

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças no Setor de Assistência Privada à Saúde: avaliação das ações de uma empresa de autogestão na prevenção de doenças cardiovasculares”

por

Danielle Conte Alves

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

*Orientadora principal: Prof.^a Dr.^a Maria Alicia Domínguez Ugá
Segunda orientadora: Prof.^a Dr.^a Margareth Crisóstomo Portela*

Rio de Janeiro, abril de 2009.

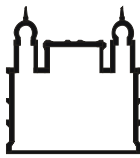
Catálogo na Fonte
Instituto de comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

A474 Alves, Danielle Conte
Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças no setor de assistência privada à saúde: avaliação das ações de uma empresa de autogestão na prevenção de doenças cardiovasculares. / Danielle Conte Alves. Rio de Janeiro : s.n., 2009.
xvii, 137 p., tab.

Orientador: Domínguez Ugá, Maria Alicia
Portela, Margareth Crisóstomo
Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

1. Promoção da Saúde. 2. Prevenção de Doenças. 3. Doenças Cardiovasculares. 4. Saúde Suplementar. 5. Planos de Pré-Pagamento em Saúde. 6. Serviços de Saúde. 7. Saúde da Família.
I. Título.

CDD – 22.ed. – 613



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças no Setor de Assistência Privada à Saúde: avaliação das ações de uma empresa de autogestão na prevenção de doenças cardiovasculares”

apresentada por

Danielle Conte Alves

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Aluísio Gomes da Silva Junior

Prof. Dr. Walter Vieira Mendes Júnior

Prof.^a Dr.^a Maria Alicia Domínguez Ugá – Orientadora principal

Dissertação defendida e aprovada em 06 de abril de 2009.

Dedico esta conquista a minha família,
pelo amor incondicional e pelo
exemplo de união e fé.

AGRADECIMENTOS

A minha querida orientadora Maria Alicia Domínguez Ugá por todo carinho, incentivo, ensinamentos e, sobretudo, compreensão nos momentos mais difíceis, tanto acadêmicos quanto pessoais.

A minha querida orientadora Margareth Crisóstomo Portela, a quem agradecerei eternamente pelo acolhimento, carinho, apoio e por toda paciência e profissionalismo durante a análise dos dados.

Aos professores da Escola Nacional de Saúde Pública, pelos valiosos ensinamentos, fundamentais para a minha formação. E aos professores Marina Ferreira de Noronha e Walter Vieira Mendes Junior, pelas importantes contribuições dadas na Qualificação do projeto.

Aos meus pais, Daniel e Fátima, e ao meu irmão, André, família amada, exemplo de união, esperança e fé em Deus. Eternos incentivadores do meu crescimento pessoal e profissional, a quem dedico não só essa conquista, mas cada dia da minha vida.

Agradeço, especialmente, a minha mãe pela leitura e revisão de toda a Dissertação.

Ao Renan, pelo amor e dedicação, por sua presença carinhosa, companheira e indispensável na minha vida.

A minha vovó Zezé, por todo carinho, incentivos e orgulho de cada conquista da sua netinha.

A todos os dirigentes da CASSI, que aprovaram o projeto de pesquisa e viabilizaram a realização desse trabalho.

A todos os profissionais da CASSI que trabalharam na obtenção das informações solicitadas, imprescindíveis para essa pesquisa, especialmente, os profissionais Laurênio Leite Sombra, Graciela Pauli Gil Cardoso e Denilson Furtado Oliveira, por toda a atenção, pelos esclarecimentos prestados, contribuições e empenho.

Ao professor Aluísio Gomes da Silva Junior, que acreditou no potencial do meu projeto e me colocou em contato com a CASSI, possibilitando o envio do pedido de autorização para a realização do estudo.

Ao Dr. Afonso Teixeira Reis, pelas valiosas contribuições dadas durante os primeiros passos na definição do desenho do estudo.

A todos os companheiros de trabalho e amigos da ANS que, de alguma forma, apoiaram a realização desse trabalho e torceram por mim.

Às gerentes Martha Oliveira, Andréia Abib e Karla Coelho, por terem aceitado os inúmeros pedidos de “troca do dia do mestrado para reunião com a orientadora” e pela compreensão no momento mais difícil da minha vida, por problemas pessoais.

À professora Ligia Bahia, que teve importantíssimo papel durante a minha formação na área de saúde pública, na época da especialização em saúde coletiva, e incentivou a minha entrada no mestrado.

Aos amigos de turma do mestrado, Adriana, Alejandra, Aline, Ana Cristina, Betzabe, Cláudia, Daniel, Gustavo, Helen, Maruja e Tatiana, pelos importantes momentos de estudo, amizade e alegrias.

A minha grande amiga Juliana, amizade que se iniciou no primeiro dia do mestrado e se consolidou de tal forma que nos consideramos “irmãs de alma”. Obrigada por todo carinho, incentivos, conselhos e força nos momentos de angústias e de vitórias.

A minha amiga e “irmã de coração”, Graziela, que mesmo quando éramos apenas ex-colegas de faculdade, me deu conselhos e dicas para o concurso do mestrado e, portanto, contribuiu para que eu chegasse até aqui. Quem diria que logo após a minha entrada na ENSP começaríamos a trabalhar juntas na ANS, dando início a uma linda e eterna amizade.

A todos os amigos e amigas que sempre me deram força e estão torcendo por mim nesse momento.

Aos meus amigos espirituais, que me transmitem coragem, serenidade e força para enfrentar os obstáculos e seguir sempre em frente, pelas ideias, luz e vibrações positivas.

Acima de tudo a Deus, minha eterna fonte de vida, paz, amor, esperança e fé. Obrigada, Senhor, por mais essa vitória!

Dous horizontes fecham nossa vida
Um horizonte, - a saudade
Do que não há de voltar;
Outro horizonte, - a esperança
Dos tempos que hão de chegar;
No presente, - sempre escuro, -
Vive a alma ambiciosa
Na ilusão voluptuosa
Do passado e do futuro

Machado de Assis

“Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo,
qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim”.

Francisco Cândido Xavier

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo explorar a associação entre a realização de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças cardiovasculares e a utilização de serviços de saúde, além dos correspondentes custos na atenção à saúde dos beneficiários de uma operadora de plano de saúde, a Caixa de Assistência aos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI). O método envolve um estudo de caso, de caráter descritivo, com a seleção de beneficiários com idade maior ou igual a 30 anos, de duas capitais, Curitiba e Goiânia, e posterior constituição de dois grupos: os cadastrados na Estratégia de Saúde da Família e em programas voltados para a prevenção de doenças cardiovasculares até 31/12/2004, e os não cadastrados nos programas. Primeiramente, foram descritas as características gerais da operadora e dos programas desenvolvidos. Além disso, realizou-se a descrição do perfil demográfico dos indivíduos selecionados e dos fatores de risco para doenças cardiovasculares entre os cadastrados. Em seguida, foram realizadas três análises: a primeira refere-se à análise dos cadastrados, a fim de verificar a evolução dos fatores de risco para doenças cardiovasculares, no período de 2004 a 2007; a segunda diz respeito à avaliação do perfil de utilização de serviços, com os correspondentes custos, no mesmo período; e, na terceira análise, a utilização de serviços e os custos foram comparados entre cadastrados e não cadastrados nos programas. No que se refere ao perfil de saúde dos cadastrados, foram observadas reduções no IMC e colesterol total entre os obesos; na pressão arterial sistólica e diastólica entre os hipertensos; e na glicemia de jejum entre os diabéticos. Na análise da utilização de serviços pelos cadastrados, verificou-se uma redução do número total e da média de consultas por beneficiário e do custo médio. Os exames e procedimentos diagnósticos apresentaram aumento dos números totais e per capita, com a consequente elevação dos custos assistenciais. Em Curitiba, ocorreu aumento do número médio de internações por beneficiário e do custo médio, enquanto, em Goiânia, ocorreu redução desses números. No que tange à comparação entre cadastrados e não cadastrados, constatou-se a maior utilização de consultas e exames entre os cadastrados, o que era esperado. O custo médio com internações foi maior entre os não cadastrados nos programas em todos os anos analisados para Curitiba e em 2007 para Goiânia. Espera-se que este trabalho contribua para a diminuição da lacuna existente no que tange à ausência de estudos que avaliem os resultados obtidos através do desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, apontando para o potencial da realização desses programas tanto na mudança do perfil de utilização de serviços quanto na melhoria do perfil de saúde dos indivíduos.

Palavras-chave: Promoção da Saúde. Prevenção de Doenças. Doenças Cardiovasculares. Saúde Suplementar. Prepaid Health Plans. Serviços de Saúde. Saúde da Família.

ABSTRACT

The aim of this study was to explore the association between health promotion actions and cardiovascular diseases prevention and the use of health services, besides the corresponding costs to the attention when it comes to the health of beneficiaries of a private health plan, the Assistance Fund to the Workers from Brazil Bank (CASSI). The method involves a case study, of descriptive character, with the selection of beneficiaries at the age above or equal 30, from two capitals, Curitiba and Goiânia, and later formation of two groups: those registered in the Health Family Strategy and in programs linked to the prevention of cardiovascular diseases up to 12/31/2004, and those not registered in the programs. First, the general characteristics of the private health plans and of the developed programs were described. Besides that, the description of the demographic profile of the selected individuals and of the risk factors to cardiovascular diseases among those registered in the programs was performed. Then, three analysis were carried out: the first refers to the analysis of those registered, with the aim of verifying the evolution of the risk factors to cardiovascular diseases, in the period from 2004 to 2007; the second is linked to the evaluation of the profile of services use, with the corresponding costs in the same period; and, in the third analysis, the use of services and costs were compared between those registered and not registered in the programs. When it comes to the health profile of those registered, reductions in the body mass index and total cholesterol among obese people were observed, as well as in the systolic and diastolic blood pressure among those with hypertension and fasting glucose among diabetic people. In the analysis of the use of services by those registered, a reduction of the total number of the average of appointments per beneficiary and of average cost were verified. The diagnostic procedures and exams showed increase of the total numbers and per capita, with the consequent increase of the assistential costs. In Curitiba, there was increase of the average number of hospitalizations per beneficiary and of the average cost, while, in Goiânia, there was reduction of such numbers. When it comes to the comparison between registered and not registered, a greater use of appointments and exams among the registered was proved, what was already expected. The average cost with hospitalizations was bigger among those not registered in the programs in all analyzed years for Curitiba and in 2007 for Goiânia. It is expected that this work can contribute to the diminishing of the gap that exists when it comes to the absence of studies that evaluate the results obtained through the development of health promotion and prevention from diseases programs, pointing at the potential of the development of such programs both in the change of the profile of services use, as well as in the improvement of the health profile of the individuals.

Key-words: Health Promotion. Disease Prevention. Cardiovascular Diseases. Supplemental Health. Prepaid Health Plans. Health Services. Family Health.

LISTA DE QUADROS E GRÁFICOS

| | | |
|-------------|---|----|
| Quadro 1 - | Vantagens e desvantagens dos avaliadores internos e externos | 50 |
| Gráfico 1 – | Distribuição percentual dos beneficiários selecionados para a pesquisa, de acordo com o cadastro ou não cadastro nos programas voltados para a prevenção de doenças cardiovasculares..... | 82 |
| Gráfico 2 – | Distribuição percentual dos beneficiários, com idade igual ou maior que 30 anos, cadastrados e não cadastrados nos programas voltados para a prevenção de doenças cardiovasculares, de acordo com a unidade da CASSI | 83 |
| Gráfico 3 – | Distribuição percentual dos beneficiários, com idade igual ou maior que 30 anos, cadastrados e não cadastrados nos programas voltados para a prevenção de doenças cardiovasculares, conforme o sexo e a unidade da CASSI | 83 |
| Gráfico 4 – | Distribuição percentual dos beneficiários cadastrados e não cadastrados nos programas voltados para a prevenção de doenças cardiovasculares, de acordo com a idade e a unidade da CASSI | 84 |
| Gráfico 5 – | Distribuição percentual dos fatores de risco para doenças cardiovasculares entre os beneficiários cadastrados em programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, na CASSI de Curitiba, de acordo com a idade | 85 |
| Gráfico 6 – | Distribuição percentual dos fatores de risco para doenças cardiovasculares entre os beneficiários cadastrados em programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, na CASSI de Goiânia, de acordo com a idade | 86 |
| Gráfico 7 – | Comparação entre os percentuais dos fatores de risco para doenças cardiovasculares presentes nos beneficiários cadastrados em programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, em relação aos percentuais obtidos através do Vigitel, em Curitiba | 87 |
| Gráfico 8 – | Comparação entre os percentuais dos fatores de risco para doenças cardiovasculares presentes nos beneficiários cadastrados em programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, em relação aos percentuais obtidos através do Vigitel, em Goiânia | 88 |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|------------|--|----|
| Tabela 1 - | Perfil de saúde dos beneficiários cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, na CASSI de Curitiba e Goiânia – IMC, colesterol total, HDL-c, PAS, PAD e glicemia de jejum | 89 |
| Tabela 2 - | Análise do IMC, colesterol total, HDL-c, PAS, PAD e glicemia de jejum, no grupo de beneficiários cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, na CASSI de Curitiba e Goiânia, em dois períodos de análise | 90 |
| Tabela 3 - | Perfil de saúde dos beneficiários cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, na CASSI de Curitiba e Goiânia – IMC, colesterol total e HDL-c em obesos; PAS e PAD em hipertensos; e glicemia de jejum em diabéticos | 91 |
| Tabela 4 - | Análise do IMC, colesterol total e HDL-c entre os obesos, da PAS e PAD em hipertensos e da glicemia de jejum em diabéticos, pertencentes ao grupo de beneficiários cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, na CASSI de Curitiba e Goiânia, em dois períodos de análise | 92 |
| Tabela 5 - | Taxa de utilização de consultas com clínico geral, cardiologista, endocrinologista e nutricionista, entre os beneficiários cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, em Curitiba, segundo o ano | 93 |
| Tabela 6 - | Número total de consultas com clínico geral, cardiologista, endocrinologista e nutricionista, média per capita e custo médio das consultas, entre os beneficiários cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, em Curitiba, no período de 2004 a 2007 | 94 |
| Tabela 7 - | Taxa de utilização de consultas com clínico geral, cardiologista, endocrinologista e nutricionista, entre os beneficiários cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, em Goiânia, segundo o ano | 95 |
| Tabela 8 - | Número total de consultas com clínico geral, cardiologista, endocrinologista e nutricionista, média per capita e custo médio das consultas, entre os beneficiários cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, em Goiânia, no período de 2004 a 2007 | 95 |

| | | |
|-------------|--|-----|
| Tabela 9 - | Taxa de utilização de exames e procedimentos selecionados, entre os beneficiários cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, em Curitiba, segundo o ano | 97 |
| Tabela 10 - | Número total de exames e procedimentos selecionados, média per capita e custo médio, entre os beneficiários cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, em Curitiba, no período de 2004 a 2007 | 98 |
| Tabela 11 - | Taxa de utilização de exames e procedimentos selecionados, entre os beneficiários cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, em Goiânia, segundo o ano | 99 |
| Tabela 12 - | Número total de exames e procedimentos selecionados, média per capita e custo médio, entre os beneficiários cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, em Goiânia, no período de 2004 a 2007 | 100 |
| Tabela 13 - | Taxa de utilização de internações por causas selecionadas, entre os beneficiários cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, em Curitiba, segundo o ano | 101 |
| Tabela 14 - | Número de beneficiários cadastrados que foram internados por causas selecionadas, número médio de internações e custos por beneficiário, entre os indivíduos cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, em Curitiba, segundo o ano | 102 |
| Tabela 15 - | Taxa de utilização de internações por causas selecionadas, entre os beneficiários cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, em Goiânia, segundo o ano | 103 |
| Tabela 16 - | Número de beneficiários cadastrados que foram internados por causas selecionadas ¹ , número médio de internações e custos por beneficiário, entre os indivíduos cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, em Goiânia, segundo o ano | 104 |
| Tabela 17 - | Percentuais de consultas com clínico geral, cardiologista, endocrinologista e nutricionista, entre os beneficiários cadastrados e não cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, em Curitiba, no período de 2004 a 2007 | 106 |
| Tabela 18 - | Taxa de utilização de consultas com clínico geral, cardiologista, endocrinologista e nutricionista, entre cadastrados e não cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, em Curitiba, segundo o ano | 106 |

| | | |
|-------------|---|-----|
| Tabela 19 - | Número total de consultas com clínico geral, cardiologista, endocrinologista e nutricionista, média per capita e custo médio das consultas, entre os beneficiários cadastrados e não cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, em Curitiba, no período de 2004 a 2007 | 107 |
| Tabela 20 - | Comparação da idade média dos beneficiários cadastrados e não cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, que realizaram consultas com clínico geral, cardiologista, endocrinologista e nutricionista, no período de 2004 a 2007, na CASSI de Goiânia | 108 |
| Tabela 21 - | Percentuais de consultas com clínico geral, cardiologista, endocrinologista e nutricionista, entre os beneficiários cadastrados e não cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, em Goiânia, no período de 2004 a 2007 | 109 |
| Tabela 22 - | Taxa de utilização de consultas com clínico geral, cardiologista, endocrinologista e nutricionista, entre cadastrados e não cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, em Goiânia, segundo o ano | 109 |
| Tabela 23 - | Número total de consultas com clínico geral, cardiologista, endocrinologista e nutricionista, média per capita e custo médio das consultas, entre os beneficiários cadastrados e não cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, em Goiânia, no período de 2004 a 2007 | 110 |
| Tabela 24 - | Comparação da idade média dos beneficiários cadastrados e não cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, que realizaram consultas com clínico geral, cardiologista, endocrinologista e nutricionista, no período de 2004 a 2007, na CASSI de Goiânia | 111 |
| Tabela 25 - | Taxa de utilização de exames e procedimentos selecionados, entre cadastrados e não cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, em Curitiba, segundo o ano | 112 |
| Tabela 26 - | Número total de exames e procedimentos selecionados, média per capita e custo médio, entre os beneficiários cadastrados e não cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, em Curitiba, segundo o ano | 113 |
| Tabela 27 - | Taxa de utilização de exames e procedimentos selecionados, entre cadastrados e não cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, em Goiânia, segundo o ano | 114 |

| | | |
|-------------|---|-----|
| Tabela 28 - | Número médio de exames e procedimentos selecionados per capita e custo médio, entre os beneficiários cadastrados e não cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, em Goiânia, segundo o ano | 114 |
| Tabela 29 - | Taxa de utilização de internações por causas selecionadas, entre cadastrados e não cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, em de Curitiba, segundo o ano | 116 |
| Tabela 30 - | Número de beneficiários que foram internados, número de internações por causas selecionadas e custo médio por internação, entre os beneficiários cadastrados e não cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, em Curitiba, de acordo com o ano | 116 |
| Tabela 31 - | Taxa de utilização de internações por causas selecionadas, entre cadastrados e não cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, em de Goiânia, segundo o ano | 117 |
| Tabela 32 - | Número de beneficiários que foram internados, número de internações por causas selecionadas e custo médio por internação, entre os beneficiários cadastrados e não cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, em Goiânia, de acordo com o ano | 118 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|--------|---|
| AMB | Associação Médica Brasileira |
| ANS | Agência Nacional de Saúde Suplementar |
| AVC | Acidente Vascular Cerebral |
| CASSI | Caixa de Assistência aos Funcionários do Banco do Brasil |
| CBHPM | Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos |
| CID | Classificação Internacional de Doenças |
| CFM | Conselho Federal de Medicina |
| CGPNPS | Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde |
| DCNT | Doenças Crônicas Não Transmissíveis |
| DIPRO | Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos |
| DM | Diabetes Mellitus |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| HAS | Hipertensão Arterial Sistêmica |
| IAM | Infarto Agudo do Miocárdio |
| IGPDI | Índice Geral de Preços Disponibilidade Interna |
| IMC | Índice de Massa Corporal |
| MAPA | Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial |
| MS | Ministério da Saúde |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| OPAS | Organização Pan-Americana de Saúde |
| PAD | Pressão Arterial Diastólica |
| PAS | Pressão Arterial Sistólica |
| PCMSO | Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional |
| PNPS | Política Nacional de Promoção da Saúde |
| PPI | Programação Pactuada Integrada |
| UNIDAS | União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO | 18 |
| CAPÍTULO 2 – JUSTIFICATIVA | 20 |
| 2.1. Impactos potenciais das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças..... | 20 |
| 2.2. Transição demográfica e epidemiológica | 22 |
| 2.3. Aumento dos custos no sistema de saúde | 24 |
| CAPÍTULO 3 – OBJETIVOS | 26 |
| CAPÍTULO 4 – REVISÃO DA LITERATURA | 27 |
| 4.1. Antecedentes: movimento da promoção da saúde | 27 |
| 4.2. Promoção da saúde: conformação de uma agenda para o sistema de saúde brasileiro | 31 |
| 4.3. Promoção da saúde e prevenção de doenças: conceitos e diferenças | 36 |
| 4.4. Promoção da saúde e modelos de atenção à saúde | 39 |
| 4.5. Modelos de atenção à saúde e a interface com o setor de saúde suplementar | 42 |
| 4.6. Estratégias da Agência Nacional de Saúde Suplementar em prol da promoção da saúde e prevenção de doenças | 43 |
| 4.7. Avaliação de programas | 45 |
| 4.8. Avaliação de estratégias e programas de promoção e prevenção: resultados evidenciados em estudos científicos | 52 |
| CAPÍTULO 5 – MÉTODOS | 56 |
| 5.1. Desenho do estudo | 56 |
| 5.2. Análise dos dados | 59 |
| 5.2.1. Análise descritiva dos dados..... | 59 |

| | |
|--|-----------|
| 5.2.2. Acompanhamento do perfil de saúde dos beneficiários cadastrados durante a realização do programa | 60 |
| 5.2.3. Perfil de utilização de serviços entre os beneficiários cadastrados nos programas | 61 |
| 5.2.3.1. Análise do perfil de utilização de consultas | 62 |
| 5.2.3.2. Análise do perfil de utilização de exames e procedimentos selecionados | 62 |
| 5.2.3.3. Análise do perfil de utilização de internações por causas selecionadas | 63 |
| 5.3.4. Perfil de utilização de serviços entre beneficiários cadastrados e beneficiários não cadastrados nos programas | 65 |
| 5.4. Indicadores | 65 |
| 5.4.1. Indicadores relacionados ao perfil de saúde da população cadastrada | 66 |
| 5.4.2. Indicadores para análise da utilização de serviços entre beneficiários cadastrados e não cadastrados | 66 |
| 5.5. Análise estatística | 68 |
| CAPÍTULO 6 – RESULTADOS | 69 |
| 6.1. Características da CASSI e do programa de promoção da saúde e prevenção de doenças | 69 |
| 6.1.1. Características da CASSI | 69 |
| 6.1.2. Ações implantadas na CASSI na direção de um novo modelo assistencial | 71 |
| 6.1.3. A Estratégia de Saúde da Família | 74 |
| 6.1.4. Programas desenvolvidos dentro da ESF | 77 |
| 6.1.5. Sistema de informação utilizado na ESF: prontuário eletrônico | 80 |
| 6.2. Análise descritiva da amostra de beneficiários selecionados | 82 |
| 6.3. Análise descritiva do perfil de saúde dos beneficiários cadastrados nos programas voltados para a prevenção de doenças cardiovasculares | 84 |

| | |
|---|------------|
| 6.4. Associação entre o desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças cardiovasculares e o perfil de saúde dos beneficiários cadastrados | 88 |
| 6.5. Análise do perfil de utilização de serviços entre os beneficiários cadastrados nos programas | 93 |
| 6.5.1. Análise da utilização de consultas | 93 |
| 6.5.2. Análise da utilização de exames e procedimentos selecionados | 97 |
| 6.5.3. Análise da utilização de internações por causas selecionadas | 101 |
| 6.6. Comparação do perfil de utilização de serviços entre beneficiários cadastrados e beneficiários não cadastrados nos programas | 105 |
| 6.6.1. Análise da utilização de consultas | 105 |
| 6.6.2. Análise da utilização de exames e procedimentos selecionados | 112 |
| 6.6.3. Análise da utilização de internações por causas selecionadas | 115 |
| CAPÍTULO 7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS | 120 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 126 |
| ANEXO – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (cópia) | 137 |

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO

O debate em torno da Promoção da Saúde influencia as políticas públicas de distintos países, tendo em vista o questionamento do paradigma biomédico e a mudança do perfil epidemiológico da população nas últimas décadas, o que ensejou o surgimento de propostas em torno da reorientação de um modelo de atenção voltado para práticas preventivas e para a integralidade do cuidado em saúde.

No que tange à regulação do setor de assistência privada à saúde, o tema da Promoção da Saúde e da Prevenção de Doenças foi colocado em pauta pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em 2005, a partir da publicação da Resolução Normativa (RN) n° 94 em 23 de março de 2005, que estabeleceu os critérios referentes à prorrogação dos prazos para a integralização de garantias financeiras exigidas pela ANS para as operadoras de planos privados de assistência à saúde que desenvolvessem programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças (ANS, 2005a).

Essa iniciativa desenvolvida pela ANS levou as operadoras de planos de saúde à discussão do tema, ao planejamento das atividades, à contratação de equipe específica para os programas e à apropriação dos conceitos epidemiológicos e de protocolos clínicos referentes aos programas. Tal motivação muitas vezes está calcada na busca de redução de custos por parte das empresas.

Vários fatores contribuem para o aumento constante dos custos em saúde, como o envelhecimento populacional, o perfil de morbimortalidade da população, com o aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), e a incorporação excessiva de tecnologias. Na saúde suplementar, a regulamentação do setor, a partir da Lei n° 9.656/98, contribuiu ainda mais para a elevação dos custos, devido a alguns aspectos como: a ampliação de coberturas, a inclusão de tratamento para DCNT, e a obrigatoriedade de aceitação de indivíduos de todas as faixas etárias (BRASIL, 1998).

