

PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS NO SISTEMA SUPLEMENTAR: A REALIDADE DE UMA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE

HEALTH PROMOTION AND DISEASE PREVENTION IN THE SUPPLEMENTARY SYSTEM: THE REALITY OF A HEALTH PLAN OPERATOR

Mayara Lima Barbosa¹, Suely Deysny de Matos Celino², Gabriela Maria Cavalcanti Costa³

1. Mestre em Saúde Pública/UEPB

2. Mestrado em Saúde Pública. Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande.

3. Doutorado em Enfermagem. Universidade Estadual da Paraíba.

► **CONTATO:** Mayara Lima Barbosa | Rua Santo Antônio, 90 | Apto 303 | Santo Antonio | Campina Grande,
- Paraíba | Brasil | Telefone: 83 96233118 | Email: may.lb@hotmail.com

Resumo

Este trabalho objetiva compreender o significado da Promoção da Saúde (PS) e descrever a implantação dos programas de promoção de saúde e prevenção de doenças realizados no sistema suplementar de saúde. Estudo descritivo, qualitativo, realizado em operadora de plano de saúde em cidades da região Nordeste do Brasil, com três diferentes sujeitos: gerentes, profissionais e usuários, cujos dados coletados foram associados através da triangulação e posterior análise de conteúdo. Foram realizadas 36 entrevistas e emergiram as categorias: Significado da Promoção da Saúde e Promoção da Saúde no Setor Suplementar. A Promoção da Saúde foi relacionada à melhoria da qualidade de vida dos usuários. A implantação e funcionamento dos programas, realizados por equipe multiprofissional, necessita da compreensão da importância e eficácia para a adesão dos usuários aos programas implantados. Por fim, depreende-se que é preciso reorganizar a assistência à saúde em sua totalidade e manter os atores envolvidos coesos e dispostos para os desafios da construção de uma assistência contra-hegemônica.

PALAVRAS-CHAVE: investimentos em saúde; promoção da saúde; saúde suplementar.

Abstract

This study aims to understand the meaning of Health Promotion (HP) and describe the implementation of health promotion and disease prevention programs carried out in the supplementary health system. Descriptive, qualitative study performed in a health plan operator in cities of Northeastern Brazil,

with three different subjects: managers, professionals, and users, whose data were linked through triangulation and subsequent content analysis. Thirty-six interviews were conducted and the following categories were shown: Meaning of Health Promotion, and Health Promotion in the Supplementary Sector. Health promotion was related to user quality of life improvement. Program implementation and operation, conducted by a multidisciplinary team, requires the understanding of the importance and effectiveness for the accession of users to programs implemented. Finally, it appears that it is necessary to reorganize health care as a whole, and keep those involved cohesive and prepared to the challenges faced in the construction of a counter-hegemonic care.

KEYWORDS: Investments; health promotion, supplemental health.

Introdução

O aumento do número de beneficiários no setor previdenciário provocou crise de eficiência da assistência prestada. A fim de suprir a lacuna na qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos trabalhadores, foi criada a saúde suplementar, a partir de iniciativas privadas, a exemplo das caixas de assistência¹.

No entanto, a regulamentação do setor suplementar só ocorreu por meio da publicação da Lei 9.656/98² e ainda pela Lei 9.961/00³, que criam a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e define, entre suas competências, realizar controle e avaliação dos serviços prestados pelas operadoras de planos de saúde⁴. Desde então, as empresas operadoras têm procurado se ajustar e se enquadrar aos padrões e normas estabelecidas pela ANS, visando um equilíbrio financeiro interno e a satisfação de seus usuários e prestadores de serviços⁵.

Apesar desse processo evolutivo, o modelo de atenção hegemônico, caracterizado pelo enfoque biologicista da saúde-doença-cuidado, sempre foi prevalente, desconsiderando determinantes sociais da saúde, com execução de 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 eficiente⁴.

