade de vida da população assistida também se constituiu como foco do novo modelo de atenção que estava sendo almejado, pois era fundamental minimizar os casos de adoecimento que vinham surgindo em ordem crescente.

Esses impactos foram fortemente percebidos pelos sujeitos que participaram da pesquisa, pois a redução de gastos e a melhoria da qualidade de vida emergiram várias vezes nos discursos, por meio de citações que versavam sobre a redução de internações e exames observada e a adoção de hábitos saudáveis.

Para o desenvolvimento efetivo das ações e programas de PS era fundamental a prática de estudos onde essa política fosse exercida, a fim de verificar quais os impactos gerados a partir da assistência praticada.

Ademais esse cenário, prestar uma assistência diferenciada aos usuários poderá resultar em melhores avaliações para as operadoras de saúde. Atualmente a ANS vem desenvolvendo várias avaliações de satisfação dos beneficiários dos planos e seguros de saúde, contribuindo para o continua preocupação na melhoria dos serviços prestados.

No que se refere à estrutura e organização, essenciais para o bom funcionamento dos programas e ações planejados, parte das entrevistas revelaram as boas condições e adequação dos recursos materiais e humanos disponíveis. Contudo outros sujeitos afirmaram insuficiência desses recursos, principalmente relacionados a falta de profissionais e restrição orçamentária e que essa situação interfere negativamente sobre a satisfação de alguns profissionais.

Embora a intersetorialidade seja preconizada para as ações de PS, inclusive estando presente na PNPS, apenas em um estado foi lembrada pelos discursos dos sujeitos envolvidos, sendo avaliada como agente que contribui positivamente para a execução das ações.

A CASSI possui equipes de saúde multidisciplinar desenvolvendo seus trabalhos nas Clínicas estaduais. Essa realidade é importante e representa ganhos para a saúde dos usuários, pois estes passam a ser vistos de forma holística. No entanto, alguns sujeitos afirmaram não ser função da equipe nuclear desenvolver ações educativas de saúde, cabendo a esse tipo de equipe apenas as atividades de cunho clínico. Já em outros discursos é referida a participação

desses profissionais. Tais divergências podem estar relacionadas a diferenças de entendimento sobre atores que planejam e executam as ações.

Foi unânime entre os gerentes e profissionais o envolvimento dos membros da equipe multidisciplinar na participação e execução das ações e programas de PS desenvolvidos nas unidades.

É importante lembrar que as ações de PS não são apenas as atividades coletivas, de essência educativa, mas todo e qualquer contato entre profissionais da saúde e usuários dos serviços utilizados para esse fim, incluindo as consultas individuais.

A boa satisfação profissional foi percebida entre a maioria dos sujeitos da pesquisa, em alguns discursos ainda emergiram que o não cumprimento das metas propostas diminui a satisfação profissional, em virtude as cobranças realizadas pela empresa.

Entre grande parte dos discursos, a baixa adesão dos usuários aos programas e ações de PS foi relatada com frequência, inclusive representando grande entrave para o funcionamento das atividades, a falta de compreensão do modelo de assistência foi motivo citado para esse panorama. Todavia, a percepção da melhora da qualidade de vida pelos usuários contribui para as adesões, além dos altos tempos de filiação ao plano. Altos índices de satisfação dos usuários foram percebidos entre todos os entrevistados. Talvez seja reflexo da compreensão do modelo, bem como dos bons impactos percebidos na saúde.

Quanto aos programas desenvolvidos, constatou-se que há vários programas desenvolvidos pelas unidades, com ênfase para idosos, adultos e pessoas portadoras de deficiência, mas há déficit de programas direcionados para mulheres, crianças e adolescentes. Contudo, merece destaque a falta de conhecimento dos usuários em relação aos programas existentes, talvez com maior conhecimento sobre programas e ações preconizados pela operadora, houvesse maior envolvimento e em decorrência, maiores adesões.