Embora prestem serviços na área da saúde, as empresas de planos de saúde são regidas pela lógica de mercado e, portanto, visam ao lucro. No entanto, é necessário conciliar esse objetivo com as políticas empreendidas pelo MS, respeitando as particularidades do setor, a

fim não só de aumentar a qualidade da atenção à saúde, como também de contribuir para a melhoria das condições de saúde da população brasileira.

Através da realização de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças cardiovasculares por uma operadora de plano de saúde, espera-se uma mudança no perfil de utilização de serviços pelos indivíduos participantes, com aumento da realização de consultas e exames e, a longo prazo, redução das internações, o que se refletiria na redução dos custos assistenciais. No entanto, há poucos estudos que evidenciem os resultados dessas ações não só em relação ao perfil de utilização de serviços, como também no que concerne à saúde dos beneficiários e aos custos assistenciais.

A necessidade de demonstrar os resultados obtidos através da realização de programas de promoção e prevenção levou ao aumento da demanda por metodologias de avaliação de efetividade e de custo das intervenções, no sentido de orientar a alocação dos recursos em saúde. Porém, Coombes & Thorogood (2000) ressaltam que não há somente um método para a avaliação nessa área, uma vez que cada tipo de atividade em promoção da saúde demanda uma diferente forma de avaliar, sendo necessários métodos rigorosos de avaliação capazes de sustentar as conclusões obtidas.

Ao estudar um programa de promoção da saúde e prevenção de doenças em uma operadora de plano de saúde mais um desafio é lançado, ao ter que desenhar uma metodologia capaz de avaliar os resultados em termos de saúde em um setor que, até bem pouco tempo atrás, preocupava-se apenas com o pagamento dos procedimentos realizados.

Nesse sentido, espera-se que este trabalho seja de valia para o aprofundamento do conhecimento nessa área, através da avaliação de programas voltados para a promoção da saúde e prevenção de doenças cardiovasculares desenvolvidos por uma operadora de plano de saúde, e ensinará o debate a respeito dos possíveis resultados obtidos a partir da realização desses programas.

CAPÍTULO 2 – JUSTIFICATIVA

2.1. Impactos potenciais das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças

Ao longo dos últimos dois séculos, com os processos de transição epidemiológica e demográfica, ocorreu uma mudança importante no perfil de morbimortalidade da população mundial, com predomínio de DCNT, como os transtornos cardiovasculares e neoplasias. Os países em desenvolvimento vêm presenciando, nas últimas décadas, o mesmo fenômeno. Essas mudanças têm contribuído para uma crescente elevação dos gastos em saúde, além de custos sociais importantes como invalidez precoce, exigindo abordagens que respondam de forma efetiva a esses problemas (BRASIL, 2006a).

Estima-se que nos próximos dez anos os óbitos devido às DCNT devem aumentar em 17%. Isso significa que, da estimativa de 64 milhões de óbitos em 2015, 41 milhões serão em decorrência de uma DCNT. Uma redução adicional de 2% nas taxas mundiais de mortalidade por DCNT, por ano, durante os próximos dez anos, evitará 36 milhões de mortes prematuras até o ano de 2015 (OMS, 2005).

As DCNT são hoje consideradas verdadeiras epidemias, mais devastadoras que a própria epidemia de AIDS. Em 2005, cerca de 35 milhões de pessoas em todo o mundo morreram de DCNT; é o dobro do número de mortes por doenças infecciosas (incluindo HIV/AIDS, malária e tuberculose), condições maternas e perinatais e deficiências nutricionais combinadas (OMS, 2005).

As doenças cardiovasculares são responsáveis por um terço do total de mortes no mundo, embora sejam passíveis de prevenção (WHO, 2003). Calcula-se que, aproximadamente, 38% das mortes nos EUA sejam atribuíveis a quatro fatores comportamentais: tabagismo, alimentação inadequada, inatividade física e consumo de álcool (MOKDAD et al, 2004 apud WOOLF, 2007).

Segundo estimativas da OMS (2005), a cada ano, pelo menos:

- 4,9 milhões de pessoas morrem em decorrência do consumo de tabaco;
- 2,6 milhões de pessoas morrem como consequência de estarem acima do peso ou serem obesas;

- 4,4 milhões de pessoas morrem devido aos níveis totais de colesterol elevados; e
- 7,1 milhões de pessoas morrem por causa de pressão sanguínea elevada.

No Brasil, as doenças cardiovasculares constituem-se a maior causa de morte. Segundo dados do Ministério da Saúde (MS), estima-se que, no Brasil, existam 23 milhões de pessoas portadoras de Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Essas taxas têm se elevado e tendem a se agravar, não só pelo processo de envelhecimento da população, como também e, principalmente, pela manutenção de hábitos inadequados de alimentação; sedentarismo e tabagismo (BRASIL, 2006a).

Através da prevenção de doenças em grandes populações, pequenas reduções na pressão arterial e no nível de colesterol sanguíneo poderiam acarretar uma diminuição de morbidade, mortalidade e de custos na saúde. Caso esses fatores de risco fossem reduzidos através de mudanças no estilo de vida, pelo menos 80% de todas as doenças do coração, dos derrames e dos diabetes do tipo 2 poderiam ser evitados. Além disso, mais de 40% dos cânceres poderiam ser prevenidos (OMS, 2005).

A maior parte das DCNT não resulta em morte súbita. Ao contrário, elas provavelmente levarão as pessoas a tornarem-se progressivamente enfermas e debilitadas, especialmente se não tiverem o tratamento adequado (OMS, 2005). Tal fato tende a aumentar a utilização dos serviços de saúde, principalmente os de média e alta complexidade e, conseqüentemente, onera a prestação da assistência à saúde. A prevenção e o controle das DCNT, portanto, aumenta a longevidade e a qualidade de vida, além de contribuir para a redução dos custos nos sistemas de saúde. Vale ressaltar que, de acordo com Lakdawalla et al (2005 apud WOOLF, 2007), a prevenção de DCNT pode reduzir custos para empregadores e contribuir para uma força de trabalho mais saudável.

Estima-se que os custos diretos da obesidade contribuíssem com 6,8% (ou US\$ 70 bilhões) e o sedentarismo, com US\$ 24 bilhões do total dos custos na assistência à saúde, respectivamente, nos EUA em 1995. Embora os custos diretos em outros países industrializados sejam menores, eles consomem uma grande proporção do orçamento nacional da saúde. Outros custos dessa doença se relacionam com dias perdidos de trabalho, mortalidade prematura e baixa qualidade de vida (WHO, 2002).

As estratégias envolvidas no controle e redução dos fatores de risco devem abordar os diferentes níveis de atenção à saúde por meio da prevenção primária, secundária e terciária. A prevenção primária deve estar voltada ao controle e redução dos fatores de risco. Dessa forma, deve-se enfatizar o controle do tabagismo, da obesidade, do sedentarismo, do consumo de sal e de bebidas alcoólicas e o estímulo a uma alimentação saudável (BRASIL, 2001a).

A prevenção secundária, por sua vez, envolve a detecção e tratamento precoce das DCNT, destinando-se aos indivíduos com doenças já instaladas. Tem como objetivos: alcançar o controle da doença, evitar o aparecimento de complicações e retardar a progressão do quadro clínico. Deve-se identificar a presença de fatores de risco associados, de lesões em órgão-alvo e de comorbidades. Quanto à prevenção terciária, busca-se minimizar as complicações, tendo como finalidade melhorar a qualidade de vida e evitar morte precoce (BRASIL, 2001a).

2.2. Transição demográfica e epidemiológica

O envelhecimento da população é um dos fenômenos de maior impacto tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, devido ao aumento da esperança de vida ao nascer. Esse envelhecimento populacional resulta de um processo gradual de transição demográfica e tem como consequência um número maior de pessoas acometidas por DCNT (LITVOC & BRITO, 2004).

A diminuição das taxas de fecundidade e mortalidade vem alterando a estrutura etária da população brasileira. Entretanto, mais do que a diminuição da mortalidade, a explicação para o crescimento da população idosa reside na drástica redução das taxas de fecundidade, principalmente nos centros urbanos. Uma das principais razões para estas mudanças no âmbito da reprodução é a necessidade crescente de limitação do tamanho da família, tendo em vista o contexto de crise econômica, a progressiva incorporação da mulher no mercado de trabalho e as mudanças nos padrões sócio-culturais (VERAS, 2001).

Dentre os 600 milhões de idosos que vivem atualmente no mundo, cerca de 370 milhões residem em países em desenvolvimento, e, segundo as estimativas para os próximos

20 anos, a população será composta de mais de um bilhão de idosos, dos quais 70% (700 milhões) serão provenientes de países pobres (LITVOC & BRITO, 2004).

De acordo com estes autores, o fenômeno do envelhecimento populacional ocorrido nos países da América Latina e Caribe, diferente do observado nos países desenvolvidos, apresenta as seguintes características: 1) rápido crescimento: os países em desenvolvimento envelhecerão em menos de 30 anos, enquanto os países desenvolvidos envelheceram lentamente durante cerca de 100 anos; 2) situação de pobreza: os países em desenvolvimento enfrentam os problemas da pobreza e do envelhecimento ao mesmo tempo; 3) iniquidade: com o processo de envelhecimento, a equidade é afetada e aumentam as diferenças biopsíquicas e sociais dentro da sociedade.

No que tange ao rápido crescimento da população idosa, as projeções indicam que num período de 70 anos (1950 a 2020), enquanto a população brasileira estará crescendo 5 vezes, o grupo dos idosos estará se ampliando em 16 vezes. Neste mesmo período de 70 anos, os idosos dos Estados Unidos, Japão e China, estarão crescendo apenas 3,5; 5 e 6,5 vezes, respectivamente (VERAS, 2001).

Quanto à transição epidemiológica, o Brasil tem experimentado alterações relevantes no quadro de morbimortalidade. As doenças infecto-contagiosas que, em 1950, representavam 40% das mortes registradas no país, hoje são responsáveis por menos de 10% do total. As doenças cardiovasculares, que eram responsáveis por 12% das mortes em 1950, atualmente, representam mais de 40% do total (VERAS, 2001).

A organização dos serviços de saúde deve levar em consideração a cronicidade das doenças mais prevalentes em idosos e o fato de os problemas de saúde nessa faixa etária, além de serem de longa duração, exigirem profissionais qualificados, equipe multidisciplinar, equipamentos e exames complementares de alto custo. Nesse sentido, é importante destacar o consenso de que envelhecimento e despesas caminham juntos, e não existem recursos capazes de suportar a lógica atual do sistema de saúde, orientada pela “doença” e não pela “saúde”. Tal lógica se apoia, fortemente, nos diagnósticos realizados através de exames complementares, baseados na tecnologia dos equipamentos de custo altíssimo (VERAS, 2001), sendo de extrema relevância a incorporação das ações de promoção da saúde e

prevenção de doenças, a fim não só de reduzir custos, mas também de melhorar a saúde e a qualidade de vida.

2.3. Aumento dos custos no sistema de saúde

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a tendência dos custos em saúde é determinada pelos seguintes fatores: causas demográficas, necessidade de pessoal nos serviços de saúde, qualidade dos serviços de saúde, exigências dos cidadãos, mudanças do quadro epidemiológico como consequência do desenvolvimento econômico, organização e estrutura do sistema de atenção sanitária e extensão da cobertura (OMS, 1976).

Médici (1995) aponta os fatores relacionados ao aumento crescente dos gastos em saúde: a extensão horizontal e vertical da cobertura¹; o envelhecimento da estrutura etária da população; as transformações nas estruturas de morbimortalidade – com elevação da importância das doenças crônico-degenerativas frente às doenças infecto-contagiosas; as mudanças tecnológicas, que, ao aumentarem o diagnóstico e a qualidade dos serviços de saúde, significam a incorporação de mais capital e recursos humanos; fatores socioeconômicos e culturais, uma vez que o aumento da renda per capita leva ao aumento dos gastos com saúde; e as estruturas securitárias, isto é, o seguro como fator de indenização e proteção dos riscos de prestadores de serviços e indivíduos.

A incorporação de tecnologias está relacionada ao aumento dos custos em saúde. De acordo com Mendes (1980 apud SILVA JUNIOR, 2006), a inovação tecnológica na medicina não é substitutiva, uma vez que a introdução de novas técnicas não significa o deslocamento das anteriores. Além disso, o consumo de novos equipamentos e medicamentos ocorre de forma acrítica, com poucas vantagens para o paciente e uma importante elevação dos custos.

Merhy classifica as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde como: *leve (como no caso das tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento), leve-duras (como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica e a epidemiologia), e duras (como no caso de equipamentos*

¹ A extensão horizontal da cobertura é entendida como a inclusão de novos segmentos da população, e a vertical significa complexificação e diversificação da oferta de serviços (MÉDICI, 1995, p. 56).

tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais) (MERHY, 2002, p. 49). Nesse caso, o aumento dos custos em saúde teria relação com a incorporação de tecnologias duras ao processo de trabalho em saúde.

A inflação médica, que tem sido superior à inflação observada em outros ramos da produção de bens e serviços, ocorre devido à combinação dos fatores relacionados ao aumento do gasto com saúde e de outros fatores externos ao setor. Cabe frisar que a partir de um determinado nível, o aumento dos gastos de saúde não leva à melhoria na expectativa de vida da população. Logo, torna-se necessária a adoção de medidas racionalizadoras que aumentem a eficiência dos serviços, sem que haja prejuízos na eficácia - no alcance das metas planejadas - ou na efetividade - no alcance coletivo das ações de saúde, ou seja, que não impliquem em resultados negativos nos níveis de saúde da população (MÉDICI, 1995).

Nesse contexto, surge o conceito de “atenção gerenciada”, que indica a necessidade de um “gerenciamento do cuidado em saúde” capaz de possibilitar um equacionamento entre racionalização dos custos da produção dos atos de saúde e qualidade dos serviços prestados (MERHY, 2002).

No setor de saúde suplementar, muitas operadoras estão desenvolvendo ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, enquanto outras estão adotando práticas de “atenção gerenciada” ou de “gerenciamento de riscos e de crônicos”. Cabe diferenciar se tais práticas têm a devida preocupação com a qualidade dos serviços e com a saúde dos beneficiários ou se estão baseadas tão somente na redução de custos e no controle do acesso dos indivíduos aos serviços.

Sabe-se que as operadoras de planos e seguros de saúde buscam a redução dos gastos com assistência médica de alto custo. No entanto, a necessidade de racionalização dos custos por parte dessas empresas deve priorizar a qualidade dos serviços, assim como ser complementar à política do Ministério da Saúde de promoção da saúde da população brasileira.

CAPÍTULO 3 – OBJETIVOS

Objetivo Geral

O presente trabalho tem como objetivo explorar a associação entre a realização de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças cardiovasculares e o uso de serviços de saúde (consultas ambulatoriais, internações, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico), bem como custos correspondentes, na atenção à saúde dos beneficiários de uma operadora de plano de saúde pertencente à modalidade de autogestão.

Objetivos Específicos

1. Conhecer o programa de promoção da saúde e prevenção de doenças de uma empresa de plano privado de assistência à saúde da modalidade de autogestão;
2. Descrever o perfil de saúde da população de beneficiários cadastrados no programa de prevenção de doenças cardiovasculares da operadora de plano de saúde;
3. Avaliar a associação entre o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção e o perfil de saúde dos beneficiários cadastrados no programa;
4. Avaliar a associação entre o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção e o perfil de utilização de serviços ambulatoriais;
5. Avaliar a associação entre o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção e o perfil de utilização de exames, procedimentos clínicos ambulatoriais e procedimentos diagnósticos e terapêuticos;
6. Avaliar a associação entre o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção e a ocorrência de internações por causas cardiovasculares; e
7. Avaliar a associação entre o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção e os custos assistenciais.

CAPÍTULO 4 – REVISÃO DA LITERATURA

4.1. Antecedentes: movimento da promoção da saúde

O movimento de promoção da saúde surgiu no Canadá, em 1974, através da divulgação do documento “*A new perspective on the health of Canadians*”, também conhecido como *Informe Lalonde*. A realização deste documento teve como pano de fundo os custos crescentes da assistência à saúde e o questionamento do modelo médico-centrado no manejo das doenças crônicas, visto que os resultados apresentados eram pouco significativos (BUSS, 2003).

O Informe Lalonde divide o campo da saúde em quatro componentes: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência à saúde. Identificou-se que os três primeiros componentes supracitados estavam relacionados às principais causas de morbimortalidade no Canadá, porém, a maior parte dos gastos diretos com saúde concentrava-se na organização da assistência. Dessa forma, foram propostas cinco estratégias para abordar os problemas do campo da saúde: promoção da saúde, regulação, eficiência da assistência médica, pesquisa e fixação de objetivos (BUSS, 2003).

Embora o Informe Lalonde não tenha se constituído em uma política governamental no Canadá, favoreceu a criação da Diretoria de Promoção da Saúde no Ministério da Saúde, em 1978, bem como a realização da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, no mesmo ano, em Alma-Ata, com grande repercussão em quase todos os sistemas de saúde do mundo (BUSS, 2003).

A I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde ocorreu em 1986 e deu origem à Carta de Ottawa, que se tornou referência fundamental em todo o mundo e identificou cinco campos de ação para a promoção da saúde:

- Construção de políticas públicas saudáveis;
- Criação de ambientes favoráveis à saúde;
- Desenvolvimento de habilidades;
- Reforço da ação comunitária; e
- Reorientação dos serviços de saúde.

A Carta de Ottawa determina as condições e os recursos fundamentais para a saúde, como paz, habitação, educação, alimentação e renda, trazendo a seguinte definição para a promoção da saúde:

“Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social (...) Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global” (WHO, 1986; OPAS, 2008).

Na opinião de Carvalho (2005), tanto a Carta de Ottawa quanto a Declaração de Alma-Ata afirmam como pré-requisitos para a saúde a necessidade de maior justiça social, equidade, educação, saneamento, paz, habitação e salários dignos. No entanto, esta privilegia a reorganização do sistema de atenção, tendo a Atenção Primária à Saúde como eixo de organização dos serviços, enquanto aquela prioriza ações externas à assistência, a partir da proposta de criação de ambientes favoráveis à saúde, da necessidade de promover o desenvolvimento sustentável, de ampliar os enfoques curativo e clínico e de fortalecer as ações voltadas para uma prática integral em saúde.

Posteriormente, foram realizadas outras Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde. Segundo Buss (2003), as conferências internacionais realizadas em Ottawa (1986), Adelaide (1988) e Sundsval (1991), estabeleceram as bases conceituais e políticas contemporâneas da promoção da saúde. As conferências seguintes realizaram-se em Jacarta, em 1997, no México, no ano 2000, e na América Latina, em 1992.

A Conferência de Adelaide, realizada na Austrália em 1988, teve como tema central as políticas públicas saudáveis, que se caracterizam pelo interesse e pela preocupação de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade, e pelos compromissos com o impacto dessas políticas na saúde da população. Nessa oportunidade, foram identificadas

quatro áreas prioritárias para promover ações imediatas em políticas públicas saudáveis (OPAS, 2008):

- Apoio à saúde da mulher;
- Alimentação e nutrição;
- Tabaco e álcool; e
- Criação de ambientes favoráveis.

A III Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Sundsvall, na Suécia, em 1991, foi a primeira a abordar a importância dos ambientes favoráveis ou saudáveis, devido à interdependência entre saúde e ambiente em todos os seus aspectos. Foram ressaltados os seguintes aspectos para a criação de ambientes favoráveis e promotores de saúde (OPAS, 2008):

- A dimensão social;
- A dimensão política;
- A dimensão econômica; e
- A necessidade de reconhecer e utilizar a capacidade e o conhecimento das mulheres em todos os setores, inclusive os políticos e econômicos.

A partir da declaração lançada por essa conferência, as pessoas, as organizações e os governos foram convocados, em todas as partes do mundo, a se engajarem ativamente na promoção de ambientes mais favoráveis à saúde, considerando os aspectos físicos, sociais, econômicos e políticos.

A Conferência Internacional de Jacarta, ocorrida em 1997 na Indonésia, foi a primeira a realizar-se em um país em desenvolvimento e a incluir o setor privado no apoio à promoção da saúde. A Declaração de Jacarta reafirmou a importância da saúde como essencial para o desenvolvimento social e econômico, enfatizou o surgimento de novos determinantes da saúde e buscou identificar as direções e estratégias necessárias para enfrentar os desafios da promoção da saúde. Nesse sentido, foram definidas cinco prioridades para o campo da promoção da saúde (OPAS, 2008):

- Promover a responsabilidade social com a saúde;
- Aumentar os investimentos no desenvolvimento da saúde;
- Consolidar e expandir parcerias para a saúde entre os diferentes setores em todos os níveis do governo e da sociedade;
- Aumentar a capacidade da comunidade e fortalecer os indivíduos; e
- Assegurar uma infraestrutura para a promoção da saúde.

A Declaração do México, fruto da V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada no ano 2000, constatou a necessidade de fortalecer os mecanismos de colaboração para a promoção da saúde em todos os setores e níveis da sociedade, recomendando, entre outras, as seguintes ações (OPAS, 2008):

- Colocar a promoção da saúde como prioridade fundamental das políticas e programas locais, regionais, nacionais e internacionais;
- Assegurar a participação ativa de todos os setores e da sociedade civil na instituição das ações de promoção da saúde que fortaleçam e ampliem as parcerias na área da saúde;
- Identificar as prioridades de saúde e estabelecer políticas e programas públicos;
- Apoiar as pesquisas que ampliem o conhecimento sobre as áreas prioritárias; e
- Mobilizar recursos financeiros e operacionais que fortaleçam a capacidade humana e institucional para o desenvolvimento, implantação, monitoramento e avaliação dos planos de ação nacionais.

Essa Conferência reafirmou a importância da promoção da saúde, a necessidade de focalizar os determinantes da saúde e a necessidade de buscar a construção de um mundo mais equitativo (BRASIL, 2001b).

Em 2005, ocorreu a VI Conferência Global de Promoção da Saúde, em Bangkok na Tailândia. A questão da globalização e sua influência nas questões de saúde foram discutidas, ressaltando os aspectos negativos e também os positivos da difusão de conhecimentos, pelos meios tecnológicos de informação (WESTPHAL, 2006).

A realização da I Conferência Latino-Americana de Promoção da Saúde, em Bogotá, na Colômbia, no ano de 1992, marcou o início da discussão do tema nos países da América Latina. Nessa oportunidade, a equidade adquiriu centralidade nas discussões, tendo em vista a preocupação com as iniquidades e com a participação da sociedade no processo de tomada de decisão sobre saúde e qualidade de vida (WESTPHAL, 2006).

Evidencia-se que as Conferências Internacionais de Promoção da Saúde reafirmaram os preceitos estabelecidos na 1ª Conferência e agregaram novas questões e estratégias de ação voltadas para áreas prioritárias, a fim de gerar políticas públicas saudáveis e incluir a promoção da saúde como um componente fundamental das políticas e programas públicos em todos os países.

4.2. Promoção da saúde: conformação de uma agenda para o sistema de saúde brasileiro

No Brasil, a reorganização do Estado e a reforma do sistema de saúde formaram as principais estratégias da Saúde Coletiva no período entre 1974 e 1988 (DÂMASO, 1990 apud CARVALHO, 2005). O debate sobre a promoção da saúde coincidiu com o processo de reformulação do sistema de saúde, através do Movimento de Reforma Sanitária, que, segundo Carvalho (2005), visou à racionalização e ao aumento da eficácia das ações setoriais com estratégias voltadas para a unificação e descentralização do sistema de saúde, o controle público do setor privado e a participação popular.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, em Brasília, apresentou os principais elementos da proposta da Reforma Sanitária: ampliação do conceito de saúde; reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado; criação de um Sistema Único de Saúde; participação popular; e constituição e ampliação do orçamento social. Os princípios e diretrizes estabelecidos eram relacionados ao direito à saúde, à cidadania, à universalização, à equidade, à democracia e à descentralização (CNS, 1987). Muitas das deliberações dessa Conferência foram incorporadas à Constituição Federal de 1988 e influenciaram a legislação que normatiza o Sistema Único de Saúde (SUS).

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, preconiza que o Estado deve garantir políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. A Lei nº 8.080/90 corrobora com esta prerrogativa e acrescenta que a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas, é um dos objetivos do SUS (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

Em 2006, o MS definiu a Agenda de Compromissos pela Saúde, que agrega três eixos: O Pacto pela Vida, O Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. Destaca-se aqui o Pacto pela Vida, que constitui um conjunto de compromissos em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. São seis as prioridades deste pacto (BRASIL, 2006b):

- Saúde do idoso;
- Controle do câncer do colo do útero e da mama;
- Redução da mortalidade infantil e materna;
- Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias;
- Promoção da Saúde, com ênfase na atividade física regular e alimentação saudável; e
- Fortalecimento da atenção básica.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), publicada em 2006, ratifica o compromisso estabelecido pelo MS no Pacto pela Vida e institui ações específicas voltadas para importantes eixos, como (BRASIL, 2006c):

- Alimentação saudável;
- Prática corporal / atividade física;
- Prevenção e controle do tabagismo; e
- Redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas.

Através da publicação da PNPS, o MS firma o compromisso com a ampliação e qualificação das ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS, a fim de envolver diversas áreas do setor sanitário, outros setores do Governo, setores privados e não-governamentais e a sociedade no debate em torno da qualidade de vida e do cuidado em saúde (BRASIL, 2006c).