Torna-se, então, necessária a adoção de um modelo com foco no cuidado, na ação cuidadora e na lógica da promoção da saúde e prevenção

de agravos, principalmente devido à discussão crescente sobre melhoria das condições de vida e de saúde da população. Os indivíduos querem e precisam ser mais saudáveis para atender a demandas cotidianas, a estas incluem-se trabalho, formação educacional, lazer e demais compromissos sociais. As operadoras, por sua vez, precisam reduzir seus custos, reter e conquistar seus clientes e, atualmente, oferecer assistência diferenciada e personalizada a seus clientes⁶.

Dessa forma, seguindo a perspectiva do setor público, que adotou a PS como prioridade, com o objetivo de promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos determinantes e condicionantes sociais⁷, a ANS também vem reorientando o modelo de atenção no setor suplementar nesta perspectiva. Para isso, adotou diretrizes de incentivo à implementação de programas de PS e prevenção de riscos e doenças pelas operadoras de planos de saúde⁴.

Como estratégia para tal mudança, a agência publicou a Resolução nº 94/2005⁸, que dispõe sobre os critérios para a adoção de programas de PS pelas operadoras de planos de saúde⁴. O grande desafio consiste em restabelecer uma nova prática, centrada no estímulo à PS e prevenção de agravos⁹.

Dessa forma, objetivou-se, a partir deste estudo, compreender o significado da PS para os usuários, gerentes e profissionais de saúde e descrever o processo de implantação e operacionalização dos programas e ações de PS na operadora de plano de saúde.

Métodos

Estudo descritivo exploratório, de natureza qualitativa, tendo como cenário unidades clínicas estaduais de uma operadora de plano de saúde nacional, tipo autogestão, nas cidades de João Pessoa-PB, Recife-PE e Natal-RN.

Para a seleção dos participantes elaborou-se critérios de inclusão, para gerentes e profissionais era necessário atuar em programa de PS há pelo menos 06 meses, o que totalizou na amostra 03 gerentes e 21 profissionais. Já para os usuários, o critério de inclusão se constituiu em ter participado no último ano de pelo menos três atividades/encontros desse programa, e estar presente na unidade estadual no momento da coleta de dados. Dessa forma, doze usuários de dois estados participaram do estudo.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, adaptados a partir dos roteiros de entrevistas empreendidas em estudo sobre PS no sistema suplementar¹⁰. As entrevistas com gerentes e profissionais constavam das seguintes questões: Para você o que é Promoção da Saúde?/Como surgiu a recomendação de ter um Programa de Promoção da Saúde na operadora?/O programa de Promoção e Prevenção é realizado com equipe própria? Qual a função de cada profissional no programa?/É feito o vínculo dos beneficiários a uma determinada equipe? Qual o critério? Qual o limite?/Como avalia o(s) programa(s) de promoção implementado(s) e as ações realizadas?. Perguntas que objetivavam alcançar as respostas relacionadas foram realizadas para os usuários, a saber: Para você o que é Promoção da Saúde?/Como e quando iniciou o Programa de Promoção da Saúde na CASSI?/O Programa de Promoção e Prevenção é realizado com equipe própria da CASSI? Quais os profissionais e suas funções?/Como foi sua vinculação à equipe de saúde?/Como avalia o(s) programa(s) de promoção implementado(s) e as ações realizadas?.

Após a transcrição das entrevistas, as informações coletadas com os diferentes atores foram associadas entre si por meio de estratégia de triangulação, que tem expandido seu significado para diversas situações, incluindo a utilização de

variados grupos de sujeitos para conhecimento de um mesmo assunto¹¹. Após essa etapa, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, proposta por Bardin, para apreciação dos dados das entrevistas¹².

A coleta de dados obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba sob CAAE 0770.0.133.000-11. Todos os sujeitos da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE e um sistema de identificação foi criado para garantir o anonimato dos sujeitos, a partir de letras do alfabeto brasileiro e grego e números.

Resultados e Discussão

Caracterização dos sujeitos

Os gerentes de unidade eram do sexo masculino e possuíam média de idade igual a 38,6 anos. Afirmaram formação superior na área de exatas, com pós-graduação na área de gestão. O tempo médio de atuação na empresa foi 14,6 anos e a de tempo médio de trabalho nos programas de PS foi 7 anos.