Em relação as ações promovidas, todos consideraram que as atividades coletivas/educativas são ações de PS e outros sujeitos também concluíram que nas atividades inerentes a CliniCASSI, como visitas domiciliares e consultas individuais, a PS é desenvolvida. E, em grande parte das entrevistas a avaliação dos programas e ações foi positiva.

Ao final do trabalho, constata-se que é válida a iniciativa de executar as ações e programas, visto que os objetivos iniciais são paulatinamente alcançados. Contudo, ainda é necessário construir processos de trabalhos mais coesos, onde todos os profissionais, unidos, desenvolvam ações multidisciplinares e trabalhem na mesma perspectiva. Nesse âmbito,

fornecer recursos adequados, tanto em nível profissional, quanto material se constitui condição básica para o funcionamento de qualquer tipo de iniciativa.

É fundamental, promover a interação e inserção dos usuários nos programas e ações de PS, visto que é necessário conhecer para aderir efetivamente a qualquer empreendimento.

REFERÊNCIAS

AFONSO, R. R.; LEMOS, A. Adesão nos grupos educativos em contracepção em uma área programática do Rio de Janeiro. **Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 238-247, 2011.

ALBUQUERQUE, C. et al. A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1421-1430, 2008.

ALBUQUERQUE, P. C. de; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface**. Botucatu, vol.8, n.15, p. 259-274, 2004.

ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). **Resolução nº 94 de 23 de março de 2005**. Dispõe sobre os critérios para o diferimento da cobertura com ativos garantidores da provisão de risco condicionada à adoção, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de programas de promoção à saúde e prevenção de doenças de seus beneficiários. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/texto_lei.php?id=919>. Acesso em: 02 jun. 2011.

_____. **Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2006. 65 p.

_____. **Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**: Manual técnico. 2 ed. Rio de Janeiro: ANS, 2007. 168 p.

_____. **Panorama das ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2008. 88 p.

_____. **Atenção à saúde no setor suplementar: evolução e avanços do processo regulatório**. Rio de Janeiro: ANS, 2009a. 80 p.

_____. **Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. 3 ed. Rio de Janeiro: ANS, 2009b. 244 p.

_____. **Dados e indicadores do setor**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/index.php/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>>. Acesso em: 29 out. 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução: Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Edição revista e ampliada. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS, A. C. M. de et al. Adesão ao tratamento e satisfação com o serviço entre pessoas com diabetes mellitus atendidas no PSF em Blumenau, Santa Catarina. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 37, n. 1, 2008. p. 54-62.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. 4 ed. São Paulo: Ática, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília 16 out. 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>>. Acesso em: 10 mar. 2009.

_____. **Lei nº 9.656 de 03 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm>. Acesso em: 02 jun. 2011.

_____. **Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000**. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9961.htm. Acesso em: 02 jun. 2011.

_____. Senado Federal. Secretaria Especial de Editoração e Publicações. Secretaria de Edições Técnicas. **Constituição (1988)**. Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais n. 1/92 a 46/2005 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão n. 1 a 6/94. Art. 197-199. Brasília, DF, 2005a. p. 129-132.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos estratégicos. **Glossário temático: economia da saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005b. 56 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata. Carta de Ottawa. **Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde de novembro de 1986**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Saúde Suplementar**. 1 ed. Brasília: CONASS, 2011. v. 12. 148 p.

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

CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL (CASSI). **História**. Disponível em: < http://www.cassi.com.br/site/pagina_int.asp?codConteudo=5>. Acesso em: 30 out. 2011a.

_____. **Saúde da Família**. Disponível em: <http://www.cassi.com.br/site/pagina_int.asp?codConteudo=81>. Acesso em: 30 out. 2011b.

_____. **Equipes de Saúde da Família**. Disponível em: <http://www.cassi.com.br/site/pagina_int.asp?codConteudo=81>. Acesso em: 12 jun. 2012a.