Considerando a finalidade e as diretrizes estabelecidas na PNPS, foi instituído o Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde (CGPNPS), através da Portaria nº 1.409 de 13 de junho de 2007, que possui as seguintes atribuições (BRASIL, 2007a):

- Consolidar a implantação da Política Nacional de Promoção da Saúde;
- Consolidar a Agenda Nacional de Promoção da Saúde em consonância com as políticas, as prioridades e os recursos de cada uma das secretarias do MS e com o Plano Nacional de Saúde;
- Articular e integrar as ações de promoção da saúde no âmbito do SUS, no contexto do Pacto pela Saúde;
- Coordenar a implantação da Política Nacional de Promoção da Saúde no SUS e em sua articulação com os demais setores governamentais e não-governamentais;
- Incentivar a inclusão da Promoção da Saúde e a elaboração, por parte dos Estados do Distrito Federal dos Municípios, de Planos Municipais, Estaduais e termos de compromisso do Pacto de Gestão; e
- Monitorar e avaliar as estratégias de implantação da Política Nacional de Promoção da Saúde e seu impacto na melhoria da qualidade de vida de sujeitos e coletividades.

O Comitê é integrado por diversos representantes de Secretarias do MS, bem como seus institutos, fundações e autarquias, inclusive a Agência Nacional de Saúde Suplementar, tendo sua composição estabelecida pela Portaria nº 68, de 24 de junho de 2008 (BRASIL, 2008a).

Em 2008, o Ministério da Saúde instituiu o Programa *Mais Saúde: Direito de Todos*, definindo as seguintes diretrizes estratégicas que norteiam os eixos de intervenção, as medidas adotadas, as metas-síntese e os investimentos previstos que estruturam o documento (BRASIL, 2008b):

1. Avançar na implantação dos princípios constitucionais para a consolidação de um sistema de saúde universal, equânime e integral, mediante um conjunto de ações concretas organizadas em eixos que permitem associar o desenvolvimento econômico e o social, envolvendo tanto o investimento em capital físico quanto nos trabalhadores e profissionais de saúde.
2. Consolidar as ações de Promoção da Saúde e Intersetorialidade no centro da estratégia, como decorrência da articulação das ações de saúde com a nova orientação do padrão de desenvolvimento brasileiro, vinculando crescimento, equidade e sustentabilidade com um novo modelo de atenção centrado na busca de qualidade de vida como uma política nacional e federativa de governo.
3. Priorizar, em todos os Eixos de Intervenção, os objetivos e as metas do Pacto pela Saúde, na dimensão do Pacto pela Vida, a saber: saúde do idoso, mental, do trabalhador e da pessoa portadora de deficiência; controle do câncer de colo de útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de resposta às emergências de saúde pública de relevância nacional e à ocorrência de doenças, com ênfase em dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza, além da Promoção da Saúde e do fortalecimento da Atenção Básica;
4. Aprofundar a estratégia de regionalização, de participação social e de relação federativa, seguindo as diretrizes aprovadas pelo Pacto da Saúde, buscando um aumento decisivo da eficiência sistêmica e organizacional em saúde e retomando o papel central do Governo Federal na organização de redes integradas e regionalizadas de saúde no território brasileiro.
5. Fortalecer o Complexo Produtivo e de Inovação em Saúde, permitindo associar o aprofundamento dos objetivos do Sistema Único de Saúde com a transformação necessária da estrutura produtiva do País, tornando-a compatível com um novo padrão de consumo em saúde e com novos padrões tecnológicos adequados às necessidades de saúde.
6. Dar um expressivo salto na qualidade e na eficiência das unidades produtoras de bens e serviços de gestão em saúde, para associar a flexibilidade gerencial ao compromisso com metas de desempenho, mediante a introdução de mecanismos de responsabilização, acompanhamento e avaliação e com uma clara priorização dos profissionais de saúde em termos de qualificação e do estabelecimento de relações adequadas de trabalho.

7. Equacionar a situação de subfinanciamento do SUS, envolvendo a regulamentação da legislação existente e a participação adequada e estável da receita pública no financiamento da saúde, de acordo com os preceitos constitucionais que asseguram à população brasileira a atenção universal, integral e equânime.

O Programa *Mais Saúde: Direito de Todos* reconhece que a perspectiva adotada para o avanço do SUS requer de um lado, a expansão do sistema de atenção à saúde, envolvendo a assistência básica, as ações de alta e média complexidade, a regulação e a qualificação da saúde suplementar, além da integração com ações voltadas para o monitoramento, a prevenção e a vigilância em saúde. Por outro lado, torna-se imprescindível o avanço do complexo industrial e de inovação em saúde.

Com o objetivo de construir um sistema de saúde universal e para um padrão de desenvolvimento centrado na qualidade de vida dos cidadãos brasileiros, as medidas do programa são estruturadas pelos seguintes eixos de intervenção (BRASIL, 2008b):

1. Promoção da Saúde;
2. Atenção à Saúde;
3. Complexo Industrial da Saúde;
4. Força de Trabalho em Saúde;
5. Qualificação da Gestão;
6. Participação e Controle Social; e
7. Cooperação Internacional.

O eixo da Promoção da Saúde perpassa todos os eixos do programa, pois articula o elo saúde e desenvolvimento, e tem como diretriz a mobilização da sociedade e do Estado em torno de um grande esforço articulado e intersetorial para uma ação convergente nos determinantes sociais da saúde e para a conscientização das pessoas para as práticas e os comportamentos saudáveis.

A partir do estabelecimento dos eixos supracitados, vários indicadores e metas foram pactuados e possibilitarão, futuramente, o acompanhamento e avaliação do programa.

4.3. Promoção da saúde e prevenção de doenças: conceitos e diferenças

Os primeiros conceitos de promoção da saúde foram definidos pelos autores Winslow, em 1920, e Sigerist, em 1946. Winslow identificou três fases no desenvolvimento da saúde pública: a primeira, entre 1840 e 1890, foi caracterizada pela higiene ambiental; a segunda, de 1890 a 1910, pelos desenvolvimentos em bacteriologia; e a terceira, iniciada em 1910, pela ênfase na educação e na higiene pessoal (BERRIDGE, 2000).

Sigerist, por sua vez, definiu como as quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação e a reabilitação. Posteriormente, Leavell & Clark, em 1965, delinearam o modelo da história natural das doenças, que apresenta três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. As medidas para a promoção da saúde no nível de prevenção primário não são voltadas a determinada doença, mas destinadas a aumentar a saúde e o bem-estar gerais (BUSS, 2003).

Arouca (2003) define que a história natural das doenças, em sua geometrização, está baseada em um esquema cartesiano em que no eixo da abscissa está o tempo e a ordenada divide dois espaços, segundo a presença ou não da enfermidade. Para o autor, o sistema das ordenadas da história natural ganha uma dimensão basicamente qualitativa e a divide em dois momentos. No primeiro momento, o aparecimento das doenças está determinado pela relação estabelecida entre os três elementos: o homem, o ambiente e os fatores determinantes das doenças. O segundo momento define a evolução do processo saúde/doença no indivíduo, em que esse processo é acompanhado para um ponto de resolução: a cura, o óbito ou outro estado intermediário.

Tendo em vista que o conceito de Leavell e Clark possui enfoque centrado no indivíduo, com uma certa projeção para a família ou grupos, verificou-se sua inadequação para as DCNT, uma vez que a prevenção de tais doenças envolve medidas não só voltadas para os indivíduos e famílias, como também para o ambiente e os estilos de vida (BUSS, 2003).

Segundo Westphal (2006), reflexões e críticas dos pensadores da área da Saúde Coletiva e da Medicina Social puseram em pauta questionamentos à tríade ecológica, considerando que esse modelo explicativo não considerava os efeitos positivos e negativos

das condições de vida e trabalho, e da inserção social dos indivíduos nos níveis de saúde das populações.

Dessa forma, o significado do termo promoção da saúde foi mudando ao longo do tempo e, atualmente, associa-se a valores como: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria. Além disso, está relacionado à ideia de “responsabilização múltipla”, uma vez que envolve as ações do Estado (políticas públicas saudáveis), dos indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais (BUSS, 2003).

De acordo com Carvalho et al (2004), a promoção da saúde consiste em um conjunto de conceitos e práticas orientadas para a construção social da autonomia e equidade, que são fundamentais para a saúde e a qualidade de vida. Dessa forma, a Promoção da Saúde pode ser entendida como uma estratégia para a mudança, tendo em vista três fatores:

- Assistência à saúde, o que requer a desmedicalização e a reorientação dos serviços de assistência à saúde;
- O desenvolvimento local, no qual ações intersetoriais para a saúde e a qualidade de vida são implementadas como o resultado do *empowerment* da população e dos indivíduos; e
- O desenvolvimento de políticas nacionais.

As autoras COOMBES & THOROGOOD (2000) entendem que o conceito de promoção da saúde inclui políticas públicas planejadas para a melhoria da saúde, intervenções clínicas para a prevenção da saúde, educação com a finalidade de capacitar os indivíduos para cuidar da própria saúde, e uma variedade de intervenções que visam ao fortalecimento das comunidades e ao aumento do capital social.

No que tange ao debate sobre promoção da saúde, torna-se relevante diferenciá-la da prevenção de doenças. O enfoque da promoção da saúde está relacionado aos macrodeterminantes do processo de saúde-doença (GUTIERREZ et al, 1997 apud BUSS, 2003) e envolve a ideia de fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com

os condicionantes de saúde, enfatizando a modificação das condições de vida e de trabalho através de uma abordagem intersetorial (CZERESNIA, 2003).

Vale ressaltar que termos como “empoderamento” (*empowerment*) e autocuidado vêm sendo cada vez mais utilizados, uma vez que a promoção da saúde envolve o desenvolvimento de habilidades individuais, a fim de permitir a tomada de decisões favoráveis à qualidade de vida e à saúde.

As ações preventivas, por sua vez, definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. Para tanto, baseiam-se no conhecimento epidemiológico de doenças e de outros agravos específicos (CZERESNIA, 2003). Com isso, a prevenção orienta-se às ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco de enfermidades, sendo o foco a doença e os mecanismos para atacá-la (BUSS, 2003).

De acordo com Lefevre & Lefevre (2004), a prevenção está relacionada às medidas tomadas antes do surgimento ou agravamento de uma doença ou de um conjunto destas, para que tal condição não se manifeste ou se manifeste de forma menos grave nos indivíduos. A promoção, para se diferenciar da prevenção, diz respeito a uma intervenção ou ao conjunto de intervenções com o objetivo de eliminar de maneira permanente, ou duradoura, a doença a partir das suas causas mais básicas, e não apenas evitar o aparecimento das doenças nos indivíduos e nas coletividades.

Verifica-se, portanto, que o conceito de promoção da saúde é de grande amplitude, e diz respeito às medidas para aumentar a saúde e o bem-estar, englobando os determinantes da saúde, como as condições de vida e trabalho, assim como várias práticas orientadas para a construção social da autonomia e equidade. A formulação de estratégias em torno da promoção da saúde deve articular a assistência à saúde, o desenvolvimento local e a elaboração de políticas públicas. Enquanto isso, a prevenção está relacionada às intervenções para evitar o surgimento ou o agravamento de doenças nos indivíduos.

4.4. Promoção da saúde e modelos de atenção à saúde

De acordo com Paim (2003, p.164-165), modelos de atenção à saúde ou modelos assistenciais podem ser definidos como *combinações de tecnologias (materiais e não-materiais) utilizadas nas intervenções sobre problemas e necessidades sociais de saúde*. Para o autor, *modelo* não é um modo de administrar o sistema e os serviços de saúde, e sim uma lógica que orienta a ação, constituindo-se, portanto, em *um dado modo de combinar técnicas e tecnologias para intervir sobre problemas de saúde (danos e/ou riscos) e atender necessidades de saúde individuais e coletivas; é uma maneira de organizar os ‘meios de trabalho’ (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas ou processos de trabalho em saúde*.

Merhy, Cecílio e Nogueira (1992, p. 10-13), por sua vez, definem que *modelo técnico assistencial constitui-se na organização da produção de serviços a partir de um determinado arranjo de saberes da área, bem como de projetos de ações sociais específicos, como estratégias políticas de determinado agrupamento social. Entendemos desse modo, que os modelos tecno-assistenciais estão sempre apoiados em uma dimensão assistencial e tecnológica, para expressar-se como projeto de políticas, articulado a determinadas forças e disputas sociais*.

O modelo hegemônico de atenção à saúde caracteriza-se pelo enfoque biologicista da saúde-doença-cuidado, desconsiderando seus determinantes sociais, com ações desarticuladas, desintegradas, pouco cuidadoras, centradas na assistência médico-hospitalar especializada e com incorporação acrítica de novas tecnologias, constituindo-se em um modelo caro e pouco eficiente (BRASIL, 2005).

O padrão de desenvolvimento científico, tecnológico e a organização da atenção à saúde sob a lógica de mercado, direcionada para a cura de doenças e centrado na prática médica realizada, constituíram formas de produção e consumo de serviços de saúde que tiveram como consequências a elevação de custos, o baixo impacto na saúde da população, a especialização e o aumento das barreiras de acesso devido à inserção das necessidades de saúde no âmbito do consumo privado (PASCHE & HENNINGTON, 2006).

Evidencia-se o distanciamento do compromisso pela qualificação da vida, tanto pela medicalização quanto pela iatrogenia (ILLICH, 1975 apud PASCHE & HENNINGTON, 2006) e, conseqüentemente, o descompromisso com a produção de saúde, transformada na

execução de procedimentos diagnósticos e terapêuticos altamente incorporados no processo de trabalho (CAMPOS, 2003 apud PASCHE & HENNINGTON, 2006).

A Promoção da Saúde surge nesta conjuntura apresentando críticas ao modelo biomédico e proposições para a reorientação dos modelos de atenção à saúde, buscando intervir sobre os determinantes da saúde e basear suas ações de acordo com as premissas da intersetorialidade (PASCHE & HENNINGTON, 2006).

Teixeira considera que *o processo de mudança do modelo de atenção na perspectiva da integralidade do cuidado exige a ‘introdução de inovações nas dimensões gerenciais, organizativas e técnico-assistenciais das práticas de saúde’, inovações essas que podem incidir tanto no conteúdo das práticas, de modo a direcioná-las para a solução dos problemas e atendimento das necessidades e demandas da população, quanto na forma de organização do processo de trabalho nas unidades de prestação de serviços nos diversos níveis de complexidade (básica, média e alta) e também na forma de organização das unidades em redes assistenciais que contemplem princípios de economia de escala na distribuição territorial dos recursos e, ao mesmo tempo busquem o ajuste possível entre o perfil de oferta de ações e serviços e as necessidades e demandas da população* (TEIXEIRA, 2003 apud TEIXEIRA, 2006, p. 100).

Outra prática que se opõe ao modelo hegemônico da medicina tecnológica é a “atenção gerenciada”, que indica a necessidade de um “gerenciamento do cuidado em saúde” capaz de possibilitar um equacionamento entre racionalização dos custos da produção dos atos de saúde e qualidade dos serviços prestados. A “atenção gerenciada” aposta na produção de tecnologias no campo da gestão de processos de trabalho em saúde, trazendo uma nova forma tecnológica de constituir o próprio ato de cuidar e o modo de operar a sua gestão, tanto no interior dos processos produtivos em saúde, quanto no campo de organização do próprio sistema (MERHY, 2002).

Nesse contexto, o “gerenciamento do cuidado” está relacionado a uma racionalidade instrumental, própria dos modelos de gestão organizacional e dos processos de trabalho em saúde, como lugar de uma transição tecnológica para um novo patamar produtivo. Essa transição tecnológica imprimida pela “atenção gerenciada” preconiza a constituição de quatro atores sociais que viabilizarão a construção de um novo modelo de produção do cuidado: os

captadores de recursos e administradores, os financiadores, os provedores e os consumidores (MERHY, 2002).

Na opinião de Merhy, vários militantes do movimento de reforma sanitária vêm procurando equacionar a construção de modelos de atenção à saúde, ao nível dos estabelecimentos e das redes de serviços, no terreno da gestão organizacional e do trabalho, mostrando que, para superar o modelo médico hegemônico neoliberal, devem constituir-se organizações de saúde gerenciadas de modo mais coletivo, além de processos de trabalho cada vez mais partilhados, buscando um ordenamento organizacional coerente com uma lógica usuário-centrada, que permita construir cotidianamente vínculos e compromissos estreitos entre os trabalhadores e os usuários nas formatações das intervenções tecnológicas em saúde, conforme suas necessidades individuais e coletivas (MERHY, 2002, p. 39).

O autor discute, ainda, que o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato e não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas configuram-se em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontros de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados, comportando um grau de liberdade significativo na escolha do modo de fazer essa produção (MERHY, 2002, p. 48 e 49).

Considerando que as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde podem ser classificadas como: leve (relações como vínculo e acolhimento), leve-duras (saberes que operam no processo de trabalho em saúde), e duras (equipamentos tecnológicos) (MERHY, 2002), a forma como elas se configuram nas práticas adotadas pelo processo de trabalho em saúde permite o conhecimento dos modos de produção do cuidado, assim como os distintos modelos technoassistenciais em saúde. Dessa forma, a prática da promoção da saúde nos serviços exige a incorporação de tecnologias leves ao processo de trabalho, a partir do estabelecimento de vínculo, acolhimento e autonomização, que ocorre por meio do encontro do trabalho vivo em ato com o usuário.

4.5. Modelos de atenção à saúde e a interface com o setor de saúde suplementar

A assistência no setor suplementar de saúde baseia-se no atendimento a partir da demanda espontânea, suscitada pela presença de sintomas ou doenças, e na concentração crescente de consultas médicas especializadas, exames diagnósticos, terapias, internações e cirurgias que nem sempre se traduzem em maior resolutividade e recuperação da saúde das pessoas. Em contrapartida, as práticas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças ainda são utilizadas de forma acessória ou são totalmente desconsideradas, contribuindo para a baixa efetividade dos serviços prestados (BRASIL, 2005).

Cabe destacar a peculiaridade da assistência privada à saúde, uma vez que a discussão em torno de uma atenção integral deve ser aplicada dentro da cobertura contratada e das possibilidades de plano, ou seja, ambulatorial ou hospitalar (com ou sem obstetrícia), além de planos exclusivamente odontológicos.

Propostas e alternativas de modelos de atenção à saúde devem incorporar novas formas de organização da atenção. A produção em saúde deve operar tecnologias de trabalho voltadas à construção de uma atenção mais cuidadora e para a constituição de serviços de saúde centrados nas necessidades dos beneficiários. Na opinião de Coleman et al (2008), a Agência Nacional de Saúde Suplementar busca a reversão do modelo vigente no setor de saúde suplementar, pautado pelos princípios de acesso necessário e facilitado, atendimento qualificado, integral e resolutivo.

Incentivar ações de promoção da saúde e prevenção de doenças no sistema privado de assistência à saúde é competência da ANS, uma vez que, de acordo com a Lei nº 9.961/00, esta 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).

A Lei anteriormente citada estabelece, ainda, em seu artigo 4º, que uma das competências da ANS é “fixar as normas para a constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de planos de saúde, incluindo os conteúdos e modelos assistenciais”.

Dessa forma, a ANS adotou a Política de Qualificação da Saúde Suplementar, que conta com mecanismos de regulação indutores da mudança do modelo de atenção no setor, como o programa de qualificação da saúde suplementar, a regulação sobre a incorporação tecnológica e o programa de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças. Nessa perspectiva, considera-se que o setor de saúde suplementar deve produzir ações de saúde nos territórios da promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos indivíduos, com o estabelecimento de vínculo entre profissional de saúde e beneficiários e, principalmente, responsabilização das operadoras pela gestão da saúde de seus beneficiários (ANS, 2007a).

4.6. Estratégias da Agência Nacional de Saúde Suplementar em prol da promoção da saúde e prevenção de doenças

A primeira iniciativa da ANS no sentido de estimular que as operadoras implantassem ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças para seus beneficiários foi a publicação da Resolução Normativa (RN) nº 94, de 23 de março de 2005. Essa Resolução estabeleceu os critérios referentes à prorrogação dos prazos para a integralização de uma garantia financeira exigida pela Agência, favorecendo as operadoras que desenvolvessem programas de promoção da saúde e prevenção de riscos doenças. Com isso, a Instrução Normativa (IN) nº 10 da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO/ANS) estabeleceu os procedimentos de apresentação e critérios para a avaliação dos programas propostos (ANS, 2005a; ANS, 2005b; ANS, 2007a; JORGE et al, 2008).

A partir da iniciativa em questão, 215 operadoras de planos privados de assistência à saúde enviaram um total de 596 programas. Dessas, 133 operadoras e, conseqüentemente, 420 programas foram aprovados. Em 2007, foi realizado o monitoramento e avaliação dos programas, de acordo com os critérios estabelecidos na Instrução Normativa nº 14 da DIPRO (ANS, 2007a; ANS, 2007b; JORGE et al, 2008).

Entre os programas avaliados, os principais problemas encontrados foram: a baixa abrangência e cobertura, com pequeno número de usuários aderidos; baixa consistência técnica dos programas, baseados em ações sem evidência de eficácia; ausência de monitoramento e avaliação das ações implementadas; e ausência de ações que garantissem a sustentabilidade das ações (ANS, 2007a; JORGE et al, 2008).

Outra importante estratégia de indução foi a publicação de duas edições do Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar. A primeira edição, publicada em 2006, abordou as principais ações relativas à promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças direcionadas por áreas de atenção à saúde (saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do adulto/idoso, saúde da mulher, saúde bucal e saúde mental) (ANS, 2006).

A publicação da 2ª edição, revisada e atualizada em 2007, enfocou a prevenção e o controle dos fatores de risco como uma abordagem de suma relevância, independente da área de atenção à saúde na qual a operadora estrutura seus programas. Além disso, a área de atenção à saúde do trabalhador foi acrescentada. A importância da avaliação dos programas também recebeu destaque nesta edição, tendo em vista que a avaliação é uma ferramenta de planejamento que viabiliza a tomada de decisões e a definição das estratégias de intervenção (ANS, 2007a).

O principal objetivo dessa estratégia foi estimular a mudança do modelo de atenção à saúde vigente na saúde suplementar através de um suporte teórico e técnico, com base em evidências científicas, para que as operadoras orientassem a organização e o planejamento dos programas (ANS, 2007a).

A ANS realizou, ainda, quatro Seminários Nacionais de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças na Saúde Suplementar, no período de 2004 a 2007, a fim de introduzir essa temática no setor e discutir a importância da realização de ações de promoção e prevenção junto às operadoras de planos de saúde.

A fim de traçar o perfil dos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças desenvolvidos no setor de saúde suplementar, foi realizada uma pesquisa com todas as operadoras de planos de saúde do país, através de um Requerimento de Informações enviado pela ANS. Esse trabalho teve como objetivos: (1) conhecer o número de operadoras de planos de saúde que desenvolvem programas de promoção e prevenção; (2) identificar as estratégias adotadas pelas operadoras, considerando a singularidade e a diversidade das regiões do país e os mecanismos de planejamento e gestão utilizados pelas operadoras; (3) conhecer as áreas de atenção abrangidas pelos programas; (4) identificar o número de usuários beneficiados pelos

programas; e (5) subsidiar a ANS no planejamento de novos mecanismos de indução à adoção de programas por parte das operadoras (ANS, 2008a).

O Requerimento foi enviado para 1842 operadoras e respondido por 1351 (73,3%), as quais concentram cerca de 96,0% dos beneficiários de planos de saúde. Dentre as operadoras que responderam o questionário, 641 (47,5%) declararam a realização de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças. As áreas de atenção mais abordadas pelas operadoras foram: saúde do adulto e idoso (73,8%), saúde da mulher (49,6%) e saúde da criança (30,9%), seguidas da saúde bucal (24,6%), saúde do adolescente (20,9 %) e saúde mental (13,1%) (ANS, 2008a).

Os autores Santos, Malta e Merhy (2008), ao analisarem os principais resultados alcançados pela regulação do setor de saúde suplementar, apontam os impactos positivos trazidos pelo projeto de promoção da saúde e prevenção de doenças para a regulação assistencial. Os autores reconhecem que, embora esta prática ainda não tenha conseguido se estabelecer como uma das principais ações dentro do modelo de atenção das empresas, o tema foi incorporado na prática discursiva e de *marketing* de diversas operadoras, que inseriram, inclusive, o lema do cuidado à saúde e da responsabilidade com a saúde dos beneficiários, prática antes inexistente no setor.

O desenvolvimento de ações de promoção e prevenção é de suma importância no setor de saúde suplementar. Nesse sentido, torna-se relevante o estabelecimento de novas estratégias para incentivar tanto a adoção de programas quanto a qualificação dos já existentes, assim como avaliar o impacto destas ações sobre a saúde dos beneficiários e sobre os custos e despesas com assistência à saúde.

4.7. Avaliação de programas

Avaliação significa um julgamento sobre uma intervenção com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997 apud SILVA, 2005), sendo considerada uma importante ferramenta para verificar a eficácia das ações estabelecidas e subsidiar o processo de planejamento.

A OMS (2000) conceitua a avaliação como um processo de determinação, sistemática e objetiva, da relevância, efetividade, eficiência e impacto de atividades fundamentadas em seus objetivos, sendo de suma importância para o planejamento, programação e tomada de decisão.