Entre os profissionais, a média de idade foi 40,3 anos, 28,6% eram do sexo masculino e 71,4% do sexo feminino. Quanto à formação, 90,5% possuíam nível superior, nas seguintes áreas: medicina, enfermagem, psicologia, serviço social e nutrição, destes 80,9% possuíam pós-graduação e 9,5% nível médio. O tempo médio de atuação na empresa correspondeu a 11,5 anos, sendo 4,9 anos dedicados aos programas de PS.

A média de idade entre os usuários correspondeu a 58,6 anos, destes 50% são homens e 50% são mulheres. A formação em nível superior foi referida por 75% dos usuários. Todos pertenciam ao tipo de plano destinado a funcionário/aposentado de instituição estatal e seus dependentes, com tempo médio de adesão do plano de 33 anos.

Da análise das entrevistas, emergiram as categorias: Significado da Promoção da Saúde e Promoção da Saúde no Setor Suplementar (Processo de Implementação dos Programas de Promoção

da Saúde e Prevenção de doenças, Programas implementados e ações executadas e Estrutura e Organização).

Significado da PS

A PS vem sendo entendida como estratégia eficaz para redução da morbimortalidade que acomete as populações¹³, pois beneficia a qualidade de vida¹⁴ e contribui para a ruptura do modelo biomédico. Os discursos de gerentes e profissionais dos três estados e ainda de usuários do estado α apontaram semelhanças com tal compreensão.

Ações que criam condições para o usuário se responsabilizar pela própria saúde (α gu).

PS são ações para evitar a questão curativa, voltadas para a melhoria da qualidade de vida (α p2).

Promover a saúde como forma de mudança de hábitos e de rotinas (α gu).

Ao se contrapor ao modelo biologicista, a estratégia com foco na PS é defendida por conduzir para a tomada de decisão advinda do processo saúde/doença/cuidado¹⁵ objetivando melhora das condições de vida dos usuários¹⁶. Nesse sentido, a ANS, ao propor programas de PS no setor suplementar, reconhece sua efetividade e importância para o desenvolvimento da consciência sanitária e resgate da autoestima dos usuários⁴. A educação em saúde, entendida pelos sujeitos da pesquisa como significado da PS, válida ao passo que atende às necessidades da população e faz referência ao cotidiano, é capaz de conferir o reconhecimento dos indivíduos sobre sua saúde e provocar a voluntária mudança de hábitos¹⁷.

A prestação holística da assistência foi entendida pelo gerente da unidade β como significado da PS. Esta percepção também foi compartilhada entre profissionais de dois estados α .

Assistência integral que abrange atendimento, orientação e consulta (β p4).

Promoção é uma ação que engloba não só a questão saúde, a questão doenças, mas uma questão social, é um contexto bem amplo (α p3).

A integralidade da assistência constitui-se um objetivo da ANS ao propor a implantação dos programas de PS no setor suplementar¹⁸, pois, assim como a saúde, a doença também se relaciona a multifatores, intrínsecos ou extrínsecos aos indivíduos. Deste modo, fundamentar o cuidado de maneira holística passa a ser fundamental¹⁹.

PS no Setor Suplementar

A ANS define que o programa de PS e prevenção de doenças deve ser constituído por estratégias e ações integradas e articuladas, que objetivem a maiores níveis de qualidade de vida dos usuários, e os resultados devem ser mensurados a partir da avaliação e monitoramento de indicadores de saúde¹⁸. Nesse sentido, o sistema suplementar para efetivar a remodelação da assistência à saúde praticada deve incluir a PS como eixo condutor de suas ações²⁰.

Acerca da PS no Sistema Suplementar, emergiram as seguintes subcategorias: Processo de Implementação dos Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de doenças, Programas implementados e ações executadas e Estrutura e Organização.

Processo de Implementação dos Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de doenças

A operacionalização das ações de PS e prevenção de doenças está condicionada à necessidade de repensar o modelo assistencial prestado, a partir dos objetivos almejados¹⁹. Logo, para a obtenção de sucesso na implantação da proposta, é fundamental que o conhecimento dos objetivos que levaram à operacionalização esteja suficientemente reconhecido entre os sujeitos que formam esse cenário.