_____. **Vantagens e serviços**. Disponível em: <<http://www.cassi.com.br/cartilha/vantagensServicos.asp>>. Acesso em: 09 jun. 2012b.

CARDOSO, C. G. **Trabalho em equipe multiprofissional: relações interprofissionais e humanização da assistência hospitalar em doenças infecciosas**. Rio de Janeiro, 2010. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado.

CARVALHO, Sérgio Resende. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 669-678, 2004.

CERVO, A. L., BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. São Paulo: Makron, 2001.

COSTA, Glauce Dias da et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 113-118, 2009.

COSTA, J. M. B. da S.; SILVA, M. R. F. da; CARVALHO, E. F. de. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife (PE, Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 623-633, 2011.

CZERESNIA, Dina. **Ações de promoção à saúde e prevenção de doenças: o papel da ANS**. 2003

FREITAS, Paula de Souza Silva et al. A percepção dos usuários sobre a oferta de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças: o caso de uma operadora de autogestão. **Physis**. 2011, v. 21, n.2, p. 449-459.

GIL, A. C. Amostragem na pesquisa social. In: _____. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2010. cap. 9, p. 90-109.

HEIDMANN, Ivonete T.S. Buss et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto & Contexto Enfermagem**. Santa Catarina, v.15, n. 2, p. 352-358, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio. Estado: **Paraíba**, 2008a. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=pb&tema=pnad_saude_2008>. Acesso em: 30 jun. 2011.

_____. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio. Estado: **Pernambuco**. 2008b. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=pe&tema=pnad_saude_2008>. Acesso em: 30 jun. 2011.

_____. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio. Estado: **Rio Grande do Norte**. 2008c. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=rn&tema=pnad_saude_2008>. Acesso em: 30 jun. 2011.

_____. Estados: **Paraíba**. 2010a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pb>>. Acesso em: 30 jun. 2011.

_____. Estados: **Pernambuco**. 2010b. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pe>>. Acesso em: 30 jun. 2011.

_____. Estados: **Rio Grande do Norte**. 2010c. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=rn>>. Acesso em: 30 jun. 2011.

LINO, M. M. **Satisfação profissional entre enfermeiras de UTI: adaptação transcultural do Index of Work Satisfaction (IWS)**. Dissertação de Mestrado, 1999.

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

MARTINS, C. F. et al. Saúde da família: uma realidade presente na equipe multiprofissional. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, 2008. p. 132-137.

MASCARENHAS, N. P. **Análise de um processo em construção: a regulação da saúde suplementar no Brasil**. Tese (doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA E. R. (org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

ONOFRIO, F. B. **Ações de promoção da saúde e prevenção de doenças adotadas por operadoras com maior índice de desempenho na saúde suplementar (IDSS)**. 2007. Monografia (Especialização em Gestão em Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007. 57 f.

PEDUZZI, M. et al. Educational activities for primary healthcare workers: permanent education and inservice healthcare education concepts in the daily life of primary healthcare units in São Paulo. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.13, n.30, p.121-134, 2009.

PIETROBON, L. et al. Planos de assistência à saúde: interfaces entre o público e o privado no setor odontológico. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1589-1599, 2008.

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

REBOUÇAS, D. et al. Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profissionais de serviço de saúde mental. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 244-250, 2007.

REZENDE, A. M. B. **Ação educativa na atenção básica à saúde de pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial: avaliação e qualificação de estratégias com ênfase na educação nutricional**. São Paulo, 2011. 197 p. Apresentada a Universidade de São Paulo para obtenção do grau de Doutor.

RIBEIRO, Carlos Dimas Martins. **Promoção e prevenção na saúde suplementar. Mestrado Saúde Coletiva**. Universidade Federal Fluminense, 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/pesquisas/ppss/index.php>>. Acesso em 02 de jun. 2011.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

SANCHO, L. G.; DAIN, S. Avaliação em Saúde e Avaliação Econômica em Saúde: introdução ao debate sobre seus pontos de interseção. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 17, n. 3, p. 765-774, 2012.