Furtado (2006) estabelece os sete passos a serem dados na condução de um processo avaliativo:

1. **Identificar os grupos de interesse:** os grupos de interesse incluem a equipe do programa ou serviço, indivíduos, instituições parceiras etc.
2. **Definir os propósitos da avaliação:** é importante definir as principais motivações que levaram ao desenvolvimento da avaliação.
3. **Descrever o programa:** os aspectos centrais do programa devem ser descritos, assim como os problemas enfrentados, a população-alvo, as atividades executadas etc.
4. **Definir as questões da avaliação:** devem ser definidas as perguntas que merecem atenção no processo avaliativo, considerando a pertinência, a capacidade de levantar informações importantes, os recursos e o tempo.
5. **Coleta e análise dos dados:** uma vez definidas as questões da avaliação, deve-se decidir quais informações são necessárias para respondê-las, além de como e onde essas informações serão obtidas.
6. **Comunicação dos resultados:** é resultante de todo o processo desenvolvido. O relatório deve conter os propósitos da avaliação, as perguntas definidas, os indicadores estabelecidos e a análise dos dados.
7. **Utilização dos resultados:** as informações devem ser úteis e críveis, de tal forma que os resultados sejam reconhecidos como subsídios para a tomada de decisões.

De acordo com Navarro (1992), um programa é um conjunto de atividades dirigidas para atingir certos objetivos, com dados recursos e dentro de um período de tempo específico. Para Shortell & Richardson (1978), citados por Novaes (2000), os programas podem estar relacionados tanto à implantação de formas de atenção para populações específicas (atenção domiciliar para idosos, por exemplo) e que envolvem instituições, serviços e profissionais diversos, como podem envolver as atividades desenvolvidas em serviços de saúde, que têm a finalidade de prestar um determinado tipo de atendimento a uma clientela específica.

A avaliação de programas envolve dois tipos de atividades: a produção de informações, referentes ao andamento dos programas e seus produtos, e o estabelecimento de um juízo de valor a respeito do mesmo (NAVARRO, 1992). Além disso, esse tipo de avaliação como foco de análise os programas, como processos complexos de organização de práticas voltadas para objetivos específicos (NOVAES, 2000).

A seleção dos atributos é importante na definição do foco da avaliação e podem estar agrupados de acordo com as seguintes características (SILVA, 2005):

- relacionados com a disponibilidade e distribuição social dos recursos (cobertura, acessibilidade e equidade);
- relacionados com o efeito das ações e práticas de saúde implementadas (eficácia, efetividade e impacto);
- relacionados com os custos e produtividade das ações (eficiência);
- relacionados com a adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente (qualidade técnico-científica);
- relacionados com a adequação das ações aos objetivos e problemas de saúde (direcionalidade e consistência – análise estratégica);
- relacionados com o processo de implantação das ações (avaliação do grau de implantação e/ou avaliação de processo, análise da implantação); e
- características relacionais entre os agentes das ações (usuário x profissional - percepção dos usuários sobre as práticas, satisfação dos usuários, aceitabilidade, acolhimento; profissional x profissional – relações de trabalho e no trabalho; e gestor x profissional – relações sindicais e de gestão).

No que tange à avaliação em promoção da saúde, algumas das dificuldades encontradas são decidir qual valor será atribuído à saúde e como quantificar os resultados, até porque o próprio conceito de saúde tende a ser relativo e subjetivo. Com isso, as avaliações tendem a se concentrar somente em resultados mais facilmente quantificados, como morbidade e mortalidade, bem como podem utilizar ferramentas inapropriadas, gerando resultados não confiáveis (COOMBES & THOROGOOD, 2000).

Tendo em vista os problemas evidenciados e o fato de que cada tipo de atividade em promoção da saúde demanda uma diferente forma de avaliar, não há somente um método para a avaliação nessa área. Para demonstrar a relação entre uma intervenção em promoção da saúde e um determinado resultado, são necessários métodos rigorosos de avaliação que deem sustentabilidade às conclusões evidenciadas. Portanto, um dos desafios enfrentados é o desenvolvimento de métodos utilizáveis, significativos e apropriados para avaliação em promoção da saúde (COOMBES & THOROGOOD, 2000).

No que tange às possíveis abordagens metodológicas, tanto o método quantitativo quanto o qualitativo são necessários para as avaliações em promoção da saúde. Uma abordagem não é superior a outra, tendo em vista que ambas são baseadas em diferentes epistemologias. O método quantitativo permite avaliar se há relação entre uma determinada intervenção e um resultado na saúde, demonstrando a magnitude da mudança no estado de saúde com precisão. Enquanto isso, o método qualitativo identifica a relação entre um resultado na saúde e os processos e contextos nos quais esse resultado ocorreu (COOMBES, 2000).

Utilizando o exemplo da doença cardiovascular, McKinlay (1993 apud COOMBES, 2000, p.32) sugere que *a promoção da saúde adota um enfoque 'downstream' quando as intervenções são voltadas para terapias medicamentosas e cirurgias. O enfoque 'midstream' seria relacionado às intervenções nos níveis de prevenção primária e secundária, voltadas para a cessação do tabagismo, o aumento da atividade física e outros fatores de risco comportamentais. Já a promoção da saúde 'upstream' teria enfoque sobre as intervenções voltadas para as comunidades e para as políticas macro-sociais. A abordagem quantitativa seria mais utilizada para avaliar atividades 'downstream', enquanto a metodologia qualitativa seria mais apropriada para a avaliação de atividades 'upstream'*. Para o autor, não há abordagem metodológica melhor nem pior, pois a questão central deve ser a adequação ao propósito da pesquisa.

Segundo Macdonald (1996 apud COOMBES, 2000), é necessário combinar as metodologias qualitativas e quantitativas para avaliar tanto indicadores intermediários, de processo, quanto indicadores de resultado, ou seja, de morbidade e mortalidade, pois irão contribuir para aumentar a validade e a confiabilidade dos resultados obtidos a partir das avaliações de programas e intervenções.

O “Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores: doenças crônicas não transmissíveis e Rede Carmen”, uma iniciativa da Organização Mundial da Saúde\ Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em parceria com o Ministério da Saúde do Brasil, constitui-se em um instrumento prático para a realização de avaliação de programas e recomenda sete passos para o planejamento e implantação de uma avaliação de programas ou intervenção, conforme disposto a seguir (BRASIL, 2007b).

1. Que decisões precisam ser tomadas e quem serão os tomadores de decisão?
2. Definir quem vai fazer a avaliação.
3. Definir que indicadores serão medidos.

Que tipo de inferência é requerida?

Dadas as respostas anteriores, que tipo de estudo é mais apropriado e factível?

4. Escrever o protocolo da avaliação.
5. Preparar os instrumentos de pesquisa, coleta e análise.
6. Elaborar o relatório final.
7. Disseminar os resultados e as recomendações da avaliação.

Além de recomendar os passos para a avaliação de programas, o Guia ressalta a importância de conhecer as características do programa para o planejamento da avaliação, a partir dos seus objetivos, metas, conteúdo, metodologia, instrumentos e atividades. O conhecimento do programa viabiliza a definição do desenho mais adequado de avaliação e orienta a construção dos indicadores.

Os responsáveis pela realização da avaliação podem ou não fazer parte do programa, podendo ser denominados avaliadores internos ou externos. As vantagens e desvantagens dos avaliadores internos e externos estão dispostas no Quadro 1 (BRASIL, 2007b).

Quadro 1 - Vantagens e desvantagens dos avaliadores internos e externos.

| Avaliadores Internos | |
|---|--|
| Vantagens | Desvantagens |
| <ul style="list-style-type: none"> - Conhece a organização, o programa e o funcionamento - Compreende e pode interpretar comportamentos pessoais - Conhecido da equipe, não representa ameaça - Tem maior chance de adotar as recomendações | <ul style="list-style-type: none"> - É mais difícil de ser objetivo - Pode evitar chegar a conclusões negativas - Tende a aceitar os pressupostos da organização - Geralmente, tem pouca disponibilidade de tempo - Pode faltar capacidade técnica e treinamento para avaliar |
| Avaliadores Externos | |
| Vantagens | Desvantagens |
| <ul style="list-style-type: none"> - Mais objetivo, não pessoalmente envolvido - Livre do viés da organização - Pode trazer novas perspectivas - Pode ter experiência em avaliação - Maior disponibilidade | <ul style="list-style-type: none"> - Pode não conhecer a organização, suas políticas, procedimentos e pessoal - Não vai acompanhar as recomendações dadas - Pode desconhecer a realidade local - Pode desconhecer as limitações à realização das recomendações |

Fonte: BRASIL, 2007b.

Instituído o programa, este precisa ser oferecido e acessível à população-alvo, além de ter adequada qualidade. Com isso, é necessário que a população aceite o programa e o utilize. Esta utilização resultará em uma dada cobertura da intervenção que, uma vez alcançada, produzirá um impacto (resultado populacional) sobre um comportamento ou sobre a saúde. Para que essas etapas sejam devidamente avaliadas, torna-se imprescindível a escolha de indicadores, o que dependerá das características do próprio programa ou intervenção (BRASIL, 2007b).

Para a realização da avaliação, são utilizados indicadores, que são medidas utilizadas para demonstrar uma mudança ou resultado de uma atividade, projeto ou programa. Um bom indicador deve ser (BRASIL, 2007b):

- Quantitativo: mensurável (percentagem, razão, número);
- Factual: ter o mesmo significado para diferentes pessoas;
- Válido: mede o que se propõe a medir;
- Confiável: pode ser checado; e
- Sensível: reflete as mudanças na situação.

Donabedian (1984) identifica três tipos de indicadores de avaliação: estrutura, processo e resultado. Indicadores de estrutura dizem respeito à área física, tecnologia apropriada, recursos humanos, medicamentos, acesso a normas de avaliação e manejo de pacientes, entre outros; e identificam as condições sob as quais o cuidado à saúde é oferecido aos usuários.

Os indicadores de processo indicam o que é realmente oferecido aos usuários no âmbito do cuidado, apontando o que os profissionais fazem, em termos de coleta de história, exame físico, exames complementares, tratamento e acompanhamento. Geralmente, esses indicadores são comparados a padrões previamente estabelecidos, como *guidelines*, protocolos e consensos. Enquanto isso, os indicadores de resultado indicam o quanto o usuário do serviço teve seu problema resolvido após certo período de tempo. A satisfação do paciente e do profissional também são dimensões do resultado (DONABEDIAN, 1984).

Os indicadores de processo são tão importantes quanto os de resultado, pois determinar como um programa atua e também os resultados na população são de suma relevância. Aliás, as avaliações de resultado não dispensam a coleta de indicadores de processo (oferta, utilização e cobertura) (BRASIL, 2007b).

O indicador específico a ser utilizado na avaliação depende das características do próprio programa. A população a que o programa se dirige gera indicadores de cobertura. A natureza do programa, os instrumentos, equipamentos e recursos humanos utilizados, o método de veiculação para a população-alvo, entre outros, fornecem elementos para a formulação de indicadores de oferta. Os registros sobre a implantação do programa são úteis

para a construção de indicadores de utilização e oferta. Os objetivos do programa, por sua vez, permitem construir indicadores de resultado (BRASIL, 2007b).

As avaliações de processo e resultados devem ter a finalidade de responder perguntas importantes a respeito da implantação e/ou do resultado alcançado sobre a saúde da população-alvo. Torna-se imprescindível definir claramente as decisões a serem tomadas, a fim de orientar o planejamento das etapas a serem cumpridas e viabilizar a efetiva tomada de decisão a partir dos resultados obtidos.

É de extrema relevância estimular a incorporação da avaliação e do monitoramento das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças como prática permanente nos serviços de saúde, assim como a adoção de metodologias apropriadas, a fim de viabilizar a tomada de decisões e a definição de estratégias de intervenção por parte dos gestores.

4.8. Avaliação de estratégias e programas de promoção e prevenção: resultados evidenciados em estudos científicos

Estudo realizado com uma operadora de plano de assistência privada à saúde no Brasil avaliou dois programas de prevenção de doenças, com o objetivo de verificar “se e como” a prática da medicina preventiva e da promoção da saúde auxilia as operadoras a minimizarem e controlarem seus custos (SILVEIRA, 2004).

Um dos programas foi desenvolvido para cuidar de clientes com doenças relacionadas a cardiopatias e diabetes, nos moldes de programas de gerenciamento de doenças desenvolvidos nos Estados Unidos e em outros países desenvolvidos. De acordo com informações da própria operadora, o programa em questão, ao longo de dois anos, reduziu o número de internações de sua população acompanhada na ordem de 50% e obteve uma redução no gasto anual total desse grupo de pacientes na ordem de 60%. No que se refere aos indicadores de desempenho do programa, em 2003, o controle da pressão arterial em hipertensos diabéticos atingiu 52% (SILVEIRA, 2004).

O outro programa desenvolvido pela empresa tinha o objetivo de identificar e controlar grupos de risco, estimulando o cuidado com a saúde. Diferentemente do primeiro programa citado, que trabalhava unicamente com clientes que já possuem patologia cardíaca

ou DM, este segundo programa buscava identificar, entre os clientes supostamente saudáveis, aqueles que apresentavam riscos de contrair essas doenças, promovendo a intervenção precoce e estimulando o cliente a ir ao médico antes do aparecimento da doença (SILVEIRA, 2004).

Era aplicado um questionário para identificar potenciais grupos de risco para patologia cardíaca ou diabetes entre os funcionários das empresas que contrataram a operadora de plano de saúde. A partir desse levantamento, a operadora fornecia à empresa contratante um mapa de prevalência de fatores de risco associados à ocorrência de doenças cardiovasculares: sedentarismo, tabagismo, obesidade, dislipidemia, HAS e DM. Além disso, os profissionais do programa entravam em contato com os entrevistados que apresentavam riscos, sugerindo que buscassem o acompanhamento profissional em uma rede especial credenciada da operadora para que um médico, cardiologista ou endocrinologista, elaborasse uma programação terapêutica (SILVEIRA, 2004).

Dados do estudo identificaram que o questionário havia sido aplicado para quarenta mil pessoas e, da população entrevistada, cerca de 14,0% era hipertensa e 40,0% não sabia dessa condição. Aproximadamente, 1,0% já sabia ser portador de DM, enquanto mais de 4,0% das pessoas entrevistadas foram identificadas como sendo de alto risco para serem diabéticas e, destas, 65,0% foram confirmadas como tal (SILVEIRA, 2004).

Nunes et al (2006) realizaram estudo, em São Paulo, com o objetivo de verificar os efeitos de um programa de condicionamento físico não-supervisionado e acompanhado via *internet*, por um período de seis meses, na pressão arterial e na composição corporal de 135 indivíduos normotensos e pré-hipertensos. No grupo de pré-hipertensos, o programa levou à queda significativa na pressão arterial sistólica e diastólica, no peso corporal e na circunferência da cintura. No grupo de normotensos, o condicionamento físico diminuiu a circunferência da cintura no sexto mês de programa.

A avaliação do programa “North Karelia Project”, que tem a finalidade de reduzir os percentuais de tabagismo, e é baseado na disseminação de informação para a população, na organização de serviços preventivos, na promoção de ambientes livres do tabaco e no treinamento de profissionais, identificou que estratégias populacionais voltadas para a prevenção de DCNT são efetivas na redução do tabagismo. Foram analisados os dados de

cinco inquéritos populacionais (em 1972, 1977, 1982, 1987 e 1992) e observou-se que o percentual de homens fumantes diminuiu de 52,0% para 32,0% durante os 20 anos, enquanto entre as mulheres, a proporção de fumantes aumentou de 10,0% para, aproximadamente, 20,0%. A prevalência de indivíduos que nunca fumaram começou a aumentar a partir do ano de 1977 (VARTIAINEN et al, 1998).

Estudo realizado por Araújo et al (2005) demonstrou o custo direto e indireto do tratamento ambulatorial e hospitalar da insuficiência cardíaca, no ano de 2002, no Hospital Universitário Antônio Pedro, Niterói. A população estudada contou com 70 pacientes, sendo 39 mulheres, e a idade média foi de 60,3 anos. Um total de 20 pacientes (28,5%) necessitou de internação ou reinternação no período estudado, totalizando 386 internações em enfermaria e 79 em unidade de tratamento intensivo. A estimativa de custo com essas internações foi de R\$ 84.706,70 (custo médio com internação de R\$ 4.033,62 por paciente internado/ano). Os custos com exames complementares alcançaram R\$ 39.009,50 (custo médio por paciente/ano de R\$ 557,28), enquanto o custo com consultas ambulatoriais foi de R\$ 6.048,00 (custo unitário, por consulta ambulatorial, de R\$ 14,40). As hospitalizações representaram 39,7% e a utilização de medicamentos 38,3% do custo direto. Quanto aos custos indiretos, o estudo apontou a perda de produtividade de R\$ 182.000,00, tendo em vista que 20 pacientes foram aposentados pela insuficiência cardíaca.

Uma pesquisa realizada na Austrália analisou o quanto a prevenção primária do DM tipo 2 era custo-efetiva comparada com outras possibilidades de utilização dos recursos da assistência à saúde. Os tipos de programas analisados foram cirurgia para obesidade mórbida, programa em grupo para mudanças comportamentais, campanha de mídia, aconselhamento sobre hábitos de vida saudáveis pelo médico generalista, e programas baseados na alimentação e nos hábitos de vida. Cada programa foi voltado a um grupo específico, entre indivíduos com obesidade, mulheres com diabetes gestacional prévia, homens com sobrepeso e a população geral. Os resultados demonstraram que o programa voltado para homens com sobrepeso e a campanha de mídia geraram economia dos recursos em saúde, além de favorecerem a redução da incidência do DM e o aumento da expectativa de vida. Os programas baseados na alimentação e nos hábitos de vida para grupos de alto risco apresentaram maior custo-efetividade em comparação com os outros programas (SEGAL et al, 1998).

Milman et al (2001) avaliaram 23 pacientes diabéticos tipo 2 portadores de lesões em membros inferiores, internados no Conjunto Hospitalar de Sorocaba, no período de abril a novembro de 1999, sendo 14 homens e 9 mulheres com idade entre 39 e 80 anos. Vale ressaltar que 11 pacientes (48%) eram tabagistas, 6 (26%) eram etilistas, 14 (61%) possuíam hipertensão arterial e 5 (22%) dislipidemias. A maior parte dos pacientes (n=8; 35%) apresentava lesões grau 4. Além disso, as lesões eram recidivantes em 39% dos casos. Evoluíram para amputação 65% dos pacientes (n=15), dentre as quais 30% eram de coxa. O tempo de internação variou de 3 a 61 dias (mediana de 14 dias). O custo das internações variou de R\$ 211,16 a R\$ 7.164,05 (mediana de R\$ 1.004,59).

Em uma revisão sistemática sobre avaliações econômicas na prevenção primária das doenças cardiovasculares, Schwappach et al (2007) identificaram haver poucos estudos que realizam avaliações econômicas de intervenções baseadas na promoção da saúde, quando comparadas com prevenção clínica.

Observa-se, dessa maneira, a importância da avaliação no campo da promoção e prevenção, tanto para medir o impacto na saúde da população quanto nos custos assistenciais, principalmente, pela lacuna evidenciada frente à pequena quantidade de estudos envolvendo o setor suplementar de saúde.

CAPÍTULO 5 – MÉTODOS

Nesse capítulo serão apresentados os métodos e materiais utilizados para a realização da presente pesquisa, centrada nos perfis de saúde e de utilização de serviços entre beneficiários de uma operadora de planos de saúde, inscritos e não inscritos no programa de promoção da saúde e prevenção de doenças cardiovasculares.

5.1. Desenho do estudo

O programa de uma operadora de plano de saúde da modalidade de autogestão que adotou a Estratégia de Saúde da Família (ESF), a Caixa de Assistência aos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI), foi avaliado no que se refere ao perfil de saúde dos beneficiários cadastrados no programa e à associação entre a realização de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças cardiovasculares e a utilização de serviços de saúde, além dos custos na atenção à saúde dos beneficiários.

De acordo com sua modalidade, as operadoras médico-hospitalares podem ser: administradora, autogestão, cooperativa médica, filantropia, seguradora especializada em saúde e medicina de grupo (ANS, 2008b). A autogestão é a modalidade de plano de assistência privada à saúde na qual a própria empresa ou organização administra o programa de assistência à saúde dos seus empregados e dependentes (ALMEIDA, 1998; DERENGOWSKI, 2004). São entidades que operam serviços de assistência à saúde destinados, exclusivamente, a empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim, ou, ainda, a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados (ANS, 2008b).

As operadoras de autogestão representavam 14,8% das operadoras ativas no mercado privado de planos de saúde e abrangiam cerca de 5 (cinco) milhões de beneficiários em todos o país, em setembro de 2008, segundo informações do Sistema de Informações de Beneficiários da ANS (ANS, 2008b). Uma das características dessa modalidade é não visar ao

lucro. Os serviços médicos podem ser próprios, de rede credenciada ou do sistema de livre escolha, através de reembolso (ALMEIDA, 1998; UNIDAS, 2005).

Segundo os resultados da Pesquisa Nacional Unidas 2003/2004, que contou com a participação de 227 planos de saúde de autogestão, a utilização de consultas médicas, exames e internações foi superior entre a população dos planos de aposentados e agregados em comparação com a utilização pelos usuários ativos, em virtude, principalmente, da faixa etária. O mesmo perfil foi identificado no que se refere aos gastos com serviços médico-hospitalares, pois também foram maiores nos planos de aposentados e agregados. Conforme demonstrado nos resultados da pesquisa, a faixa etária dos usuários desses planos justifica o volume maior de recursos financeiros com internações e serviços de *home care* (UNIDAS, 2005).

De acordo com a União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS), os investimentos em medicina preventiva aumentaram na estratégia de assistência à saúde dessa modalidade assistencial, pois os gestores têm constatado que as ações de promoção e prevenção estão diretamente relacionadas à redução dos gastos com tratamentos que podem ser evitados. Entre os fatores que influenciam essa direção estão o aumento da expectativa de vida e o crescente envelhecimento da população brasileira, que colaboram para o aparecimento de patologias crônicas. Dessa maneira, a autogestão tem a capacidade de planejar e implementar políticas visando a redução de gastos com assistência médica-hospitalar, promovendo, ao mesmo tempo, a qualidade de vida dos seus beneficiários (UNIDAS, 2005).

Optou-se pela realização do estudo em uma empresa de autogestão, tendo em vista ser maior a chance de permanência do beneficiário no plano por um longo período de tempo, o que permite acompanhar a evolução de um programa de promoção e prevenção.

Trata-se de um estudo de caso, de caráter descritivo, no qual foram consideradas as características da operadora de plano de saúde estudada, da ESF implantada e dos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças desenvolvidos, em Curitiba e Goiânia. Além disso, foram descritos o perfil demográfico dos indivíduos cadastrados e não cadastrados selecionados para a pesquisa e o perfil de saúde e de fatores de risco dos beneficiários cadastrados.

Segundo Hartz (1997, p.103), os “estudos de caso” são indicados quando se deseja examinar o conjunto de relações que existem entre diferentes variáveis necessárias para entender um fenômeno complexo, quando o investigador tem pouco controle sobre os acontecimentos ou quando trabalhamos sobre uma problemática contemporânea.

Quanto à validade interna, os estudos de caso são avaliados pela qualidade de articulação teórica na qual se apoia a pesquisa e pela adequação entre os modos de análise utilizados e o modelo teórico escolhido (YIN, 1984 apud HARTZ, 1997). No que se refere à validação externa, esse tipo de estudo tem o interesse de generalizar um quadro teórico ou modelo relacionado à compreensão de um determinado problema em diferentes situações, sem a pretensão de alcançar uma generalização estatística (HARTZ, 1997).

No que se refere ao universo de beneficiários, foram considerados os associados à CASSI de duas capitais, Curitiba e Goiânia, com idade maior ou igual a 30 anos. Posteriormente, foram constituídos dois grupos de beneficiários: os cadastrados na ESF e em programas de prevenção de doenças cardiovasculares até 31/12/2004, e os não cadastrados nos programas. Vale ressaltar que a escolha das capitais supracitadas deve-se ao fato de que foram as primeiras regionais da CASSI a adotarem a ESF, em 1999 e 2003, respectivamente.

Primeiramente, foram descritas as características gerais da operadora de plano de saúde em questão e dos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças desenvolvidos dentro da ESF. Além disso, realizou-se a descrição do perfil demográfico dos indivíduos selecionados para a pesquisa, além do perfil de saúde e dos fatores de risco para doenças cardiovasculares entre os beneficiários cadastrados.

Em seguida, foram realizadas três análises: a primeira consistiu na análise dos beneficiários cadastrados nos programas de promoção e prevenção de doenças cardiovasculares, a fim de verificar a evolução do perfil de saúde e dos fatores de risco para essas doenças, no período de 2004 a 2007, durante a realização das ações programáticas de promoção e prevenção; a segunda diz respeito à avaliação do perfil de utilização de serviços de saúde (consultas ambulatoriais, internações e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico) por esses beneficiários cadastrados, com os correspondentes custos na prestação da assistência à saúde, durante o período em questão; e a terceira análise teve o objetivo de comparar o perfil de utilização dos serviços mencionados anteriormente e os custos com esses serviços

entre beneficiários cadastrados e não cadastrados nos programas de promoção e prevenção de doenças cardiovasculares.

Os métodos utilizados em cada tipo de análise estão devidamente descritos a seguir. É importante frisar que todas as informações necessárias para descrição do programa e para a realização das análises foram fornecidas pela própria empresa de autogestão.

5.2. Análise dos dados

5.2.1. Análise descritiva dos dados

A primeira análise refere-se à descrição dos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças desenvolvidos pela operadora de plano de saúde, das características demográficas da amostra selecionada para análise e dos fatores de risco apresentados pelos beneficiários do plano de saúde.

A descrição dos programas consistiu no levantamento do histórico da implantação e das características organizacionais da ESF na CASSI. Para tanto, foi realizada análise de documentos e materiais cedidos pela empresa e relacionados à Estratégia em questão.