Todos os gerentes afirmam que a mudança do modelo assistencial esteve relacionada à busca para a melhoria da qualidade de vida dos beneficiários. Discurso semelhante emergiu entre os profissionais e usuários das unidades.

É preciso contribuir para o sistema sem depender exclusivamente do sistema curativo, pensar em assistência integral (xgu).

Foi melhorar a condição de saúde dos funcionários do Banco (xp5).

Prevenir a doença antes que ela aconteça (xu4).

Por meio dos discursos, pode-se observar a necessidade de reformular a prestação da assistência no setor suplementar de saúde, a partir da inserção de outras formas de atenção à saúde, cenário percebido inclusive pelos usuários do serviço. Esse reconhecimento desperta entre os profissionais o estímulo para repensar suas atividades enquanto produtor da assistência à saúde e entre os usuários colabora para a consciência em relação aos benefícios obtidos por meio da participação nos programas de PS²¹.

Todos os gerentes ainda afirmaram sobre a necessidade em reduzir os gastos provenientes da assistência médica prestada. Discursos semelhantes foram empreendidos entre os profissionais e usuários dos estados participantes.

Crise financeira, fatores econômicos foram o grande norteador (αgu).

O fator financeiro, a redução de custos, foi o primeiro foco (αp3).

Pensando em evitar despesas, se promove saúde, evita que muitas pessoas adoçam (αu4).

Convergindo com as falas dos sujeitos, os programas de PS e prevenção de doenças são iniciativas eficazes para a contenção da linha crescente de despesas médico-hospitalares, principalmente em empresas que prestam atenção a planos empresariais¹⁹. De modo geral, estudo

revela que esses programas são capazes de reduzir cerca de 50% das internações hospitalares e 60% dos gastos anuais voltados para a assistência à saúde¹⁶.

Além desses fatores, para profissionais dos estados α e x e usuários deste último, os programas de PS foram adotados para melhorar a avaliação dos usuários em relação à empresa.

Acho que dar uma melhor assistência em relação ao atendimento (xp2).

Melhorar o atendimento dos associados (xu3).

É real o surgimento e percepção de novas necessidades entre os usuários, que procuram, além do atendimento de qualidade, o acolhimento e a proteção à saúde²⁰. Logo, atingir melhores níveis de satisfação entre os usuários em relação às empresas operadoras de planos de saúde é possível a partir da implantação de programas de PS e prevenção de doenças, uma vez que esse tipo de assistência humaniza o processo de cuidado²⁰. No entanto, é fundamental que o usuário faça adesão às atividades de PS, para que o sucesso pretendido por todos seja alcançado.

Gerentes, profissionais e usuários reconhecem que a compreensão do novo modelo assistencial e a percepção dos benefícios gerados a partir do programa de PS e prevenção de doenças são fatores positivos para a adesão e funcionamento dos programas de PS, ao passo que relatam a falta de adesão dos usuários aos programas implantados.

Percebeu efetivamente que com os cuidados que tem vai trazer benefícios, quando há entendimento do associado, ele incorpora isso (βgu).

O público já sabe que vai ter atividade, aí ele liga ou passa aqui, ele acredita (βp1).

O que facilita é a consciência dos usuários que a PS é importante (xu5).

Dificultadores é desenvolver ações com baixa adesão (xgu).

Faz o planejamento, mas não acontecem as presenças (x p2).

Eu considero que muitas pessoas não vão, há um desinteresse (xu2).

A partir das falas depreende-se que, em meio à forma contra-hegemônica de praticar a assistência, a adesão dos usuários está diretamente relacionada ao desejo próprio de buscar conhecimento para desenvolver o autocuidado²⁰. Nessa perspectiva, a não compreensão do modelo de assistência pode estar relacionada à baixa adesão dos usuários, que por sua vez compromete negativamente as ações e programas de PS e prevenção de doenças.