SENNA, M. de C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 203-211, 2002.

SILVA JÚNIOR, A. G. S. et al. Experiências de avaliação do setor suplementar de saúde: contribuições da integralidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1489-1500, 2008.

SILVA, T. T. R. **Considerações sobre os aspectos relacionados à promoção à saúde e bem estar no local de trabalho nos últimos 20 anos**. In: Qualidade de Vida: Evolução dos Conceitos e Práticas no Século XXI. 1 ed. Campinas: Ipes, 2010. cap 19. 206 p.

SILVEIRA, Luciana Souza da. **Prevenção de doenças e promoção da saúde: diferenciais estratégicos na conjuntura da saúde suplementar**. Dissertação de Mestrado Profissionalizante em Saúde Suplementar. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz, 2004, 112 p.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, jun. 2005.

TURATO, E. R. **Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa**. 5 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2011. 685 p.

VERAS, R. P. et al. A assistência suplementar de saúde e seus projetos de cuidado para com o idoso. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1119-1126, 2008.

ANEXO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP – UEPB

CAAE: 0770.0.133.000-11

PARECER: **APROVADO (x)**

NÃO APROVADO ()

PENDENTE ()

TÍTULO: A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO SISTEMA SUPLEMENTAR: do Discurso político às Ações efetivas

PESQUISADOR (A)/ORIENTADOR (A): Gabriela Maria Cavalcante Costa

ORIENTANDA: Mayara Lima Barbosa

ANÁLISE DOS ITENS:

Na apreciação deste projeto, inicialmente constatamos a Folha de Rosto (FR), Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável (TCPR), Termos de Autorização Institucional (TAI), Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Declaração de Concordância com o Projeto de Pesquisa, estando tais documentos em conformidade com os padrões recomendados por este Comitê.

No corpo do trabalho verificamos introdução, justificativa, objetivos, fundamentação teórica, caminho metodológico, divulgação dos resultados, cronograma e referências; havendo toda uma harmonia, coerência e articulação científica entre esses elementos.

Ademais, ressaltamos que as informações presentes no corpo do projeto atendem aos aspectos fundamentais da Resolução CNS/196/96 sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. De modo igual, destacamos a receptividade desse projeto com relação às recomendações complementares relacionadas com o sujeito de pesquisa, com o pesquisador e com o Comitê de Ética em Pesquisa, previstas, respectivamente, nos itens: IV.1.f, IV.2.d, III.1.z, V.3 e V.4, da Resolução acima mencionada.

Portanto, tendo por fundamento a Resolução supra, que disciplina a matéria em análise; bem como a partir da RESOLUÇÃO/UEPB/CONSEPE/10/2001, que rege este Comitê de Ética em Pesquisa, entendemos pela aprovação do presente projeto.

Campina Grande, 28 de fevereiro de 2012.

RELATOR: 18

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Prof.ª Dra. Dornalícia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

APÊNDICES



**Universidade Estadual da Paraíba
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Departamento de Enfermagem
Trabalho de Conclusão de Curso**

A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO SISTEMA SUPLEMENTAR DE SAÚDE: do discurso político às ações efetivas

Orientadora: Gabriela Maria Cavalcanti Costa

Orientanda: Mayara Lima Barbosa

INSTRUMENTO (APÊNDICE A) * – GERENTE DE UNIDADE E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Idade: _____ Sexo: _____
 Formação: _____ Anos de conclusão: _____
 Pós-graduação: _____ Anos de conclusão: _____
 Há quanto tempo trabalha na empresa: _____
 Há quanto tempo participa do Programa de Promoção da Saúde: _____

1. Para você o que é Promoção da Saúde?
2. Como e quando surgiu a recomendação de ter um Programa de Promoção da Saúde na CASSI?
3. Que fatores foram considerados pela CASSI para implantar o programa?
4. O programa de Programa de Promoção e Prevenção é realizado com equipe própria?
Liste os profissionais
5. Qual a função de cada profissional no programa?
6. É feito o vínculo dos beneficiários a uma determinada equipe? Qual o critério? Qual o limite
7. Qual a cobertura (% sobre usuários ou valor nominal de beneficiários) do Programa?
Qual a abrangência do Programa? (os dois tipos de Cassi?)