A análise do perfil de saúde somente foi possível entre os indivíduos cadastrados nos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, uma vez que, o prontuário eletrônico, implantado pela CASSI a partir de 2005, destina-se à inserção de informações relativas apenas a essa população específica, permitindo conhecer o perfil de consumo excessivo de álcool, dislipidemia, sedentarismo, tabagismo, obesidade, HAS e DM, que são fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (BRASIL, 2006a; WHO, 2007).

Aproveitando as informações contidas no prontuário eletrônico, em 2006, a empresa de plano de saúde começou a realizar a avaliação do risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares dos beneficiários cadastrados na ESF através do escore de risco de *Framingham* (ERF), que permite o cálculo do risco absoluto de eventos coronarianos (morte, IAM e angina de peito) acontecerem no indivíduo em 10 anos. Para estabelecer o percentual, são atribuídos pontos para idade, pressão arterial sistólica e diastólica, colesterol total, HDL-c,

tabagismo e presença ou não de DM. A classificação pode ser de alto (> 20% de chance de desenvolver doença arterial coronariana em 10 anos), médio (entre 10 – 20%) ou baixo risco (< 10%) (SBC, 2001; SBC, 2007).

5.2.2. Acompanhamento do perfil de saúde dos beneficiários cadastrados durante a realização do programa

A partir dos registros de perfil de saúde e fatores de risco de cada beneficiário cadastrado na ESF, em programas de prevenção de doenças cardiovasculares, foi possível avaliar os resultados obtidos no período de 2005 a 2007. O ano de 2004 não foi analisado porque o prontuário eletrônico, utilizado para a captação de tais informações, somente começou a ser implantado no ano seguinte.

As variáveis utilizadas nessa análise foram: IMC, pressão arterial sistólica e diastólica, colesterol total, HDL-c e glicemia de jejum. Primeiramente, essas variáveis foram analisadas em todos os beneficiários que possuíam registro desses resultados no prontuário eletrônico da CASSI, independente do perfil de saúde. Posteriormente, a análise considerou: IMC, colesterol total e HDL-c em obesos, PAS e PAD em hipertensos e glicemia de jejum em diabéticos, tendo sido adotados os seguintes parâmetros (BRASIL, 2006d; BRASIL, 2006e; BRASIL, 2006f; SBC, 2007):

Obesidade

IMC maior que 30 kg/m^2

HAS

Pressão arterial sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg

Pressão arterial diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg

DM

Glicemia de jejum acima de 126 mg/dL

Dislipidemia

Colesterol total – acima de 200 mg/dL

HDL-c – abaixo de 40 mg/dL em homens e de 50 mg/dL em mulheres

Dessa forma, os resultados obtidos por cada beneficiário foram avaliados, levando-se em consideração a primeira e a última aferição, no sentido de identificar resultados atribuíveis à participação no programa de promoção e prevenção, no que se refere aos perfis de sobrepeso, obesidade, HAS, DM e dislipidemia.

5.2.3. Perfil de utilização de serviços entre os beneficiários cadastrados nos programas

A presente análise contou com um estudo longitudinal, no qual os beneficiários cadastrados, até 31/12/2004, na ESF da CASSI de Curitiba e Goiânia, com idade maior ou igual a 30 anos, foram analisados no que se refere à utilização de serviços de saúde (consultas ambulatoriais, internações, exames e procedimentos clínicos e ambulatoriais) e os correspondentes custos na atenção à saúde, no período de 2004 a 2007.

A base de dados contou com as seguintes variáveis: sexo, data de nascimento, consultas, internações, exames e procedimentos clínicos e ambulatoriais realizados, além dos valores pagos por cada procedimento.

O Índice Geral de Preços Disponibilidade Interna (IGPDI) foi utilizado para fins de comparação dos custos com consultas ambulatoriais, internações, exames e procedimentos clínicos ambulatoriais entre os quatro anos de análise. Para tanto, foram considerados os valores médios anuais para 2004 e 2005, e os valores de dezembro para os anos de 2006 e 2007, sendo este ano utilizado como referência para a comparação (FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS, 2008).

5.2.3.1. Análise do perfil de utilização de consultas

No que concerne à análise da base de dados de consultas, foram selecionadas as consultas com clínico geral, cardiologista, endocrinologista e nutricionista. A escolha justifica-se por serem esses profissionais os mais envolvidos em programas de prevenção de doenças cardiovasculares. Além de nutricionista, não foram encontrados registros de outros profissionais de saúde não médicos na base de dados em questão.

5.2.3.2. Análise do perfil de utilização de exames e procedimentos selecionados

A fim de verificar o perfil de utilização de exames e procedimentos selecionados, foram considerados os exames listados na Programação Pactuada Integrada (PPI), do Ministério da Saúde, no que se refere aos programas voltados para a Saúde do Adulto e Idoso, com foco em HAS e DM (BRASIL, 2006g), assim como os procedimentos clínicos ambulatoriais, subitem “monitorizações”, e procedimentos diagnósticos e terapêuticos constantes na Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) da Associação Médica Brasileira (AMB, 2005), conforme os itens listados abaixo.

PPI – exames

- Acido úrico
- Clearance de creatinina
- Colesterol HDL
- Colesterol LDL
- Colesterol total
- Creatinina
- ECG
- Glicose
- Hemoglobina glicosilada
- Hemograma
- Lipidograma completo
- Microalbuminúria

- Potássio
- Exame de urina (EAS)
- Triglicerídeos

CBHPM – procedimentos clínicos ambulatoriais

- Holter de 24 horas
- Monitorização ambulatorial da pressão arterial – MAPA (24 horas)
- Tilt teste

CBHPM – procedimentos diagnósticos e terapêuticos

- ECG (também indicado pela PPI)
- Ergoespirometria ou teste cardiopulmonar de exercício completo
- Teste ergométrico

5.2.3.3. Análise do perfil de utilização de internações por causas selecionadas

Para fins de análise das internações entre os beneficiários cadastrados, foram selecionadas causas de internação por doenças cardiovasculares e por doenças relacionadas ao alto risco de eventos coronários, além da realização de procedimento cirúrgico. As causas de internação selecionadas encontram-se descritas a seguir.

Causas de internação pela clínica médica ou cirúrgica

- Acidente vascular cerebral (AVC)
- Crise hipertensiva
- Diabetes Mellitus
- Hipertensão maligna
- Infarto agudo do miocárdio (IAM)
- Insuficiência cardíaca
- Insuficiência coronariana aguda
- Insuficiência renal crônica
- Revascularização do miocárdio

- Tratamento da obesidade e cirurgia de obesidade mórbida

A hipertensão arterial sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares, constituindo um dos principais agravos à saúde no Brasil. É também o principal fator de risco para complicações como IAM e AVC, estando presente em 50% a 80% dos casos desta doença (AMB/CFM, 2001; BRASIL, 2006e). Além disso, estima-se que 40% das vítimas de infarto do miocárdio apresentam hipertensão associada (BRASIL, 2001a).

A principal relevância da identificação e controle da HAS consiste na redução das suas complicações, tais como: doença cérebro-vascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca e doença renal crônica (AMB/CFM, 2002; BRASIL, 2006e), o que explica a eleição dessas doenças na análise.

A seleção das internações por DM justifica-se pelo fato de que o DM tipo 2 aumenta a ocorrência de complicações macrovasculares, como IAM e AVC, além das microvasculares (neuropatia, nefropatia e retinopatia) (AMB/CFM, 2006). Estudos científicos demonstram que a diminuição de 10 mmHg na PAS em diabéticos do tipo 2 reduz em 12% qualquer complicação relacionada ao diabetes, 11% de infarto de miocárdio e 13% das complicações microvasculares (AMB/CFM, 2004).

Cabe ressaltar que, por motivos de registro, não foi possível utilizar a Classificação Internacional de Doenças (CID) para a seleção das causas de internação, o que levou à opção de selecionar as causas descritas na base de dados, fornecida pela operadora de plano de saúde. Sabe-se que, dessa forma, alguns dados podem estar subestimados, tendo em vista que muitas internações para realização de procedimentos cirúrgicos podem ter sido motivadas por doenças cardiovasculares ou pelas demais doenças selecionadas, não identificadas na base pelo não preenchimento da CID.

Após a seleção das causas de internação para análise, observou-se que a internação de um mesmo beneficiário poderia aparecer em mais de um registro na base de dados, com valores de pagamento diferentes, devido às diferentes guias emitidas durante a internação, fato que dificultou a identificação do número de internações de cada beneficiário e do custo total de cada internação. Para tanto, os registros dos beneficiários e os correspondentes valores foram considerados como provenientes de uma única internação quando as datas de pagamento possuíam o intervalo de, no máximo, sete dias.

5.3.4. Perfil de utilização de serviços entre beneficiários cadastrados e beneficiários não cadastrados nos programas

Adicional e complementarmente, realizou-se a comparação da utilização de serviços de saúde (consultas ambulatoriais, internações, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico) e os correspondentes custos na atenção à saúde, no período de 2004 a 2007, entre os beneficiários cadastrados no programa e beneficiários não cadastrados, considerando os mesmos critérios de seleção definidos para a análise realizada somente com os indivíduos cadastrados.

Nesse tipo de análise, duas limitações podem ser identificadas. A primeira relaciona-se ao fato de que os programas de promoção e prevenção de doenças cardiovasculares podem ter maior contingente de indivíduos doentes, que se tornam prioridade como critério de seleção para entrada no programa. Essa limitação poderia ser resolvida caso o perfil de saúde dos indivíduos não cadastrados fosse conhecida, pois os grupos seriam selecionados de forma que a distribuição fosse a mais homogênea possível. No entanto, a operadora de plano de saúde não possui informações a respeito do perfil de saúde dos beneficiários não cadastrados, configurando a segunda limitação desta análise.

5.4. Indicadores

Os indicadores relacionados ao perfil de saúde da população cadastrada e os indicadores de atenção à saúde e econômico-financeiros que serão utilizados nas análises encontram-se dispostos a seguir.

5.4.1. Indicadores relacionados ao perfil de saúde da população cadastrada

- a. Proporção de beneficiários cadastrados com obesidade (IMC maior ou igual a 30,0 kg/m²) – N° de beneficiários cadastrados que apresentam obesidade em relação ao total de beneficiários cadastrados

- b. Proporção de beneficiários cadastrados com Diabetes Mellitus – N° de beneficiários com DM cadastrados em relação ao total de beneficiários cadastrados
- c. Proporção de beneficiários cadastrados com Hipertensão Arterial Sistêmica – N° de beneficiários com HAS cadastrados em relação ao total de beneficiários cadastrados
- d. Proporção de beneficiários cadastrados que não realizam atividade física – N° de beneficiários cadastrados que não realizam atividade física em relação ao total de beneficiários cadastrados
- e. Proporção de beneficiários cadastrados que apresentam dislipidemia – N° de beneficiários cadastrados que apresentam dislipidemia em relação ao total de beneficiários cadastrados
- f. Proporção de beneficiários cadastrados tabagistas – N° de beneficiários cadastrados que fumam em relação ao total de beneficiários cadastrados
- g. Proporção de beneficiários cadastrados que apresentam consumo elevado de bebidas alcólicas – N° de beneficiários cadastrados que apresentam consumo elevado de bebidas alcólicas em relação ao total de beneficiários cadastrados

5.4.2. Indicadores para análise da utilização de serviços entre beneficiários cadastrados e não cadastrados

Indicadores de atenção à saúde

- a. Utilização de consultas
 - Número total de consultas com clínico geral, cardiologista, endocrinologista e nutricionista, em relação ao número total de beneficiários cadastrados ou não cadastrados, no ano considerado

- Número total de consultas com clínico geral, cardiologista, endocrinologista e nutricionista, em relação ao número total de beneficiários cadastrados ou não cadastrados que realizaram as consultas em questão, no ano considerado
- b. Utilização de exames, procedimentos clínicos ambulatoriais e procedimentos diagnósticos e terapêuticos selecionados
- Número total de exames e procedimentos selecionados, em relação ao número total de beneficiários cadastrados ou não cadastrados, no ano considerado
 - Número total de exames e procedimentos selecionados , em relação ao número total de beneficiários cadastrados ou não cadastrados que realizaram os procedimentos em questão, no ano considerado
- c. Utilização de internações por causas selecionadas
- Número total de internações por causas selecionadas, em relação ao número total de beneficiários cadastrados ou não cadastrados que foram internados pelas causas selecionadas, no ano considerado
 - Número total de internações por causas selecionadas, em relação ao número total de beneficiários cadastrados ou não cadastrados que foram internados pelas causas selecionadas, no ano considerado

Indicadores econômico-financeiros

- a. Custo médio per capita com consultas – Valor médio gasto em consultas com clínico geral, cardiologista, endocrinologista e nutricionista por beneficiário no ano considerado.

- b. Custo médio per capita com exames, procedimentos clínicos ambulatoriais e procedimentos diagnósticos e terapêuticos selecionados - Valor médio gasto com exames e procedimentos clínicos ambulatoriais por beneficiário no ano considerado.
- c. Custo médio com internações por causas selecionadas - Valor médio gasto com internações por causas selecionadas no ano considerado.

5.5. Análise estatística

As análises dos dados têm caráter descritivo exploratório, centrando-se na caracterização dos beneficiários cadastrados, no período de 2004 a 2007, e na comparação dos grupos de beneficiários submetidos e não submetidos ao programa de promoção da saúde da operadora de planos de saúde, no mesmo período.

Foi utilizado o teste não paramétrico de Wilcoxon para a comparação das médias de variáveis numéricas, como as que discriminam a média do número de consultas, exames e internações, bem como os custos assistenciais.

Utilizou-se o pacote estatístico SAS[®].

CAPÍTULO 6 – RESULTADOS

6.1. Características da CASSI e do programa de promoção da saúde e prevenção de doenças

As informações a respeito da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil e dos seus programas de promoção da saúde e prevenção de doenças foram obtidas através do documento intitulado “Documento Diretor para Organização dos Serviços Próprios” (CASSI, 2001) e do *site* da empresa – www.cassi.com.br (CASSI, 2008).

6.1.1. Características da CASSI

A CASSI, cuja sede localiza-se em Brasília, é uma empresa de autogestão em saúde. Foi fundada em 27 de janeiro de 1944 por um grupo de funcionários com o objetivo de ressarcir as despesas de saúde dessa população. Atualmente, a CASSI possui onze Unidades Regionais e onze Unidades Estaduais, instaladas nas principais capitais do país. Além disso, os mais de 700 mil participantes estão divididos em dois planos: Plano de Associados e Cassi Família.

O Plano de Associados é destinado aos associados da CASSI e seus beneficiários, totalizando cerca de 400 mil vidas. Esse plano destaca-se pela grande abrangência de sua cobertura. Não exige carência e a adesão é feita automaticamente no ato da contratação do funcionário pelo Banco do Brasil. O Plano Cassi Família, por sua vez, foi criado em 1997 para atender os familiares dos beneficiários que não se enquadravam nos requisitos do Plano de Associados. Os requisitos para participação nos planos da CASSI encontram-se descritos a seguir.

Plano de Associados

- Cônjuge ou companheiro, incluídos os do mesmo sexo;
- Filhos até 24 anos de idade, incluídos os adotivos;
- Enteados até 24 anos de idade;

- Menor sob guarda em processo de adoção; e
- Filhos de pensionistas até 21 anos, desde que nascidos de gravidez iniciada antes do estado de viuvez.

Plano Cassi Família

- Parentes consanguíneos ou afins até o 3º grau de funcionários do Banco do Brasil – da ativa ou aposentados – ou de seus pensionistas;
- Ex-funcionários do Banco do Brasil e seus parentes consanguíneos ou afins até o 3º grau;
- Parentes consanguíneos ou afins até o 3º grau dos funcionários da CASSI da ativa ou aposentados – ou de seus pensionistas;
- Ex-cônjuges de funcionários do Banco do Brasil, pensionistas ou funcionários da CASSI (da ativa, aposentados e pensionistas);
- Menores sob guarda, em processo de adoção devidamente comprovado, de parentes consanguíneos ou afins, até terceiro grau, de funcionários, ex-funcionários, aposentados ou pensionistas do Banco do Brasil, funcionários, aposentados ou pensionistas da CASSI;
- Menores sob guarda de funcionários, ex-funcionários, aposentados ou pensionistas do Banco do Brasil, ou de funcionários, aposentados ou pensionistas da CASSI;
- Recém-nascido, filho de participante do CASSI Família (pai ou mãe), mesmo com vínculo de parentesco superior a 3º grau, desde que a inscrição ocorra até o 30º dia contado a partir do nascimento;
- Filho adotivo de participante (pai ou mãe) do CASSI Família, menor de 12 (doze) anos de idade, ainda que o vínculo de parentesco seja maior que 3º grau, desde que a inscrição ocorra até o 30º dia, contado a partir da data de homologação da adoção;
- Enteados de parentes, desde que não ultrapasse a linha de 3º grau; e
- Ex-funcionários da CASSI e seus dependentes inscritos no CASSI Família, exceto nos casos de demissão por justa causa.

6.1.2. Ações implantadas na CASSI na direção de um novo modelo assistencial

A implantação de um novo modelo assistencial iniciou-se a partir da Reforma Estatutária da empresa, em 1996, ano no qual a CASSI deixou de ser uma simples empresa pagadora de serviços e procedimentos médicos e começou a adotar ações para a prevenção de doenças.

A Reforma Estatutária baseou-se nos seguintes princípios: mudança do negócio (de intermediadora de serviços para administradora de saúde); ajuste do custeio (aumento da contribuição dos patrocinadores); abertura para o mercado (criação de novos planos de saúde e planos administrados); e mudança do modelo assistencial (atenção integral à saúde). Ademais, a CASSI assumiu a missão de "prestar assistência integral à saúde do participante com ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação, para a melhoria da qualidade de vida".

Tendo em vista a missão assumida, a entidade se propôs a reorganizar a assistência com foco na atenção primária e na coordenação do cuidado prestado pelos seus serviços próprios aos participantes. Com isso, várias Unidades de Atenção Integral à Saúde, denominadas CLINICASSI, foram inauguradas em várias regionais da empresa. Tais unidades potencializaram a utilização dos serviços próprios de saúde, focados no novo modelo assistencial.

Em 1998, foi lançado o novo programa assistencial, o Sempre Saúde CASSI. Nessa ação, uma equipe multidisciplinar visitava periodicamente a residência dos usuários, aplicando questionários a fim de conhecer o perfil epidemiológico e os hábitos de vida da família para, em conjunto, definirem medidas que contribuíssem para maior qualidade de vida e bem-estar.

Os programas de prevenção do tabagismo (Tabas) e de prevenção de acidentes (Pavas), foram implantados no ano 2000. Em 2002, a ESF foi ampliada e implantada em doze capitais brasileiras, e os módulos foram: Terezina, Rio Branco, Manaus, Salvador, Brasília, Goiânia, Cuiabá, Campo Grande, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Curitiba e Florianópolis.

O lançamento oficial da ESF ocorreu em Brasília, em setembro de 2003. Nessa oportunidade, a CASSI reafirmou a missão instituída desde a sua Reforma Estatutária. No

mesmo ano, a CASSI também lançou o Programa Plena Idade, que objetiva elevar o bem-estar da população idosa, com o desenvolvimento de ações voltadas para a promoção do envelhecimento saudável, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde e a reabilitação daqueles que venham a ter sua capacidade funcional restringida. No ano seguinte, mais dez módulos da ESF foram implantados, com novas estruturas e humanas.

A CASSI implantou a ESF em São Paulo, em 2005, estado onde existe o maior número de participantes, e consolidou o sistema baseado no modelo de atenção integral à saúde em todas as regiões do País. Foram inaugurados três módulos na capital paulista e três no interior (Ribeirão Preto, Santos e Campinas). Além disso, houve o lançamento do Programa Bem Viver, para as pessoas com deficiência, em parceria com a Associação dos Pais e Amigos das Pessoas Portadoras de Deficiência dos Funcionários do Banco do Brasil (APABB). Também foi lançado o Projeto Excelência no Relacionamento, que visa melhorar o atendimento prestado aos públicos externos e internos da CASSI.

Outra ação importante foi a implantação da Política de Referenciamento, que agrega prestadores de serviços aos princípios da ESF, a fim de que estes conheçam a rede e direcionem os participantes prioritários para os serviços, facilitando uma aproximação mais individualizada.

Ainda em 2005, a CASSI desenvolveu diversos projetos e ferramentas que contribuíram para melhorar a assistência aos beneficiários. O apoio tecnológico ganhou reforços com os projetos Back Office, que melhorou o gerenciamento da Instituição por meio do software SAP, que consolida numa única base de dados informações das áreas de finanças, tesouraria, controladoria, compras, contratações e serviços, planejamento e manutenção, gerenciamento de projetos e recursos humanos, permitindo que todas essas áreas se comuniquem e integrem seus processos gerenciais; e com a implantação do Sinergis, novo sistema de informações em saúde que desenvolveu os primeiros prontuários eletrônicos do país, sistema esse de suma relevância para o acompanhamento das informações assistenciais relacionadas aos beneficiários cadastrados na ESF.

Nesse sentido, segundo a documentação consultada, a CASSI busca pautar a assistência de acordo com as seguintes características:

- Atenção à saúde centrada na promoção da saúde, prevenção de doenças, cura e reabilitação;
- Resposta às necessidades de saúde, referidas ou não, de forma contínua e racionalizada;
- Ênfase na integralidade, regionalização e hierarquização da assistência;
- Usuários como sujeitos do processo saúde/doença, integrados ao ambiente familiar, de trabalho e social;
- Otimização e utilização adequada de serviços para o atendimento dos problemas de saúde;
- Conhecimento e poder distribuídos na equipe de saúde;
- Vínculo entre os profissionais e serviços com a comunidade;
- Relação custo benefício mais adequada;
- Estímulo à autonomia do indivíduo e ao autocuidado;
- Racionalização do uso de tecnologias, incorporando-as de forma crítica;
- Definição epidemiológica de problemas prioritários visando agir preventivamente.

Ainda, estabelece a CASSI que os serviços de saúde que adotam o Modelo de Atenção Integral à Saúde são orientados pelos princípios descritos a seguir:

- Acesso: Facilitar o acesso aos usuários, buscando a redução de barreiras burocráticas, culturais, geográficas e outras.
- Acolhimento: Tratar os beneficiários de forma humanizada. Discriminar os riscos, assim como as urgências e emergências, encaminhando os casos às opções de intervenção e tecnologias mais apropriadas a cada situação.
- Vínculo e responsabilização: Diz respeito à responsabilidade e ao compromisso que a equipe tem com cada usuário e os problemas que eles apresentam. É necessário o estabelecimento de relações claras e próximas com o usuário e sua família, visando transformar-se em referência nas suas questões de saúde, contribuindo para a construção da autonomia.
- Resolutividade: Colocar à disposição do usuário toda a tecnologia necessária para a realização da ação adequada a cada caso, abordando as dimensões individuais e coletivas do problema de saúde. A resolutividade pressupõe a busca da resolução dos

casos por um serviço de saúde, através das intervenções terapêuticas necessárias, percorrendo os vários níveis de assistência e garantindo a integralidade.

- **Autonomia:** Estimular a autonomia tanto dos profissionais de saúde, para que possam construir processos de trabalho mais efetivos e com maior satisfação, tanto dos beneficiários, através do estímulo ao autocuidado e do oferecimento de informações sobre os processos de saúde/doença, aumentando a consciência a respeito da sua saúde.

Tendo em vista a missão instituída pela empresa, as características definidas para a prestação da assistência e os princípios que orientam os serviços de saúde, a CASSI adotou a Estratégia de Saúde da Família nos seus serviços próprios, como eixo norteador da mudança para um Modelo de Atenção Integral à Saúde. Para tanto, a empresa forneceu subsídios técnicos para as unidades regionais a fim de viabilizar a implantação de novos serviços e a reestruturação dos existentes.

6.1.3. A Estratégia de Saúde da Família

De acordo com o Documento Diretor para Organização dos Serviços Próprios, o modelo de atenção integral à saúde, estruturado com base na ESF, deve buscar a ampliação da oferta organizada e atividades programáticas, considerando os principais agravos da população da área de abrangência. Tal enfoque preconiza que todo o contato dos usuários com o serviço deve ser considerado uma oportunidade de realizar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Além disso, o serviço deve se organizar de forma a ser a porta de entrada do serviço de saúde, oferecendo atenção primária à população da área de abrangência, capaz de resolver entre 85 e 90% dos problemas de saúde dos usuários, encaminhando os casos não resolvidos para os demais níveis de assistência.

Equipes de Saúde da Família

Os serviços oferecidos pelas unidades próprias da CASSI que adotaram a ESF são:

- Realização ativa de cadastro nas agências e nos domicílios, ou espontâneo nas unidades;
- Atenção primária por médico de família, para pacientes de todas as idades e sexos;
- Atendimento de psicologia, enfermagem, serviço social, nutrição e outros conforme o perfil epidemiológico da população cadastrada;
- Procedimentos ambulatoriais médico, cirúrgico e outros;
- Procedimentos de enfermagem;
- Ações de educação em saúde (individuais e coletivas);
- Formação de grupos de apoio;
- Visitas domiciliares e hospitalares de supervisão e acompanhamento;
- Visita domiciliar, programadas ou por demanda espontânea, com a finalidade de monitorar a situação de saúde da família;
- Vigilância em saúde;
- Realização do Exame Periódico de Saúde dos funcionários da CASSI e do Banco do Brasil cadastrados;
- Atendimento à demanda espontânea e programada;
- Realização de perícias médicas;
- Participação em reuniões comunitárias de usuários, promovendo e incentivando a participação destes em discussões relativas aos problemas de saúde e fatores de risco existentes, bem como as alternativas para a resolução destes problemas.