A operadora de plano de saúde pode realizar ações que contribuem para aumentar a compreensão acerca do Programa de PS e prevenção de doenças e, por conseguinte, contribuir para aumentar os índices de adesão aos programas. A ANS propõe as comemorações de datas pontuais, como dia contra o sedentarismo ou obesidade, a elaboração e distribuição de material educativo sobre temas variados, incluindo informações sobre os programas de PS e prevenção de doenças, a inclusão de informações sobre saúde no site da operadora de plano de saúde e, ainda, a introdução de bonificação e premiações aos beneficiários que realizarem a adesão aos programas implantados⁴.

Processo de Implementação dos Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de doenças

A ANS entende que estimular e qualificar os programas de PS e prevenção de doenças são as ações mais importantes e complexas atualmente no sistema suplementar, pois almeja-se mudanças de paradigmas, entre os quais as operadoras de planos de saúde como gestoras do cuidado e não apenas como responsáveis pela assistência curativa⁴.

Sobre os programas de PS e prevenção de doenças, gerentes e profissionais citaram aqueles que são desenvolvidos em suas unidades:

O programa de saúde mental, o bem viver, um programa de atenção domiciliar. O

programa de risco cardiovascular. O de diabetes (αgu).

Tem um grande programa que é o GCC, Gerenciamento de Condições Crônicas, engloba todos os doentes crônicos. Tem o PAVASS que é Programa de Atenção às Vítimas de Assalto e Sequestro e o TABAS (αp6).

A formação de grupos específicos, de acordo com patologia existente, evidencia ações de prevenção de doenças e não de PS. A PS não se constitui um nível de atenção ou é realizada apenas em nível primário, mas é compreendida atualmente como ações transversais e que podem ser realizadas em qualquer nível de atenção à saúde²².

Entre as operadoras que desenvolvem programas semelhantes, os grupos mais contemplados com as ações são: adultos e idosos, seguidos por mulheres e crianças. Pode ser observado que há convergência entre as informações colhidas, pela agência regulatória da saúde suplementar, e os dados obtidos a partir dessa pesquisa⁴.

Todos os usuários identificam os programas revelados nos discursos dos gerentes e profissionais de forma superficial.

Tem a promoção de saúde da questão de cardiológico, na parte de palestras, em relação ao tabagismo, tem caminhadas (xu6).

Tem o da obesidade, de tabagismo, faz palestras, tem a do coração, tem as caminhadas (αu4).

Embora a operadora disponibilize em seu site uma cartilha direcionada aos usuários, que contempla vários tópicos, entre eles os programas desenvolvidos, observa-se que os usuários não compreendem a formulação dos programas, ainda que pudesse contribuir para a adesão. Conforme a publicação, os programas existentes são: plena idade (para usuários com idade igual ou superior a 60 anos), viva coração (portadores ou em risco para doenças cardiovasculares), bem viver (portadores e familiares com deficiência), atenção aos crônicos, atenção aos fumantes e auxílio-medicação²³.

Sobre as ações consideradas de PS, as atividades educativas foram indicadas, de forma unânime, por todos os sujeitos participantes da pesquisa.

As palestras, a gente vai estar onde a população está, o tema é o da época (α gu).

As atividades coletivas que são realizadas aqui na unidade (α p2).

As palestras, eles falam de como prevenir (α u3).

Assim como nesse estudo, pode ser observado que a maioria das operadoras realiza atividades coletivas, e mais de 80% destas realizam esse tipo de atividade, entre os mais diversificados grupos de pessoas e locais¹⁸. As operadoras de planos de saúde, que são ligadas a empresas, ainda realizam esse tipo de atividade nos locais de trabalho dos usuários, a fim de otimizar a adesão dos usuários e propor referências ao cotidiano, propondo informações significativas.

As atividades de essência clínica e individual, também foram consideradas atividades de PS, entre os gerentes das unidades α e χ . Convergindo com esse entendimento, profissionais dos três estados e usuários do estado χ .

A visita domiciliar, o telemonitoramento, aconselhamento e consultas (χ gu).

Desde o momento que eles chegam à recepção, quando são abordados por qualquer profissional (χ p4).

A consulta, ela faz direcionamento e explica (χ u2).

Sobre a percepção de ações individuais e clínicas como sendo de PS, revela-se 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 e o usuário está mais suscetível para a absorção de novas intervenções¹⁹.