8. Quais as facilidades e dificuldades identificadas para adesão dos beneficiários ao(s) Programa(s) e ação(ões)?
9. Quais os Programa de Promoção efetivamente implementados na unidade? Fale sobre o funcionamento?
10. Quais as ações realizadas na unidade classificaria como sendo de promoção da saúde? Fale sobre a realização (temas, local, frequência)
11. Quais as facilidades e dificuldades identificadas para funcionamento dos programas e realização das ações?
12. Quais os impactos percebidos/esperados com a implementação do programa de promoção da saúde nos gastos (redução de custos, redução de internação, solicitação de exames e consumo de insumos) e na saúde dos beneficiados (morbidade e mortalidade)? (a curto, médio e longo prazo?)
13. Como avalia o(s) programa(s) de promoção implementado (s) e as ações realizadas?
14. Como avalia a satisfação dos profissionais envolvidos?
15. Como avalia a satisfação dos beneficiados contemplados com os programas e ações?

* Adaptado de RIBEIRO, Carlos Dimas Martins. **Promoção e prevenção na saúde complementar. Mestrado Saúde Coletiva**. Universidade Federal Fluminense, 2007. Disponível em: < <http://www.uff.br/saudecoletiva/pesquisas/ppss/index.php>>. Acesso em 02 de jun. 2011.

APÊNDICE B



Universidade Estadual da Paraíba
 Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
 Departamento de Enfermagem
 Trabalho de Conclusão de Curso

A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO SISTEMA SUPLEMENTAR DE SAÚDE: do discurso político às ações efetivas

Orientadora: Gabriela Maria Cavalcanti Costa

Orientanda: Mayara Lima Barbosa

INSTRUMENTO (APÊNDICE B) – PARTICIPANTE

CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Idade: _____ Sexo: _____
 Formação: _____ Anos de conclusão: _____
 Pós-graduação: _____ Anos de conclusão: _____
 Tipo de plano: _____
 Tempo de adesão ao plano: _____

1. Para você o que é Promoção da Saúde?
2. Como e quando iniciou o Programa de Promoção da Saúde na CASSI?
3. Na sua avaliação que fatores devem ter sido considerados para implantar o programa
4. O Programa de Promoção e Prevenção é realizado com equipe própria da CASSI? Quais os profissionais
5. Qual a função de cada profissional no programa?
6. Como foi sua vinculação à equipe de saúde?
7. Quais as facilidades e dificuldades enfrentadas para aderir a rotina de planejamento dos Programa(s) e ação(ões)?
8. Quais os Programa de Promoção efetivamente implementados na unidade? Saberá falar sobre o funcionamento?
9. Quais as ações realizadas na unidade classificaria como sendo de promoção de saúde? Fale sobre a realização (temas, local, frequência)

10. Quais as facilidades e dificuldades identificadas para funcionamento dos programas e realização das ações?
11. Quais os impactos percebidos/esperados com a implementação do programa de promoção da saúde nos gastos (redução de custos, redução de internação, solicitação de exames e consumo de insumos) e na saúde? (a curto, médio e longo prazo?)
12. Como avalia o(s) programa(s) de promoção implementado (s) e as ações realizadas?
13. Como avalia a satisfação dos profissionais envolvidos?
14. Como avalia a sua satisfação e dos demais beneficiados contemplados com os programas e ações?