Dessa forma, cada Equipe de Saúde da Família é formada por: 1 médico da família, 1 auxiliar/ técnico de enfermagem, 1 nutricionista, 1 enfermeiro, 1 psicólogo e 1 assistente social, dependendo do porte da Unidade CASSI. Todos os profissionais contratados passam por uma fase de capacitação e treinamento no curso básico de saúde da família, realizado por monitores da CASSI. As competências da Equipe de Saúde da Família encontram-se descritas a seguir:

- Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas características sociais, demográficas e epidemiológicas;
- Identificar problemas de saúde prevalentes e situações de risco na população;
- Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada às demandas e necessidades da clientela adscrita;
- Ordenar a referência e a contra-referência, de forma adequada;
- Desenvolver trabalhos de educação em saúde, voltados para o autocuidado e para a melhoria da qualidade de vida dos usuários do serviço.

Cada equipe contratada diretamente pela CASSI tem sob sua responsabilidade uma população demarcada por um prévio cadastro, para a coordenação dos cuidados em saúde. O objetivo desse cadastro é identificar e conhecer melhor as condições de saúde dos participantes para que seja iniciado um vínculo mais duradouro entre os profissionais e os usuários. Além disso, o cadastro é um importante instrumento para subsidiar o planejamento das ações a serem desenvolvidas, podendo ocorrer de duas formas: cadastro ativo, através de visita domiciliar, nos locais de trabalho e no exame periódico de saúde; e cadastro espontâneo, na própria unidade, a partir da demanda subsequente à divulgação da estratégia assistencial.

Visando melhorar o impacto dos benefícios, principalmente no início da implantação da ESF, foram estabelecidas “populações prioritárias para cadastro”, sendo os indivíduos com 60 anos ou mais, os usuários do Programa de Assistência Domiciliar e os usuários considerados “maiores beneficiários”, ou seja, aqueles que mais utilizam os serviços fornecidos (consultas, exames, internações).

Definiu-se, também, uma “população prioritária para a coordenação dos cuidados”, composta pela população prioritária para cadastro acrescida dos usuários, portadores de algumas DCNT como: HAS, cardiopatias crônicas, doenças crônicas do sistema nervoso central, DM, HIV e nefropatias crônicas.

Além da “população prioritária para a coordenação dos cuidados”, os usuários também podem ser cadastrados na ESF através de demanda espontânea.

De acordo com os critérios utilizados para o cadastro, os indivíduos são inseridos nos programas desenvolvidos dentro da ESF. As características desses programas – Plena Idade, Viva Coração, Bem-Viver, Saúde Mental e Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – estão descritas no tópico a seguir.

Vale ressaltar que as unidades regionais estabelecem “contratos de gestão” com o nível central, nos quais são pactuados os compromissos e as metas que devem ser atingidas pelas Equipes de Saúde da Família.

6.1.4. Programas desenvolvidos dentro da ESF

Plena Idade

O Programa Plena Idade tem o objetivo de elevar a qualidade de vida da população idosa da CASSI, a partir da manutenção de sua capacidade funcional, pelo maior tempo possível. A elevação do bem-estar dessa população é buscada por meio de ações voltadas para o envelhecimento saudável, para a prevenção de doenças, a recuperação da saúde e a reabilitação daqueles que venham a ter sua capacidade funcional restringida.

Com o *Plena Idade*, a população idosa cadastrada na Estratégia Saúde da Família (ESF) tem, de forma planejada, o agendamento de consultas médicas e atendimento com equipe de saúde do Serviço Próprio da CASSI, composta de enfermeiro, psicólogo, assistente social e nutricionista, sempre que necessário. Além disso, o programa organiza atividades coletivas vivenciadas pelos Grupos de Vida Saudável, que têm por objetivo a educação em saúde com enfoque no autocuidado.

É importante ressaltar que todos os indivíduos com 60 anos ou mais formam a população alvo para cadastro na ESF, sendo inseridos no Programa Plena Idade.

Viva Coração

O Programa Viva Coração é direcionado às pessoas propensas a doenças cardiovasculares, o qual oferece acompanhamento personalizado pela Equipe Saúde da Família. Um dos enfoques do Programa é o incentivo à mudança de hábitos de vida, como alimentação saudável e prática de atividades físicas. Dessa forma, os participantes que apresentam risco cardiovascular – hipertensão, diabetes, dislipidemia, tabagismo, sedentarismo e obesidade – são acompanhados pela Equipe de Saúde da Família.

O *Viva Coração* busca acompanhar os participantes que apresentam risco cardiovascular e tem por objetivo contribuir para a qualidade de vida por meio de ações de prevenção de doenças, promoção da saúde, recuperação e reabilitação visando à saúde cardiovascular.

Programa Bem Viver

A CASSI desenvolveu o Programa Bem Viver para os participantes com deficiência e seus familiares, em uma ação conjunta com a Associação dos Pais, Amigos e Pessoas com Deficiência de Funcionários do Banco do Brasil e da Comunidade (APABB).

O *Bem Viver* tem o objetivo de promover o acesso da pessoa com deficiência e de seus familiares ao atendimento de suas necessidades de saúde, proporcionando ações de prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e reabilitação, na perspectiva de autonomia, inclusão social e melhoria da qualidade de vida.

O Programa oferece acompanhamento à saúde pela equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, psicólogo, auxiliar de enfermagem, nutricionista e assistente social), consultas, participação em atividades de grupo e acompanhamento familiar.

Saúde Mental

O Programa de Saúde Mental foi desenvolvido pela CASSI para assistir aos participantes que apresentam transtornos mentais e necessitam de cuidados especializados nessa área.

Destacam-se no programa o atendimento diferenciado e humanizado e as atividades em grupo, as quais são oferecidas informações sobre a saúde e a atenção aos familiares. Vale destacar, as visitas hospitalares e autorizações para psicoterapia, como forma de disponibilizar recursos conforme as necessidades dos participantes e os normativos institucionais.

Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO)

Através de convênios firmados ao longo dos anos, a CASSI tem assumido o papel de responsável pela execução de eventos e exames previstos no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) do Banco do Brasil aos funcionários da instituição, em todo o Brasil.

O PCMSO tem como objetivo o diagnóstico precoce de problemas de saúde que podem ou não estar vinculados ao trabalho exercido pelos funcionários da ativa, ao mesmo tempo em que preconiza o acompanhamento de afastados. O diagnóstico precoce ocorre através de avaliações clínicas e laboratoriais, divididas entre 5 (cinco) eventos: exame admissional; exame periódico; exame de retorno ao trabalho; exame de mudança de função; e exame demissional.

Além do quadro próprio de profissionais, participam médicos especializados provenientes da rede de prestadores e capacitados na metodologia especialmente desenvolvida e definida a partir das indicações do documento base preparado pelo médico coordenador do Banco. Nas localidades onde a CASSI possui estrutura de atendimento dentro dos padrões da Estratégia Saúde de Família, os funcionários da ativa do BB que são cadastrados realizam seus exames periódicos com o médico de família.

Para fins desse estudo, serão considerados os beneficiários cadastrados nos programas Viva Coração e Bem Viver, os quais possuem ações e atividades voltadas para a prevenção de doenças cardiovasculares em adultos e idosos.

6.1.5. Sistema de informação utilizado na ESF: prontuário eletrônico

A Estratégia Saúde da Família é a base para a adequação do sistema de saúde da CASSI, o que implica no atendimento longitudinal dos seus participantes, na coordenação dos seus cuidados em todos os níveis de atenção, bem como em um atendimento mais integral, fortemente reforçado por ações de prevenção e promoção da saúde.

Estabelecidos o processo de trabalho e as ferramentas para o desenvolvimento do modelo assistencial, fez-se necessário a construção de um sistema de informação que pudesse subsidiá-lo. Com isso, optou-se pelo Prontuário Eletrônico adequado à Atenção Primária à Saúde.

Essa adequação contou com duas importantes fases:

1) Formação de um núcleo que definiu a construção dos protocolos e as diretrizes do Centro de Promoção da Saúde. As principais diretrizes foram:

- Elaboração para os diferentes estratos da população, definido por um ciclo de vida e/ou gênero (criança, adulto homem ou mulher, idoso) ou risco à saúde (cardiovascular, disfunções de membros superiores, estresse relacionado ao trabalho e transtornos mentais).
- Levantamento, com base na epidemiologia e nas evidências científicas, dos principais exames e recomendações a serem realizados periodicamente.
- Definição de condutas e alertas sobre riscos.

2) Construção de Protocolos

Formação de grupos de trabalhos interdisciplinares, constituídos por profissionais que atuam diretamente na assistência. Os componentes dos grupos responsabilizaram-se pela elaboração do conjunto de procedimentos preventivos a serem realizados de acordo com as

diretrizes definidas. O ponto de corte para o encaminhamento a outros níveis de atenção foi estabelecido sempre que possível.

A partir do perfil epidemiológico da população atendida, foi priorizada a construção dos Centros de Promoção da Saúde para criança, adulto, idoso e para os principais riscos de saúde (cardiovascular, disfunções de membros superiores, estresse relacionado ao trabalho e transtornos mentais).

Em 2004, a CASSI iniciou o processo de levantamento de um sistema para informatização dos Serviços Próprios que finalizou em 2005 com a contratação da empresa Vínculo Médico e a aquisição da licença de uso do Sinergis com os seguintes módulos:

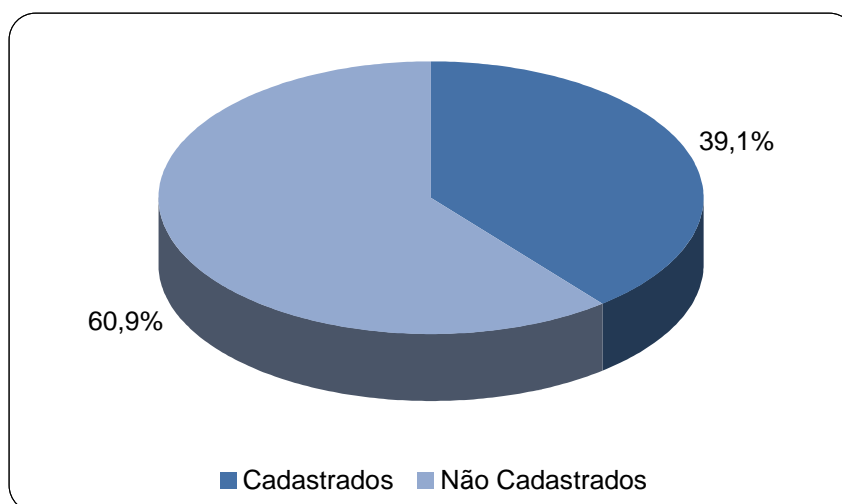
- **Módulo Central**, cujo eixo é o Prontuário Eletrônico para registro do atendimento em saúde da população assistida pelo Serviço Próprio. Esse módulo também incorpora uma Agenda Eletrônica que registra a produção dos eventos e atividades realizados no Serviço, o cadastro, que configura efetivamente o ingresso do indivíduo e da família na ESF, fornecendo dados importantes para a identificação de problemas de saúde, além dos relatórios de acompanhamento.
- **Módulo Gestão**, ferramenta gerencial que provê relatórios dinâmicos e indicadores de acompanhamento.

Para o funcionamento do Sinergis (prontuário eletrônico da CASSI), utiliza-se a plataforma Web. Assim, os consultórios são interligados em todo o país, propiciando o acesso aos dados registrados. O sistema também garante a integração entre todos os profissionais de saúde, facilitando o acompanhamento dos registros feitos por uma equipe interdisciplinar. Atualmente, 50% dos serviços implantaram o Sinergis e com o planejamento de 2009 chegar-se-á a 100%.

6.2. Análise descritiva da amostra de beneficiários selecionados

A partir dos critérios estabelecidos, foram selecionados 9966 beneficiários, com idade igual ou maior que 30 anos, do plano de saúde da CASSI de Curitiba (59,0%) e Goiânia (41,0%). Com isso, os beneficiários foram separados em dois grupos, de acordo com o cadastro nos programas Viva Coração e Plena Idade, que possuem ações destinadas à prevenção de doenças cardiovasculares e são realizados dentro da Estratégia de Saúde da Família da CASSI, sendo 3900 (39,1%) cadastrados e 6066 (60,9%) não cadastrados (Gráfico 1).

Gráfico 1- Distribuição percentual dos beneficiários selecionados para a pesquisa, de acordo com o cadastro ou não cadastro nos programas voltados para a prevenção de doenças cardiovasculares



No que tange aos beneficiários cadastrados, um total de 68,2% (n= 2658) são associados da CASSI de Curitiba e 31,8% (n= 1242), da CASSI de Goiânia. A maior parte dos não cadastrados é proveniente de Curitiba (53,0%) (Gráfico 2).

Quanto à distribuição dos beneficiários cadastrados de acordo com o sexo, os percentuais de indivíduos do sexo masculino foram de 44,3% (n= 1178) em Curitiba e 46,9% (n= 583) em Goiânia, enquanto entre as mulheres, esses percentuais foram de 55,7% (n= 1480) e 53,1% (n= 659), respectivamente. Entre os não cadastrados, os maiores percentuais

também foram de beneficiárias, tanto em Curitiba (57,6%) quanto em Goiânia (55,1%) (Gráfico 3).

Gráfico 2 – Distribuição percentual dos beneficiários, com idade igual ou maior que 30 anos, cadastrados e não cadastrados nos programas voltados para a prevenção de doenças cardiovasculares, de acordo com a unidade da CASSI

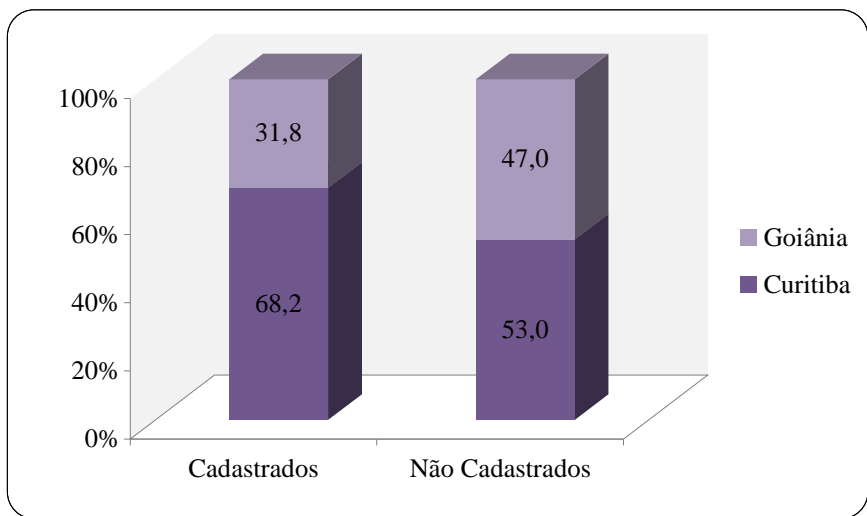
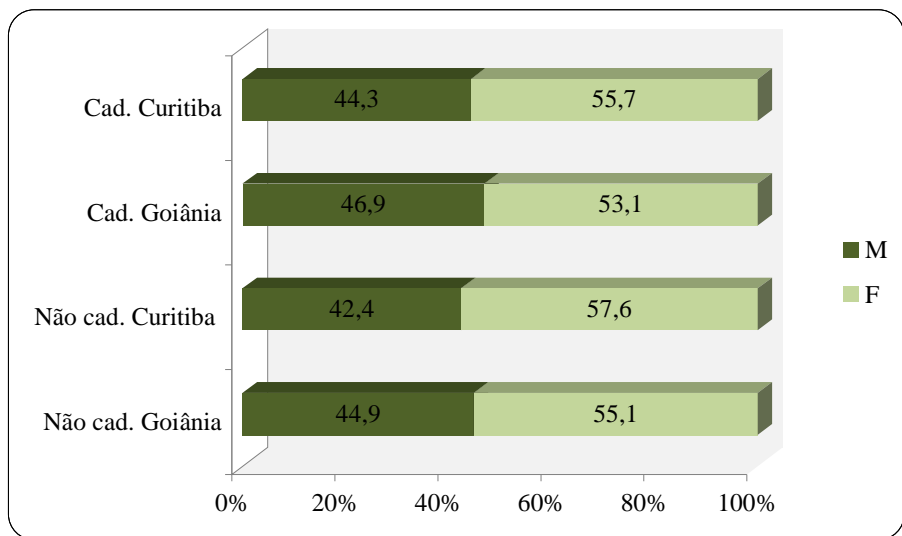


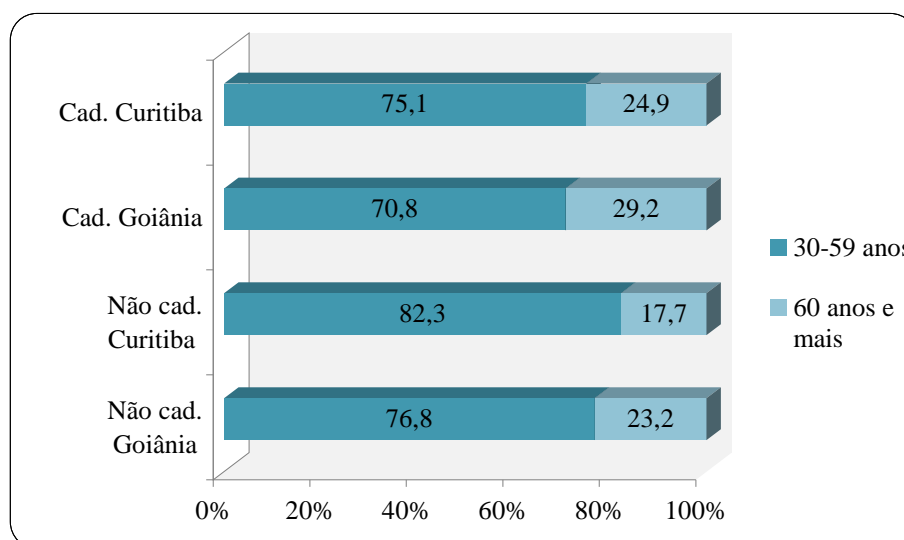
Gráfico 3 – Distribuição percentual dos beneficiários, com idade igual ou maior que 30 anos, cadastrados e não cadastrados nos programas voltados para a prevenção de doenças cardiovasculares, conforme o sexo e a unidade da CASSI



O gráfico 4 demonstra a distribuição dos beneficiários cadastrados e não cadastrados de acordo com a idade e a unidade da CASSI. Dentre os cadastrados de Curitiba, 75,1% (n= 1995) possuem idade entre 30 e 59 anos, enquanto 24,9% (n=663) possuem 60 anos ou mais. Em Goiânia, esses percentuais foram de 70,8% (n= 879) e 29,2% (n= 363), respectivamente.

Quanto aos não cadastrados, os percentuais de idosos foram menores em relação aos cadastrados, em ambas as unidades da CASSI, ou seja, 17,7% (n=569) em Curitiba e 23,2% (n=661) em Goiânia (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Distribuição percentual dos beneficiários cadastrados e não cadastrados nos programas voltados para a prevenção de doenças cardiovasculares, de acordo com a idade e a unidade da CASSI



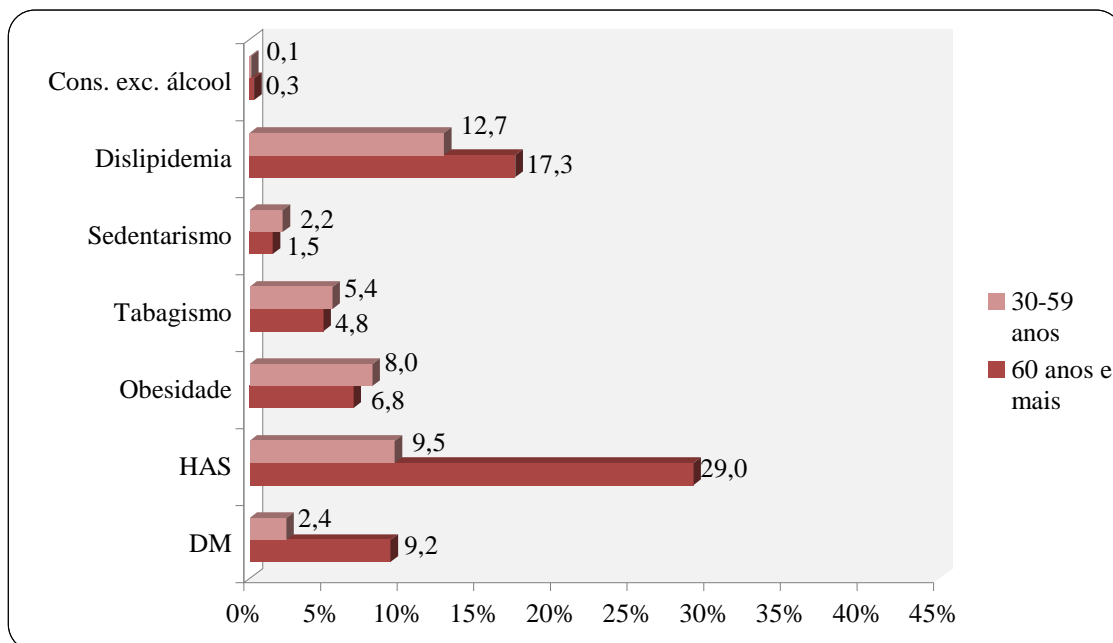
6.3. Análise descritiva do perfil de saúde dos beneficiários cadastrados nos programas voltados para a prevenção de doenças cardiovasculares

As informações sobre o perfil de saúde dos beneficiários cadastrados foram obtidas através dos registros no prontuário eletrônico da CASSI, que permite conhecer o perfil de fatores de risco para doenças cardiovasculares nessa população, ou seja, consumo excessivo de álcool, dislipidemia, sedentarismo, tabagismo, obesidade, HAS e DM (BRASIL, 2006a; WHO, 2007).

Ao analisar o perfil dos fatores de risco para doenças cardiovasculares na população de beneficiários cadastrados nos programas Viva Coração e Plena Idade, de acordo com a idade, verificou-se que, em Curitiba, os percentuais de HAS, dislipidemia e DM foram maiores e bem mais discrepantes entre os indivíduos com 60 anos ou mais, ou seja, 29,0%, 17,3% e 9,2%, respectivamente. Enquanto isso, os beneficiários com idade entre 30 e 59 anos apresentaram maiores percentuais de obesidade (8,0%), tabagismo (5,4%) e sedentarismo (2,2%) (Gráfico 5).

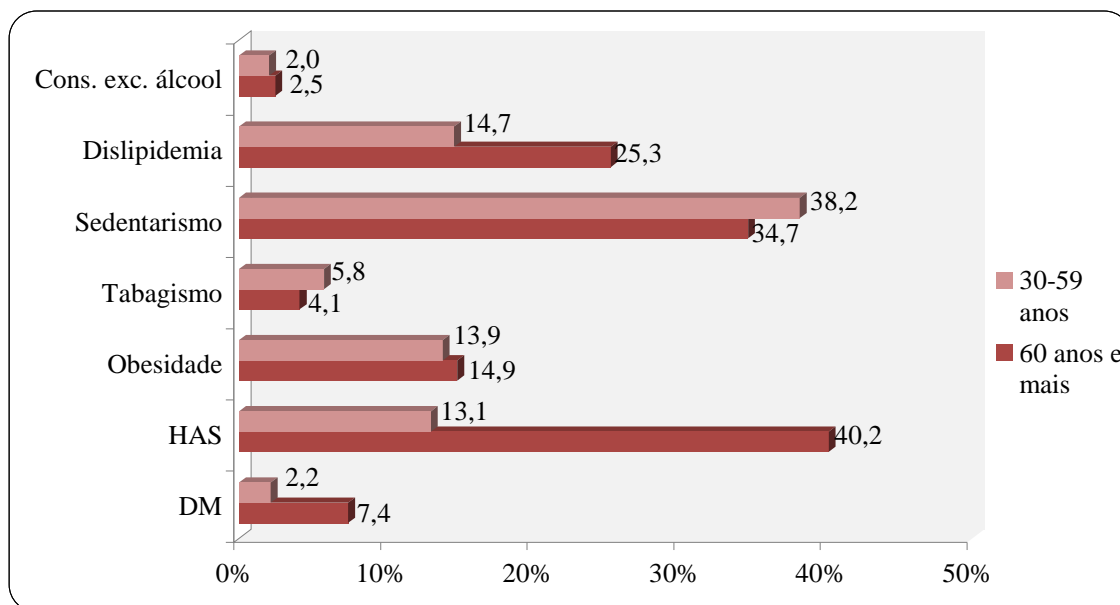
Assim como observado em Curitiba, em Goiânia, os percentuais de dislipidemia, HAS e DM foram maiores nos beneficiários com idade igual ou maior que 60 anos, sendo 25,3%, 40,2% e 7,4%. Também foram evidenciados maiores percentuais de sedentarismo (38,2%) e tabagismo (5,8%) entre os indivíduos com idade entre 30 e 59 anos, cadastrados nos programas dessa capital (Gráfico 6).

Gráfico 5 – Distribuição percentual dos fatores de risco para doenças cardiovasculares¹ entre os beneficiários cadastrados em programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, na CASSI de Curitiba, de acordo com a idade



¹ Segundo BRASIL, 2006a; WHO, 2007.

Gráfico 6 – Distribuição percentual dos fatores de risco para doenças cardiovasculares¹ entre os beneficiários cadastrados em programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, na CASSI de Goiânia, de acordo com a idade



¹ Segundo BRASIL, 2006a; WHO, 2007.