Também a visita domiciliar pode ser compreendida como atividade promissora de promoção da saúde, uma vez que possibilita

conhecer mais profundamente a realidade familiar e as relações interpessoais, para que o profissional de saúde possa potencializar as famílias no sentido de se apropriarem do cuidado e da promoção da saúde dos seus integrantes²⁴.

Estrutura e organização

Considerando que a adesão dos usuários está relacionada à estrutura e organização das ações, demonstra-se que a metodologia utilizada, as informações fornecidas, o respeito à cultura dos usuários e ainda os recursos disponíveis para as atividades merecem destaque pela influência que detêm para a adesão ou não do usuário ao programa de PS²⁵.

Sobre esse aspecto, para gerentes dos estados α e χ , parte dos profissionais e usuários de todos os estados, a estrutura e organização são fatores positivos em suas unidades para a execução das ações de PS e prevenção de doenças, enquanto que os demais participantes afirmaram que se constituem como entraves para a adesão e funcionamento das ações e programas.

Facilidade é equipe muito bem treinada, funciona bem (α gu).

Ter estrutura para receber aqueles pacientes (α p2).

Facilidade é a estrutura, tanto humana, quanto material (α u4).

Dificuldade é a questão da equipe, temos número pequeno de funcionários para executar todas as ações (χ p1).

Dificuldade é um quadro restrito de funcionários (χ u6).

A bibliografia publicada corrobora as informações colhidas nesta pesquisa, pois o processo de trabalho inadequado e os recursos insuficientes se constituem fatores que podem impulsionar ou impossibilitar a execução das atividades de uma equipe de saúde²⁶. Ressalta-se que, ao promover programas de PS e prevenção de doenças, as operadoras assumem a responsabilidade

pelo suprimento adequado de recurso para o desenvolvimento do modelo de atenção⁴.

No referente aos recursos humanos, as equipes de saúde, presentes nos programas de PS desenvolvidos pela empresa participante da pesquisa, são formadas por Equipes Nucleares (médico e técnico de enfermagem) e Profissionais de Equipe Multidisciplinar – PEM (psicólogo, nutricionista e assistente social) que varia de acordo com o porte da unidade e há sempre a presença de um enfermeiro²⁷.

Todos os discursos dos gerentes e profissionais convergiram em relação à composição das equipes em suas unidades estaduais. Entretanto, os discursos dos usuários revelaram a falta de percepção acerca da organização existente entre os trabalhadores de saúde no programa.

A equipe é formada por médico, técnicos de enfermagem, enfermeiros, psicólogo e assistente social (αgu).

Equipe nuclear é o técnico de enfermagem e o médico e a equipe tem o enfermeiro, a assistente social, o psicólogo (αp1).

Tem o médico família, um nutricionista e esse pessoal auxiliar que falam (αu6).

Essa divergência, embora possa ser considerada simples, é algo preocupante quando é afirmada a execução das atividades de PS por equipe multidisciplinar, uma vez que pode estar relacionada à fragmentação do cuidado, sobrecarregando alguns profissionais, perdendo o sentido holístico e desnaturando a PS, que tem obtido o reconhecimento de sua importância para a assistência em saúde²⁰.

Sobre as ações desenvolvidas pelas equipes de profissionais, o gerente do estado α afirmou que os membros da Equipe Nuclear desenvolvem apenas a prática clínica, situação exposta também por profissionais dos estados β e γ.

Temos o médico, o papel dele é o acompanhamento clínico da população (αgu).

Os médicos, eles são responsáveis pelo atendimento mais clínico (γp2).

Os demais gerentes e profissionais apresentaram discurso paradoxo, afirmando que a Equipe Nuclear participa das atividades de PS, além das atividades clínicas.

Os médicos têm atuação em consultas, palestras, os técnicos fazem o telemonitoramento, acolhimento, aconselhamento. (γgu)

O médico tradicionalmente se destina para o atendimento e faz a parte de promoção. (γp3)

As divergências entre aspectos fundamentais da prestação da assistência no plano de saúde são observadas, contudo podem estar fundamentadas na participação médica apenas para a realização das palestras, restando aos demais profissionais sua igual execução e planejamento das atividades. Ainda é importante ressaltar que as consultas médicas são momentos propícios para promover saúde, contudo é fundamental que os profissionais denotem características generalistas e que haja tempo adequado para escuta qualificada, respeitando todas as dimensões que formam o ser humano²⁰.

Gerentes e profissionais afirmaram que a PEM é responsável pelas atividades inerentes à clínica, planejamento e por vezes a execução das ações de PS e prevenção de doenças.

A enfermeira faz a consulta de enfermagem, orientações. O assistente social tem a responsabilização de alguns programas de PS e faz atendimentos, e por fim a psicologia faz atendimento e coordena programas de PS. (αgu)

A equipe PEM planeja e organiza os trabalhos desenvolvidos, fora as atividades clínicas. (βp2)

Discursos convergentes nesse aspecto mostram a percepção clara sobre a atuação de profissionais não médicos nos programas de PS e prevenção de doenças. A efetivação dessas atividades por esses

profissionais pode estar relacionada à formação em nível da graduação²⁶, que tem procurado incluir a PS em seus currículos.

Os usuários afirmam a presença dos médicos nas palestras e rodas de conversa, mas não conseguem identificar as funções da PEM em sua totalidade.

Os profissionais mostram gráficos de pessoas, como já melhorou. Tem psicólogo, assistente social, tem o médico. (au4)

A assistente social cuida de modo geral dos problemas de saúde, convida e faz caminhadas. Não tem uma psicóloga. A enfermeira dá as explicações. (au1)

Ao observar o conjunto de discursos acima, é possível constatar 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 e prevenção de doenças implantadas. Contudo, reafirma-se a necessidade da interação e participação da equipe multidisciplinar nas ações de PS e prevenção de doenças desenvolvidas pelas operadoras de plano de saúde⁴.

Por fim, as parcerias formadas com os outros órgãos ligados ao plano de saúde mostraram-se eficientes para o favorecimento da organização e adesão dos usuários. Essa realidade foi conferida entre gerente e profissionais do estado x.

A gente buscou outros ambientes e parceiros para fazer essas atividades (xgu).

A associação dos aposentados é um fator que facilita (xp5).

A intersetorialidade, estimulada nessa unidade, precisa estar presente entre as ações de saúde desenvolvidas e devem ser estimuladas entre os demais estados¹⁹. Essa prática tem o objetivo de ir além do isolamento e fragmentação tão presentes no setor saúde, pois considerando a ampla definição de saúde, a mobilização das instituições contribui para o enfrentamento dos desafios da reformulação da assistência prestada¹³.

Considerações finais

A compreensão de PS apreendida através dos discursos que emergiram da pesquisa perpassou diversas definições e fundamentos. Mas esteve bastante relacionada à melhoria da qualidade de vida dos usuários através de ações educativas que tornem os hábitos de vida mais saudáveis.

Sobre implantação e funcionamento dos programas, a visão reducionista de alguns usuários e incertezas entre os profissionais sobre os programas de PS merecem atenção. É fundamental que os usuários sejam despertados em relação aos benefícios que a inserção da PS no cotidiano é capaz. Quanto aos profissionais, a falta de capacitação para agir nesses programas, além do número reduzido para compor as equipes, pode influenciar os desacordos emergidos, mas desconhecer os primórdios da iniciativa pode interferir negativamente sobre os resultados desejados.

Diversas são as atividades desenvolvidas pela equipe multidisciplinar no âmbito das unidades visitadas, entretanto a atenção fornecida para aquelas pessoas hígdas é mínima, e está mais condicionada às ações empresariais. Revelando que ações de prevenção de doenças se sobrepõem as ações de PS.

A compreensão da importância e eficácia da PS é recorrente e essencial para a adesão e adequado funcionamento das ações e programas. A estrutura e organização são aspectos relevantes e precisam estar adequados para a execução satisfatória das atividades. Falhas nesse sentido podem dificultar ou impossibilitar o trabalho entre os profissionais, suscitar o desestímulo por parte dos usuários e se apresentar como barreira para o alcance dos objetivos propostos. Estudos direcionados ao público que não comparece às atividades de PS, das unidades, poderão favorecer a melhor compreensão desse aspecto.