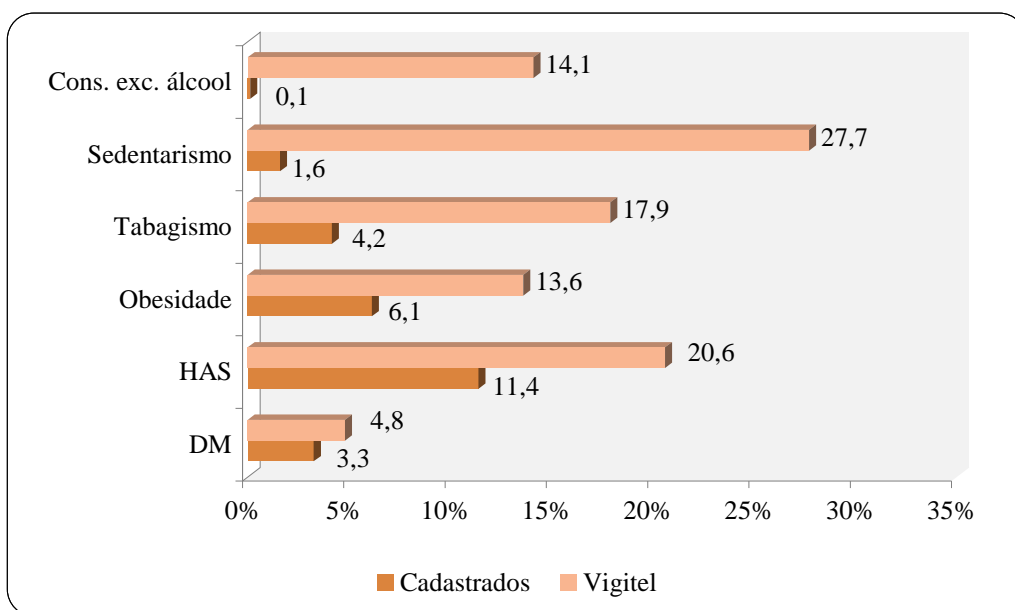
Os percentuais dos fatores de risco para doenças cardiovasculares dos beneficiários cadastrados nos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças de Curitiba e Goiânia foram comparados aos percentuais obtidos através da pesquisa Vigitel Brasil 2007 – Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico –, realizada pelo Ministério da Saúde, que apresenta as estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 Estados brasileiros e no Distrito Federal (BRASIL, 2008c).

Embora o Vigitel seja realizado na população com idade igual ou maior que 18 anos, achou-se pertinente realizar tal comparação, tendo em vista que, conforme a própria pesquisa, os percentuais dos fatores de risco aqui apresentados começam a aumentar na população, de forma importante, a partir de 35 ou 45 anos de idade, com exceção do tabagismo e do consumo excessivo de álcool, que apresentam distribuições percentuais diferentes de acordo com a faixa etária.

O gráfico 7 apresenta a comparação entre os percentuais dos fatores de risco dos beneficiários cadastrados nos programas de Curitiba, em relação aos resultados do Vigitel para esta capital. Percebe-se que os resultados são bastante discrepantes, principalmente, no que se refere aos percentuais de sedentarismo, de 27,7% na população de Curitiba e 1,6% nos beneficiários cadastrados. Os percentuais de DM foram os mais próximos, referentes a 3,3% na operadora de plano de saúde e a 4,8% na população de Curitiba que informou o diagnóstico prévio da doença (Gráfico 7).

Entre os cadastrados nos programas em Goiânia, o perfil dos fatores de risco para doenças cardiovasculares foi mais próximo dos resultados apresentados pelo Vigitel no que se refere aos percentuais de sedentarismo (30,8% e 26,2%, respectivamente), obesidade (11,7% e 10,9%, respectivamente), HAS (17,4% e 18,2%, respectivamente) e DM (3,1% e 3,7%, respectivamente) (Gráfico 8).

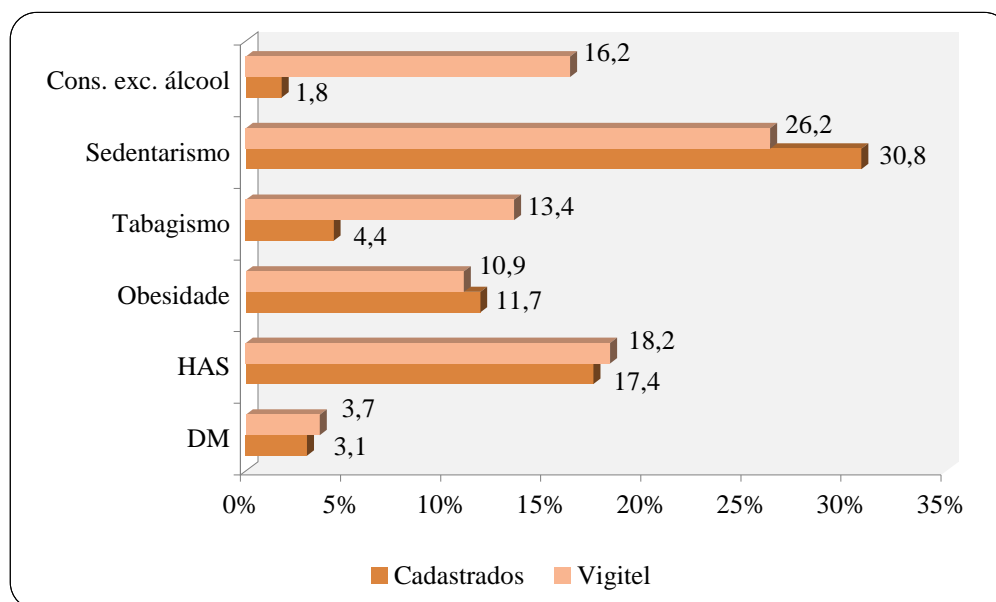
Gráfico 7 – Comparação entre os percentuais dos fatores de risco para doenças cardiovasculares¹ presentes nos beneficiários cadastrados em programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, em relação aos percentuais obtidos através do Vigitel², em Curitiba



¹ Segundo BRASIL, 2006a; WHO, 2007.

² Fonte: BRASIL, 2008c.

Gráfico 8 – Comparação entre os percentuais dos fatores de risco para doenças cardiovasculares¹ presentes nos beneficiários cadastrados em programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, em relação aos percentuais obtidos através do Vigitel², em Goiânia



¹ Segundo BRASIL, 2006a; WHO, 2007.

² Fonte: BRASIL, 2008c.

6.4. Associação entre o desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças cardiovasculares e o perfil de saúde dos beneficiários cadastrados

A tabela 1 apresenta o perfil de saúde dos beneficiários cadastrados nos programas para promoção da saúde e prevenção de doenças cardiovasculares, da CASSI de Curitiba e Goiânia, através dos resultados de IMC, colesterol total, HDL-c, pressão arterial sistólica, pressão arterial diastólica e glicemia de jejum. Vale ressaltar que, para traçar esse perfil, somente foram considerados os beneficiários cadastrados que possuem resultados de exames físicos e laboratoriais no prontuário eletrônico da CASSI.

As médias de todas as variáveis analisadas ficaram dentro dos parâmetros de normalidade preconizados (IMC equivalente a 25,8 kg/m²; colesterol total igual a 194,3 mg/dL; PAS igual a 117,7 mmHg; PAD igual a 76,1 mmHg; e glicemia de jejum de 93,0

mg/dL), com exceção do HDL-c (48,4 mg/dL), cuja recomendação é de 40,0 mg/dL para homens e 50,0 mg/dL para mulheres (SBC, 2007) (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil de saúde dos beneficiários cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, na CASSI de Curitiba e Goiânia – IMC, colesterol total, HDL-c, PAS, PAD e glicemia de jejum

| | Nº de benef. | Média | IC 95% |
|---------------------------|---------------------|--------------|---------------|
| IMC (kg/m ²) | 3733 | 25,8 | 25,6;25,9 |
| Colesterol Total (mg/dL) | 1807 | 194,3 | 192,5;196,0 |
| HDL-c (mg/dL) | 1976 | 48,4 | 47,7;49,0 |
| PAS (mmHg) | 4772 | 117,7 | 117,3;118,2 |
| PAD (mmHg) | 4579 | 76,1 | 75,8;76,5 |
| Glicemia de jejum (mg/dL) | 1971 | 93,0 | 92,0;94,0 |

Posteriormente, o primeiro e o último resultados dos exames físicos e laboratoriais de cada beneficiário foram comparados, a fim de verificar a evolução dessas variáveis ao longo da participação no programa de promoção da saúde e prevenção de doenças cardiovasculares. Nessa análise, foram considerados todos os beneficiários, independentemente do perfil de saúde, que possuíam, pelo menos, dois registros de resultados das variáveis em questão (Tabela 2).

Constatou-se o aumento médio de 0,1 kg/m² no IMC dos beneficiários cadastrados, no período de cerca de 6 meses (IC 95% entre 0 e 0,1). Tanto a pressão arterial sistólica quanto a diastólica apresentaram aumento (0,8 e 0,1, respectivamente), no tempo médio de 15,2 meses. O colesterol total e o HDL-c apresentaram redução entre as duas aferições, porém, tais resultados não foram significativos, tendo em vista que os intervalos de confiança englobaram o valor 0 (zero) (Tabela 2).

Tabela 2 – Análise do IMC, colesterol total, HDL-c, PAS, PAD e glicemia de jejum, no grupo de beneficiários cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, na CASSI de Curitiba e Goiânia, em dois períodos de análise

| | Nº de benef. | Diferença média entre as aferições | IC 95% | Tempo médio (meses) |
|---------------------------|---------------------|---|---------------|----------------------------|
| IMC (kg/m ²) | 3733 | 0,1 | 0,0;0,1 | 6,3 |
| Colesterol Total (mg/dL) | 338 | -0,4 | -4,2;3,5 | 11,4 |
| HDL-c (mg/dL) | 332 | -0,8 | -1,8;0,3 | 11,6 |
| PAS (mmHg) | 4772 | 0,8 | 0,4;1,2 | 15,2 |
| PAD (mmHg) | 4569 | 0,1 | -0,3;0,5 | 15,2 |
| Glicemia de jejum (mg/dL) | 1971 | 0,6 | -0,4;1,6 | 19,0 |

O perfil de saúde dos beneficiários cadastrados nos programas para promoção da saúde e prevenção de doenças cardiovasculares foi descrito novamente, contudo, foram considerados nessa análise: IMC, colesterol total e HDL-c em obesos; PAS e PAD em hipertensos; e glicemia de jejum em diabéticos (Tabela 3).

Entre os indivíduos obesos, o valor médio do IMC foi de 33,2 kg/m². O valor médio de colesterol total ficou dentro dos parâmetros de normalidade (197,5 mg/dL), enquanto a média do HDL-c foi menor do que o preconizado para mulheres (47,3 mg/dL) (Tabela 3).

O resultado de glicemia de jejum entre os diabéticos foi de 134,5 mg/dL, ou seja, fora do parâmetro de normalidade estabelecido. A pressão arterial sistólica e a pressão arterial diastólica entre os hipertensos ficaram dentro do limite preconizado (Tabela 3).

Tabela 3 – Perfil de saúde dos beneficiários cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, na CASSI de Curitiba e Goiânia – IMC, colesterol total e HDL-c em obesos; PAS e PAD em hipertensos; e glicemia de jejum em diabéticos

| | Nº de benef. | Média | IC 95% |
|---------------------------|---------------------|--------------|---------------|
| IMC (kg/m ²) | 654 | 33,2 | 32,9;33,5 |
| Colesterol Total (mg/dL) | 298 | 197,5 | 193,3;201,7 |
| HDL-c (mg/dL) | 296 | 47,3 | 45,5;49,0 |
| PAS (mmHg) | 526 | 128,6 | 127,2;130,0 |
| PAD (mmHg) | 499 | 82,5 | 81,4;83,5 |
| Glicemia de jejum (mg/dL) | 108 | 134,5 | 124,7;144,3 |

A fim de verificar os resultados alcançados através do cadastro nos programas de prevenção de doenças cardiovasculares, o primeiro e o último resultados dos exames de cada beneficiário foram comparados, levando em consideração os mesmos critérios mencionados anteriormente, ou seja, IMC, colesterol total e HDL-c entre os obesos; PAS e PAD em hipertensos; e glicemia de jejum em diabéticos (Tabela 4).

Observou-se que todas as variáveis apresentaram redução entre a primeira e a segunda aferições, o que somente não tem aspecto positivo quando se trata do HDL-c, pois objetiva-se o seu aumento. A redução no IMC foi significativa (-0,3). As demais reduções, obtidas no colesterol total, HDL-c, pressão arterial sistólica e diastólica e glicemia de jejum, não o foram porque os respectivos intervalos de confiança abarcaram o valor 0 (zero) (Tabela 4).

Tabela 4 – Análise do IMC, colesterol total e HDL-c entre os obesos, da PAS e PAD em hipertensos e da glicemia de jejum em diabéticos, pertencentes ao grupo de beneficiários cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, na CASSI de Curitiba e Goiânia, em dois períodos de análise

| | Nº de benef. | Diferença média entre as aferições | IC 95% | Tempo médio (meses) |
|---------------------------|---------------------|---|---------------|----------------------------|
| IMC (kg/m ²) | 654 | -0,3 | -0,4;-0,1 | 6,5 |
| Colesterol Total (mg/dL) | 298 | -0,3 | -2,4;1,8 | 2,8 |
| HDL-c (mg/dL) | 296 | -0,6 | -1,2;0,0 | 2,8 |
| PAS (mmHg) | 526 | -0,7 | -2,3;0,9 | 19,5 |
| PAD (mmHg) | 498 | -0,7 | -2,0;0,6 | 19,5 |
| Glicemia de jejum (mg/dL) | 108 | -0,4 | -7,4;6,6 | 30,2 |

Foram observadas reduções entre os beneficiários obesos no que tange ao IMC, quando comparados com todos os beneficiários cadastrados que possuem registros no prontuário eletrônico. O mesmo ocorreu com os resultados de pressão arterial sistólica e diastólica, cujas reduções foram evidenciadas apenas entre os hipertensos (Tabelas 2 e 4).

Apesar de o HDL-c ter reduzido tanto na primeira análise, realizada com todos os beneficiários com registro no prontuário, quanto entre os obesos, nesse grupo a redução foi menor. Entre os diabéticos, a diminuição da glicemia de jejum foi menor do que a constatada no grupo todo (Tabelas 2 e 4).

A despeito das reduções verificadas nos resultados dos exames físicos e laboratoriais em questão terem sido discretas, é possível constatar o potencial dos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças cardiovasculares na melhoria do perfil de saúde dos indivíduos cadastrados. Cabe frisar que o tempo médio entre as duas aferições foi curto, não permitindo vislumbrar maiores impactos no perfil de saúde.

6.5. Análise do perfil de utilização de serviços entre os beneficiários cadastrados nos programas

6.5.1. Análise da utilização de consultas

a) Curitiba

Apresenta-se, a seguir, a análise da utilização de consultas com clínico geral, cardiologista, endocrinologista e nutricionista em cada ano estudado, entre os cadastrados nos programas, em relação ao número total de beneficiários cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, com idade igual ou maior a 30 anos, no respectivo ano.

Em Curitiba, evidenciou-se que a utilização das consultas selecionadas para análise diminuiu no período de 2004 a 2007. Neste ano, a taxa de utilização entre os cadastrados foi equivalente a 0,68, enquanto naquele ano foi de 0,76 (Tabela 5).

Tabela 5 – Taxa de utilização de consultas com clínico geral, cardiologista, endocrinologista e nutricionista, entre os beneficiários cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, em Curitiba, segundo o ano

| Ano | Taxa de utilização de consultas |
|------------|--|
| 2004 | 0,76 |
| 2005 | 0,70 |
| 2006 | 0,72 |
| 2007 | 0,68 |

No que se refere ao número total de consultas com clínico geral, cardiologista, endocrinologista e nutricionista, o número médio de consultas por beneficiário e o custo médio, vale ressaltar que esses resultados dizem respeito somente aos beneficiários

cadastrados que realizaram consultas, portanto, não foram considerados aqueles que não realizaram nenhuma consulta.

A média do número de consultas por beneficiário que realizou alguma consulta, em Curitiba, diminuiu entre 2004 e 2007. Em 2006, mesmo com o aumento do número total de consultas, a média per capita foi menor em comparação ao ano anterior. No que diz respeito à análise do custo médio por beneficiário, ocorreu elevação dos gastos entre 2004 e 2006, com redução em 2007. Tanto a diminuição da média de consultas por beneficiário quanto os resultados referentes ao custo médio per capita no período em questão foram estatisticamente significativos (p-valor <0,001) (Tabela 6).

Tabela 6 – Número total de consultas com clínico geral, cardiologista, endocrinologista e nutricionista, média per capita e custo médio das consultas, entre os beneficiários cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, em Curitiba, no período de 2004 a 2007

| Ano | Consultas realizadas | | | Custo médio por beneficiário ¹ | |
|-------------|----------------------|------------------------|-------------------|---|-------------------|
| | Nº total | Média por beneficiário | Teste de Wilcoxon | Valor (R\$) | Teste de Wilcoxon |
| 2004 | 1960 | 3,42 | | 126,96 | |
| 2005 | 1807 | 3,33 | <0,001 | 130,92 | <0,001 |
| 2006 | 1842 | 3,31 | | 137,47 | |
| 2007 | 1744 | 2,69 | | 107,96 | |

¹ Valores de 2004, 2005 e 2006 deflacionados com base no IGPDI de dezembro de 2007.

b) Goiânia

A taxa de utilização de consultas com clínico geral, cardiologista, endocrinologista e nutricionista entre os cadastrados, em relação a todos os beneficiários cadastrados da carteira, em Goiânia, foi menor em 2007 (0,37) em comparação aos anos anteriores (0,69, 0,68, e 0,59, entre 2004 e 2006, respectivamente) (Tabela 7).

Tabela 7 – Taxa de utilização de consultas com clínico geral, cardiologista, endocrinologista e nutricionista, entre os beneficiários cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, em Goiânia, segundo o ano

| Ano | Taxa de utilização de consultas |
|------------|--|
| 2004 | 0,69 |
| 2005 | 0,68 |
| 2006 | 0,59 |
| 2007 | 0,37 |

Entretanto, a média do número de consultas e o custo médio por beneficiário aumentaram em 2005 em relação a 2004, apresentando redução a partir de 2006. Cabe destacar a grande redução do número de consultas em 2007, o que também se refletiu na média de consultas per capita e no gasto assistencial. Tais resultados foram estatisticamente significativos (p-valor <0,001) (Tabela 8).

Tabela 8 – Número total de consultas com clínico geral, cardiologista, endocrinologista e nutricionista, média per capita e custo médio das consultas, entre os beneficiários cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, em Goiânia, no período de 2004 a 2007

| Ano | Consultas realizadas | | | Custo médio por beneficiário¹ | |
|-------------|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| | Nº total | Média por beneficiário | Teste de Wilcoxon | Valor (R\$) | Teste de Wilcoxon |
| 2004 | 852 | 3,23 | | 125,08 | |
| 2005 | 840 | 3,54 | | 141,76 | |
| 2006 | 729 | 3,01 | <0,001 | 121,30 | <0,001 |
| 2007 | 464 | 1,77 | | 66,75 | |

¹ Valores de 2004, 2005 e 2006 deflacionados com base no IGPD de dezembro de 2007.

Tanto em Curitiba quanto em Goiânia, a utilização de consultas com clínico geral, cardiologista, endocrinologista e nutricionista entre os indivíduos cadastrados nos programas, em relação a todos os beneficiários cadastrados da carteira, reduziu no período analisado (Tabelas 5 e 7).

Observou-se que, em Curitiba, o número total de consultas com clínico geral, cardiologista, endocrinologista e nutricionista, em todos os anos avaliados, foi maior do que em Goiânia, devido ao maior número de beneficiários cadastrados naquela capital (Tabelas 6 e 8).

Em ambas as unidades da CASSI estudadas, o número total de consultas diminuiu entre os anos de 2004 a 2007, bem como o número médio de consultas por beneficiário. Em Goiânia, houve um aumento da média per capita em 2005 e, em Curitiba, ocorreu aumento do número total de consultas em 2006, porém, nos anos seguintes esses valores tornaram a diminuir (Tabelas 6 e 8).

O aumento do número médio de consultas por beneficiário, observado em Goiânia, no ano de 2005, provavelmente, deve-se à implantação da Estratégia de Saúde da Família nessa capital no ano de 2003, o que levou à inscrição de novos beneficiários e acarretou um aumento do número de consultas realizadas. Nos anos subsequentes, a gestão da assistência prestada a esse grupo pode ter proporcionado a redução da quantidade de consultas per capita.

O teste estatístico evidenciou que a redução do número de consultas per capita no período analisado foi bastante significativo, assim como os resultados obtidos quanto ao custo médio por beneficiário, tanto em Curitiba quanto em Goiânia (p -valor $<0,001$) (Tabelas 6 e 8).

A redução do número de consultas total e per capita, verificada entre os beneficiários cadastrados no período de 2004 a 2007 pode ser explicada pelo fato de o programa de promoção da saúde e prevenção de doenças permitir um acompanhamento mais próximo e programado da assistência e, à medida que esses indivíduos obtêm um perfil de saúde e dos fatores de risco para doenças cardiovasculares dentro dos parâmetros de normalidade, diminui o número necessário de consultas durante o ano.

6.5.2. Análise da utilização de exames e procedimentos selecionados

a) Curitiba

A taxa de utilização de exames, procedimentos clínicos ambulatoriais e procedimentos diagnósticos e terapêuticos selecionados para análise foi de 0,91 em 2004, nos beneficiários cadastrados pertencentes à CASSI de Curitiba. Esse valor aumentou para 0,94 em 2005 e 2006, e reduziu em 2007, chegando a 0,86 (Tabela 9).

Tabela 9 – Taxa de utilização de exames e procedimentos selecionados¹, entre os beneficiários cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, em Curitiba, segundo o ano

| Ano | Taxa de utilização de exames e proced. selecionados |
|------------|--|
| 2004 | 0,91 |
| 2005 | 0,94 |
| 2006 | 0,94 |
| 2007 | 0,86 |

¹Ácido úrico, clearance de creatinina, colesterol total, HDL-c, LDL-c, creatinina, ECG, glicose, hemoglobina glicosilada, hemograma, lipidograma completo, microalbuminúria, potássio, EAS, triglicerídeos, holter - 24 horas, MAPA - 24 horas, tilt teste, ergoespirometria ou teste cardiopulmonar de exercício completo e teste ergométrico.

No período de 2004 a 2006, observou-se o aumento do número total de exames e da média de exames utilizados por beneficiário cadastrado que utilizou algum exame em Curitiba, com o consequente aumento do custo. Esses valores apresentaram redução em 2007, ainda assim, a média do número de exames por beneficiário e o custo assistencial continuaram mais elevados em comparação ao ano de 2004 (Tabela 10).

Os valores obtidos no que tange ao custo e ao número médio de exames, procedimentos clínicos ambulatoriais e procedimentos diagnósticos e terapêuticos

selecionados por beneficiário foram significantes do ponto de vista estatístico (p-valor <0,001) (Tabela 10).

Tabela 10 – Número total de exames e procedimentos selecionados¹, média per capita e custo médio, entre os beneficiários cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, em Curitiba, no período de 2004 a 2007

| Ano | Exames e procedimentos selecionados | | | Custo médio por beneficiário ² | |
|-------------|-------------------------------------|------------------------|-------------------|---|-------------------|
| | Nº total | Média por beneficiário | Teste de Wilcoxon | Valor (R\$) | Teste de Wilcoxon |
| 2004 | 2339 | 16,77 | | 585,43 | |
| 2005 | 2402 | 22,00 | <0,001 | 698,11 | <0,001 |
| 2006 | 2405 | 22,84 | | 759,12 | |
| 2007 | 2211 | 18,89 | | 616,51 | |

¹ Acido úrico, clearance de creatinina, colesterol total, HDL-c, LDL-c, creatinina, ECG, glicose, hemoglobina glicosilada, hemograma, lipidograma completo, microalbuminúria, potássio, EAS, triglicérides, holter - 24 horas, MAPA - 24 horas, tilt teste, ergoespirometria ou teste cardiopulmonar de exercício completo e teste ergométrico.

² Valores de 2004, 2005 e 2006 deflacionados com base no IGPD de dezembro de 2007.

b) Goiânia

Em Goiânia, a taxa de utilização de exames e procedimentos clínicos ambulatoriais e procedimentos diagnósticos e terapêuticos selecionados nos beneficiários cadastrados, com idade acima de 29 anos, foi de 0,85 em 2004, igual a 0,86 em 2005 e 2006, e 0,79 em 2007 (Tabela 11).

Tabela 11 – Taxa de utilização de exames e procedimentos selecionados¹, entre os beneficiários cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, em Goiânia, segundo o ano

| Ano | Taxa de utilização de exames e proced. selecionados |
|------------|--|
| 2004 | 0,85 |
| 2005 | 0,86 |
| 2006 | 0,86 |
| 2007 | 0,79 |

¹Acido úrico, clearance de creatinina, colesterol total, HDL-c, LDL-c, creatinina, ECG, glicose, hemoglobina glicosilada, hemograma, lipidograma completo, microalbuminúria, potássio, EAS, triglicerídeos, holter - 24 horas, MAPA - 24 horas, tilt teste, ergoespirometria ou teste cardiopulmonar de exercício completo e teste ergométrico.

A média do número de exames e procedimentos selecionados realizados por beneficiário cadastrado em Goiânia aumentou entre 2004 e 2006, sendo 19,06, 20,91 e 23,43, respectivamente, o que se refletiu no aumento do custo médio por beneficiário no período em questão. Em 2007, tanto a média per capita quanto o custo reduziram (18,02 e R\$ 744,03, respectivamente) (Tabela 12).