Este trabalho poderá contribuir para empresas operadoras de planos de saúde e profissionais atuantes em ações e programas de PS, pois oferece informações que contribuem para a tomada de decisão, sobre os aspectos de implantação e funcionamento dos programas de PS.

Ao final, é importante ressaltar que a reorganização da assistência executada de forma minimalista não será capaz de promover o alcance das metas propostas, todos os atores envolvidos necessitam estar coesos e dispostos para enfrentar os desafios da construção de uma assistência contra-hegemônica.

Referências

1. Bertolli Filho C. História da saúde pública no Brasil. 4 ed. São Paulo: Ática; 2010.
2. Brasil. Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde [lei na internet]. [acesso em 2011 Jun 02]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm .
3. Brasil. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências [lei na internet]. [acesso em 2011 Jun 02]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9961.htm.
4. ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar. 4 ed. Rio de Janeiro: ANS; 2011.
5. Pietrobon L, Prado ML, Caetano JC. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. *Physis*. 2008; 18(4): 767-783.
6. Onofrio FB. Ações de promoção da saúde e prevenção de doenças adotadas por operadoras com maior índice de desempenho na saúde suplementar (IDSS). [Especialização]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
7. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2010.
8. 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 [lei na internet]. [acesso em 2011 Jun 02].]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/texto_lei.php?id=919 .
9. Malta DC, Cecílio LC de O, Merhy EE, Franco TB, Jorge A de O, Costa MA. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. *Cien Saude Colet*. 2004; 9 (2):433-444.
10. Ribeiro CDM. Promoção e prevenção na saúde suplementar [dissertação na internet]. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense; 2007 em 2011 Jun 02]. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/pesquisas/ppss/index.php>
11. Turato ER. Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa. 5 ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2011
12. Bardin, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
13. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Cien Saude Colet*. 2000; 5(1):163-177.
14. Heidmann ITSB, Almeida MCP de, Boehs AE, Wosny A de M, Monticelli M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto contexto-enferm*. 2006; 15(2):352-358.
15. Gonçalves AM, Sena RR, Resende VA, Horta N de C. Promoção da saúde no cotidiano das equipes de saúde da família: uma prática intersetorial? *R. Enferm. Cent. O. Min*. 2011; 1(1):94-102.
16. Silveira LS da. Prevenção de doenças e promoção da saúde: diferenciais estratégicos na conjuntura da saúde suplementar [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz; 2004.

17. Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Cien Saude Colet*. 2011; 16(1):319-325.
18. ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Panorama das ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS; 2008.
19. Czeresnia D. Ações de promoção à saúde e prevenção de doenças: o papel da ANS. Rio de Janeiro: Fórum de Saúde Suplementar; 2003.
20. Freitas P de SS, Schwartz TD, Ribeiro CDM, Franco TB, Maciel ELN, Lima R de CD. 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; 21(2):449-459.
21. Carvalho SR. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Cien Saude Colet*. 2004; 9(3):669-678.
22. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: documento para discussão. Brasília, 2002
23. CASSI. Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil. Equipes de Saúde da Família. [acesso em 2012 Jun 12]. Disponível em: http://www.cassi.com.br/site/pagina_int.asp?codConteudo=81
24. Kebian LVA, Pena DA, Ferreira VA, Tavares MFL, Acioli S. As práticas de saúde de enfermeiros na visita domiciliar e a promoção da saúde. *Rev At Primária Saúde*. 2012; 15(1): 92-100.
25. Afonso RR, Lemos A. Adesão nos grupos educativos em contracepção em uma área programática do Rio de Janeiro. *Revista Enfermagem*. 2011; 1(2):238-247.
26. Reis ML, Püschel VAA. Estratégia de Saúde da Família no Sistema de Saúde Suplementar: convergências e contradições. *Rev Esc Enferm*. 2009; 43(Esp 2):1308-1313.
27. CASSI. Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil. Vantagens e serviços. [acesso em 2012 Jun 09]. Disponível em: <http://www.cassi.com.br/cartilha/vantagensServicos.asp>