Todos os resultados relacionados ao custo e ao número médio de exames e procedimentos selecionados por beneficiário foram estatisticamente significativos (p-valor <0,001) (Tabela 12).

Tabela 12 – Número total de exames e procedimentos selecionados¹, média per capita e custo médio, entre os beneficiários cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, em Goiânia, no período de 2004 a 2007

| Ano | Exames e procedimentos selecionados | | | Custo médio por beneficiário ² | |
|-------------|-------------------------------------|------------------------|-------------------|---|-------------------|
| | Nº total | Média por beneficiário | Teste de Wilcoxon | Valor (R\$) | Teste de Wilcoxon |
| 2004 | 1054 | 19,06 | | 731,00 | |
| 2005 | 1064 | 20,91 | <0,001 | 882,69 | <0,001 |
| 2006 | 1070 | 23,43 | | 959,91 | |
| 2007 | 986 | 18,02 | | 744,03 | |

¹ Ácido úrico, clearance de creatinina, colesterol total, HDL-c, LDL-c, creatinina, ECG, glicose, hemoglobina glicosilada, hemograma, lipidograma completo, microalbuminúria, potássio, EAS, triglicérides, holter - 24 horas, MAPA - 24 horas, tilt teste, ergoespirometria ou teste cardiopulmonar de exercício completo e teste ergométrico.

² Valores de 2004, 2005 e 2006 deflacionados com base no IGDPDI de dezembro de 2007.

Comparando os resultados apresentados pelas duas capitais, a taxa de utilização de exames e procedimentos selecionados entre os beneficiários cadastrados em Curitiba e Goiânia aumentou em 2005 quando comparada a 2004, permaneceu estável em 2006 e reduziu em 2007 (Tabelas 9 e 11).

Na análise dos exames e procedimentos selecionados realizados pelos beneficiários cadastrados nos programas, foi evidenciado o aumento do número total, da média per capita e do custo médio gasto por beneficiário, em Curitiba e Goiânia, entre 2004 e 2006, com redução desses valores em 2007 (Tabelas 10 e 12).

Os resultados obtidos em relação ao número de exames e procedimentos selecionados per capita no período analisado, assim como o custo médio por beneficiário, tanto em Curitiba quanto em Goiânia, foram estatisticamente significativos (p-valor <0,001) (Tabelas 10 e 12).

O acompanhamento mais próximo dos beneficiários através dos programas pressupõe o aumento do número de exames realizados, o que foi demonstrado nas análises, entre 2004 e 2006, inclusive com a consequente elevação dos custos assistenciais.

A redução do número total de exames e procedimentos selecionados, da média per capita e do custo médio por beneficiário, em ambas as capitais, no ano de 2007, em comparação aos anos anteriores, que apresentaram tendência de aumento desses valores, pode ter ocorrido devido aos seguintes aspectos: introdução de algum mecanismo de gestão da clínica, evitando a realização de exames e procedimentos desnecessários; e a possibilidade dos dados referentes ao ano em questão estarem incompletos.

6.5.3. Análise da utilização de internações por causas selecionadas

a) Curitiba

A taxa de utilização de internações por causas selecionadas entre os beneficiários cadastrados de Curitiba, em relação ao total de indivíduos cadastrados diminuiu no período analisado, sendo de 0,20 por 100 beneficiários em 2004 e 0,12 por 100 beneficiários em 2007 (Tabela 13).

Tabela 13 – Taxa de utilização de internações por causas selecionadas¹, entre os beneficiários cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, em Curitiba, segundo o ano

| Ano | Taxa de utilização de internações² |
|------------|--|
| 2004 | 0,20 |
| 2005 | 0,11 |
| 2006 | 0,10 |
| 2007 | 0,12 |

¹AVC, crise hipertensiva, diabetes mellitus, hipertensão maligna, IAM, insuficiência cardíaca, insuficiência coronariana aguda, insuficiência renal crônica, revascularização do miocárdio, tratamento da obesidade e cirurgia de obesidade mórbida.

²Taxa de utilização por 100 beneficiários.

A tabela 14 demonstra que o número de beneficiários que tiveram internações por causas selecionadas diminuiu no período analisado. No entanto, a média de internações por beneficiário foi de 1,56 em 2004, diminuiu em 2005 (1,00) e voltou a aumentar em 2006 (1,25), chegando a 2,22 em 2007, resultados esses estatisticamente significativos (p-valor < 0,05).

O custo médio por beneficiário também foi maior em 2007 em relação aos demais anos analisados (R\$ 9905,56), porém, esses resultados não apresentaram significância estatística (p-valor > 0,05) (Tabela 14).

Tabela 14 – Número de beneficiários cadastrados que foram internados por causas selecionadas¹, número médio de internações e custos por beneficiário, entre os indivíduos cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, em Curitiba, segundo o ano

| Ano | Internações | | | Custo médio por beneficiário ² | |
|-------------|---------------------|------------------------|-------------------|---|-------------------|
| | Nº de beneficiários | Média por beneficiário | Teste de Wilcoxon | Valor (R\$) | Teste de Wilcoxon |
| 2004 | 16 | 1,56 | | 3905,10 | |
| 2005 | 10 | 1,00 | 0,017 | 6630,58 | 0,322 |
| 2006 | 8 | 1,25 | | 6683,40 | |
| 2007 | 9 | 2,22 | | 9905,56 | |

¹AVC, crise hipertensiva, diabetes mellitus, hipertensão maligna, IAM, insuficiência cardíaca, insuficiência coronariana aguda, insuficiência renal crônica, revascularização do miocárdio, tratamento da obesidade e cirurgia de obesidade mórbida.

²Valores de 2004, 2005 e 2006 deflacionados com base no IGPD de dezembro de 2007.

b) Goiânia

Em Goiânia, a taxa de utilização de internações por causas selecionadas entre os beneficiários cadastrados, em relação ao número total de indivíduos cadastrados foi instável no período analisado, tendo sido menor em 2004 e 2006 (0,07 por 100 beneficiários), equivalente a 0,11 em 2007, e maior em 2005 (0,18 por 100 beneficiários) (Tabela 15).

Tabela 15 – Taxa de utilização de internações por causas selecionadas¹, entre os beneficiários cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, em Goiânia, segundo o ano

| Ano | Taxa de utilização de internações² |
|------------|--|
| 2004 | 0,07 |
| 2005 | 0,18 |
| 2006 | 0,07 |
| 2007 | 0,11 |

¹AVC, crise hipertensiva, diabetes mellitus, hipertensão maligna, IAM, insuficiência cardíaca, insuficiência coronariana aguda, insuficiência renal crônica, revascularização do miocárdio, tratamento da obesidade e cirurgia de obesidade mórbida.

²Taxa de utilização por 100 beneficiários.

Quanto ao número médio de internações por beneficiário cadastrado, ocorreu aumento em 2005 quando comparado a 2004 (2,00 por 100 beneficiários e 1,40 por 100 beneficiários, respectivamente), com redução em 2006 e 2007 (1,00 por 100 beneficiários e 1,17 por 100 beneficiários, respectivamente). O custo médio por beneficiário aumentou de 2004 a 2006 e diminuiu em 2007. Tanto os resultados referentes à média de internações por beneficiário quanto ao custo médio não apresentaram significância estatística (p-valor > 0,05) (Tabela 16).

Tabela 16 – Número de beneficiários cadastrados que foram internados por causas selecionadas¹, número médio de internações e custos por beneficiário, entre os indivíduos cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, em Goiânia, segundo o ano

| Ano | Internações | | | Custo médio por beneficiário ² | |
|------|---------------------|------------------------|-------------------|---|-------------------|
| | Nº de beneficiários | Média por beneficiário | Teste de Wilcoxon | Valor (R\$) | Teste de Wilcoxon |
| 2004 | 5 | 1,40 | | 3096,64 | |
| 2005 | 8 | 2,00 | 0,457 | 4537,36 | 0,611 |
| 2006 | 5 | 1,00 | | 5568,71 | |
| 2007 | 6 | 1,17 | | 2239,82 | |

¹AVC, crise hipertensiva, diabetes mellitus, hipertensão maligna, IAM, insuficiência cardíaca, insuficiência coronariana aguda, insuficiência renal crônica, revascularização do miocárdio, tratamento da obesidade e cirurgia de obesidade mórbida.

²Valores de 2004, 2005 e 2006 deflacionados com base no IGPD de dezembro de 2007.

Confrontando os comportamentos observados em ambas as capitais, verificou-se que, em Curitiba, o número de beneficiários que foram internados por causas selecionadas diminuiu no período analisado. Em contrapartida, o número médio de internações por beneficiário aumentou, o que foi estatisticamente significativo (p-valor < 0,05). O aumento do valor médio gasto com cada indivíduo, entre 2004 e 2007, não foi significativo do ponto de vista estatístico (Tabela 14).

Em Goiânia, apesar da redução do número médio de internações por beneficiário e do gasto médio per capita, verificados na comparação entre 2004 e 2007, os resultados apresentados não apresentaram significância estatística (Tabela 16).

É de suma relevância destacar que, frente à impossibilidade de utilizar a CID para a seleção das causas de internação, alguns dados podem estar subestimados, tendo em vista que muitas internações para realização de procedimentos cirúrgicos podem ter sido motivadas por doenças cardiovasculares ou pelas demais doenças selecionadas, não identificadas na base dados devido ao não preenchimento da CID.

Outro aspecto importante é que não se sabe se o tempo de participação no programa foi suficiente para causar impactos na redução do número de internações, pois muitos desses beneficiários foram inscritos justamente por terem problemas cardiovasculares, serem idosos e/ou participarem do programa de assistência domiciliar, o que por si só aumenta a chance de internação.

6.6. Comparação do perfil de utilização de serviços entre beneficiários cadastrados e beneficiários não cadastrados nos programas

6.6.1. Análise da utilização de consultas

a) Curitiba

Verifica-se, através da tabela 17, que os percentuais de consultas com clínico geral foram maiores entre os beneficiários não cadastrados nos programas desenvolvidos em Curitiba, em todos os anos estudados. As consultas com cardiologista foram maiores entre os beneficiários cadastrados nos programas, com exceção do ano de 2007, quando o percentual de consultas entre os não cadastrados foi maior.

Quanto às consultas com endocrinologista, os percentuais foram próximos ou iguais entre os beneficiários cadastrados e não cadastrados, nos anos de 2004, 2006 e 2007. Os percentuais de consultas com nutricionistas, por sua vez, foram bem menores frente às demais modalidades de consultas analisadas, com maiores valores para os cadastrados em 2006 e 2007 (Tabela 17).

Tabela 17 – Percentuais de consultas com clínico geral, cardiologista, endocrinologista e nutricionista, entre os beneficiários cadastrados e não cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, em Curitiba, no período de 2004 a 2007

| Consultas | Curitiba | | | | | | | |
|------------------------|----------|------|------|------|------|------|------|------|
| | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | |
| | (%) | | (%) | | (%) | | (%) | |
| | S | N | S | N | S | N | S | N |
| Clínico Geral | 79,2 | 80,1 | 72,9 | 76,0 | 74,9 | 75,7 | 84,0 | 86,7 |
| Cardiologista | 13,6 | 12,6 | 16,7 | 15,0 | 15,1 | 14,6 | 7,0 | 7,6 |
| Endocrinologista | 7,1 | 7,3 | 10,3 | 8,9 | 9,5 | 9,6 | 5,4 | 5,4 |
| Orientação Nutricional | 0,1 | 0 | 0,1 | 0,1 | 0,5 | 0,1 | 3,6 | 0,3 |

Ainda em Curitiba, observou-se que a utilização das consultas selecionadas para análise foi maior entre os indivíduos cadastrados, em todos os anos estudados. Além disso, a realização dessas consultas diminuiu, em ambos os grupos, no período de 2004 a 2007. Vale ressaltar que, para esses cálculos, foram utilizadas as quantidades totais de beneficiários cadastrados e não cadastrados nos programas da CASSI, com idade igual ou maior que 30 anos (Tabela 18).

Tabela 18 – Taxa de utilização de consultas com clínico geral, cardiologista, endocrinologista e nutricionista, entre cadastrados e não cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, em Curitiba, segundo o ano

| Ano | Taxa de utilização de consultas | |
|------|---------------------------------|----------------|
| | Cadastrado | Não Cadastrado |
| 2004 | 0,76 | 0,43 |
| 2005 | 0,70 | 0,38 |
| 2006 | 0,72 | 0,36 |
| 2007 | 0,68 | 0,29 |

A tabela 19 demonstra o número médio de consultas per capita com clínico geral, cardiologista, endocrinologista e nutricionista, entre os beneficiários cadastrados e não cadastrados de Curitiba, assim como o custo médio com essas modalidades de consultas.

O número médio de consultas per capita variou entre 3,42 e 2,69 nos cadastrados e entre 3,19 e 2,41 nos não cadastrados, nos anos de 2004 e 2007, respectivamente. Os números médios de consultas per capita encontrados e o custo médio dessas consultas foram estatisticamente maiores entre os beneficiários cadastrados, em todo o período estudado (p-valor < 0,05) (Tabela 19).

Ao comparar a idade média dos beneficiários cadastrados e não cadastrados, verificou-se que, em Curitiba, os cadastrados apresentaram idade média mais elevada do que os não cadastrados, o que foi estatisticamente significativo em todos os anos analisados (p-valor < 0,001) (Tabela 20).

Tabela 19 – Número total de consultas com clínico geral, cardiologista, endocrinologista e nutricionista, média per capita e custo médio das consultas, entre os beneficiários cadastrados e não cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, em Curitiba, no período de 2004 a 2007

| Ano | Cad. | Número de consultas | | | | Custo médio por beneficiário | | |
|------|------|---------------------|------------------|-----------|-------------------|------------------------------|---------------|-------------------|
| | | Total | Média por benef. | IC95% | Teste de Wilcoxon | Valor (R\$) | IC95% | Teste de Wilcoxon |
| 2004 | S | 1960 | 3,42 | 3,30-3,55 | 0,003 | 106,86 | 102,93-110,80 | 0,010 |
| | N | 2111 | 3,19 | 3,08-3,30 | | 99,60 | 96,13-103,12 | |
| 2005 | S | 1807 | 3,33 | 3,20-3,46 | 0,004 | 116,79 | 112,40-121,18 | 0,003 |
| | N | 1960 | 3,13 | 3,01-3,25 | | 110,26 | 106,10-114,42 | |
| 2006 | S | 1842 | 3,31 | 3,19-3,44 | <0,001 | 127,40 | 122,53-132,28 | <0,001 |
| | N | 1928 | 2,94 | 2,83-3,05 | | 112,64 | 108,43-116,84 | |
| 2007 | S | 1744 | 2,69 | 2,59-2,79 | <0,001 | 107,96 | 104,04-111,89 | <0,001 |
| | N | 1640 | 2,41 | 2,32-2,49 | | 97,73 | 94,21-101,26 | |

Tabela 20 – Comparação da idade média dos beneficiários cadastrados e não cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, que realizaram consultas com clínico geral, cardiologista, endocrinologista e nutricionista, no período de 2004 a 2007, na CASSI de Goiânia

| Ano | Cadastrado | n | Idade média | Teste de Wilcoxon |
|-------------|-------------------|----------|--------------------|--------------------------|
| 2004 | S | 1960 | 53,59 | <0,001 |
| | N | 2111 | 50,10 | |
| 2005 | S | 1807 | 53,83 | <0,001 |
| | N | 1960 | 50,29 | |
| 2006 | S | 1842 | 53,68 | <0,001 |
| | N | 1928 | 50,13 | |
| 2007 | S | 1744 | 53,71 | <0,001 |
| | N | 1640 | 50,28 | |

b) Goiânia

Em Goiânia, os percentuais de consultas com clínico geral foram maiores entre os beneficiários não cadastrados nos programas destinados à prevenção de doenças cardiovasculares, em todos os anos estudados. As consultas com cardiologista foram maiores entre os beneficiários cadastrados, assim como as consultas com endocrinologista, com exceção do ano de 2007 para essa especialidade (Tabela 21).

Tabela 21 – Percentuais de consultas com clínico geral, cardiologista, endocrinologista e nutricionista, entre os beneficiários cadastrados e não cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, em Goiânia, no período de 2004 a 2007

| Consultas | Goiânia | | | | | | | |
|------------------------|---------|------|------|------|------|------|------|------|
| | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | |
| | (%) | | (%) | | (%) | | (%) | |
| | S | N | S | N | S | N | S | N |
| Clínico Geral | 71,0 | 73,4 | 60,4 | 66,0 | 56,6 | 63,8 | 68,5 | 70,8 |
| Cardiologista | 17,9 | 16,6 | 28,0 | 23,5 | 26,6 | 22,2 | 18,6 | 14,9 |
| Endocrinologista | 10,9 | 10,0 | 11,3 | 10,5 | 16,7 | 13,9 | 12,9 | 14,0 |
| Orientação Nutricional | 0,2 | 0 | 0,3 | 0 | 0,1 | 0,1 | 0 | 0,3 |

A utilização de consultas com clínico geral, cardiologista, endocrinologista e nutricionista foi maior entre os indivíduos cadastrados, em todos os anos estudados, apresentando redução, em ambos os grupos, durante o período avaliado (Tabela 22).

Tabela 22 – Taxa de utilização de consultas com clínico geral, cardiologista, endocrinologista e nutricionista, entre cadastrados e não cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, em Goiânia, segundo o ano

| Ano | Taxa de utilização de consultas | |
|------|---------------------------------|----------------|
| | Cadastrado | Não Cadastrado |
| 2004 | 0,69 | 0,22 |
| 2005 | 0,68 | 0,22 |
| 2006 | 0,59 | 0,19 |
| 2007 | 0,37 | 0,11 |

A tabela 23 apresenta os números médios de consultas per capita encontrados e o custo médio dessas consultas, que foram estatisticamente maiores entre os beneficiários cadastrados, de 2004 a 2006. Em 2007, a média do número de consultas e os respectivos custos foram maiores entre os não cadastrados, porém, sem significância estatística.

Tabela 23 – Número total de consultas com clínico geral, cardiologista, endocrinologista e nutricionista, média per capita e custo médio das consultas, entre os beneficiários cadastrados e não cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, em Goiânia, no período de 2004 a 2007

| Ano | Cad. | Número de consultas | | | Custos médio por beneficiário | | | |
|------|------|---------------------|------------------|-----------|-------------------------------|-------------|---------------|-------------------|
| | | Total | Média por benef. | IC95% | Teste de Wilcoxon | Valor (R\$) | IC95% | Teste de Wilcoxon |
| 2004 | S | 852 | 3,23 | 3,05-3,41 | 0,020 | 105,30 | 99,50-111,10 | 0,007 |
| | N | 784 | 2,90 | 2,73-3,06 | | 94,30 | 89,00-99,70 | |
| 2005 | S | 840 | 3,54 | 3,36-3,73 | <0,001 | 126,46 | 120,00-133,00 | <0,001 |
| | N | 735 | 3,13 | 2,93-3,33 | | 111,57 | 104,38-118,76 | |
| 2006 | S | 729 | 3,01 | 2,84-3,18 | <0,001 | 112,42 | 106,05-118,78 | <0,001 |
| | N | 652 | 2,58 | 2,43-2,74 | | 96,42 | 90,70-102,14 | |
| 2007 | S | 464 | 1,77 | 1,66-1,88 | 0,764 | 66,75 | 62,55-70,95 | 0,977 |
| | N | 378 | 1,78 | 1,67-1,90 | | 67,49 | 62,98-72,00 | |

Embora a idade média dos beneficiários cadastrados tenha sido maior do que a idade média dos não cadastrados, não foram encontradas diferenças significativas em todo o período de análise (p-valor > 0,05) (Tabela 24).

Tabela 24 – Comparação da idade média dos beneficiários cadastrados e não cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, que realizaram consultas com clínico geral, cardiologista, endocrinologista e nutricionista, no período de 2004 a 2007, na CASSI de Goiânia

| Ano | Cadastrado | n | Idade média | Teste de Wilcoxon |
|-------------|-------------------|----------|--------------------|--------------------------|
| 2004 | S | 852 | 54,89 | 0,126 |
| | N | 784 | 54,20 | |
| 2005 | S | 840 | 54,61 | 0,668 |
| | N | 735 | 54,46 | |
| 2006 | S | 729 | 55,08 | 0,333 |
| | N | 652 | 54,63 | |
| 2007 | S | 464 | 55,20 | 0,424 |
| | N | 378 | 54,63 | |

Conforme constatado, a análise do perfil de utilização de consultas demonstrou que a participação dos beneficiários nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares levou ao aumento da realização de consultas com clínico geral, cardiologista, endocrinologista e nutricionista, tanto em Curitiba quanto em Goiânia, no período de 2004 a 2007. Como consequência, o custo assistencial por beneficiário também foi maior entre os cadastrados.

O aumento do número de consultas realizadas pelos beneficiários cadastrados já era esperado, tendo em vista que a simples participação em programas de promoção da saúde e prevenção de doenças garante a elevação da quantidade de consultas programadas, principalmente, no que concerne às consultas com cardiologistas em programas para prevenção de doenças cardiovasculares. Além disso, em Curitiba, esse aumento também pode ser explicado pela maior idade média evidenciada no grupo dos cadastrados em relação aos não cadastrados, o que também demanda um maior número de consultas.

6.6.2. Análise da utilização de exames e procedimentos selecionados

a) Curitiba

A utilização de exames, procedimentos clínicos ambulatoriais e procedimentos diagnósticos e terapêuticos selecionados foi maior entre os beneficiários cadastrados de Curitiba, em todos os anos analisados. Nesse grupo, ocorreu aumento da taxa de utilização em 2005 (0,94), com estabilização no ano seguinte e redução em 2007 (0,86). A redução da utilização também foi constatada entre os indivíduos não cadastrados (Tabela 25).

Tabela 25 – Taxa de utilização de exames e procedimentos selecionados¹, entre cadastrados e não cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, em Curitiba, segundo o ano

| Ano | Taxa de utilização de exames e procedimentos selecionados | |
|------|---|----------------|
| | Cadastrado | Não Cadastrado |
| 2004 | 0,91 | 0,49 |
| 2005 | 0,94 | 0,49 |
| 2006 | 0,94 | 0,47 |
| 2007 | 0,86 | 0,37 |

¹Acido úrico, clearance de creatinina, colesterol total, HDL-c, LDL-c, creatinina, ECG, glicose, hemoglobina glicosilada, hemograma, lipidograma completo, microalbuminúria, potássio, EAS, triglicédeos, holter - 24 horas, MAPA - 24 horas, tilt teste, ergoespirometria ou teste cardiopulmonar de exercício completo e teste ergométrico.

Observa-se que a média per capita e os respectivos custos foram maiores entre os beneficiários cadastrados de Curitiba, durante todo o período estudado, com resultados estatisticamente significativos (p-valor < 0,001) (Tabela 26).

Tabela 26 – Número total de exames e procedimentos selecionados¹, média per capita e custo médio, entre os beneficiários cadastrados e não cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, em Curitiba, segundo o ano

| Ano | Cad. | Número de exames e procedimentos selecionados | | | Custo médio por beneficiário | | | |
|------|------|---|------------------|-------------|------------------------------|-------------|---------------|-------------------|
| | | Total | Média por benef. | IC95% | Teste de Wilcoxon | Valor (R\$) | IC95% | Teste de Wilcoxon |
| 2004 | S | 2339 | 16,77 | 16,13-17,41 | <0,001 | 492,78 | 470,48-515,09 | <0,001 |
| | N | 2413 | 15,72 | 15,09-16,36 | | 432,83 | 412,48-453,18 | |
| 2005 | S | 2402 | 22,00 | 21,19-22,81 | <0,001 | 622,76 | 592,37-653,14 | <0,001 |
| | N | 2532 | 19,94 | 19,12-20,77 | | 549,07 | 523,16-574,99 | |
| 2006 | S | 2405 | 22,84 | 22,04-23,65 | <0,001 | 703,54 | 670,88-736,19 | <0,001 |
| | N | 2477 | 20,09 | 19,23-20,96 | | 596,00 | 568,30-623,71 | |
| 2007 | S | 2211 | 18,89 | 18,12-19,66 | <0,001 | 616,51 | 578,99-654,02 | <0,001 |
| | N | 2074 | 16,46 | 15,73-17,19 | | 521,78 | 495,04-548,52 | |

¹ Ácido úrico, clearance de creatinina, colesterol total, HDL-c, LDL-c, creatinina, ECG, glicose, hemoglobina glicosilada, hemograma, lipidograma completo, microalbuminúria, potássio, EAS, triglicérides, holter - 24 horas, MAPA - 24 horas, tilt teste, ergoespirometria ou teste cardiopulmonar de exercício completo e teste ergométrico.

b) Goiânia

Quanto à utilização de exames e procedimentos selecionados entre os beneficiários provenientes de Goiânia, os valores foram maiores no grupo dos cadastrados, em todos os anos analisados, assim como evidenciado em Curitiba, com redução dos valores durante o período avaliado (Tabela 27).

Pode-se constatar, através da tabela 28, que os beneficiários cadastrados em Goiânia realizaram um maior número de procedimentos do que os não cadastrados, em termos de exames e procedimentos selecionados, em todo o período estudado, o que se refletiu em valores mais altos de pagamentos, com resultados significativos do ponto de vista estatístico (p-valor < 0,05). Tal afirmativa somente não se aplica ao custo médio observado em 2007, na medida em que o valor foi maior entre os não cadastrados, porém, essa diferença não foi comprovada estatisticamente (Tabela 28).

Tabela 27 – Taxa de utilização de exames e procedimentos selecionados¹, entre cadastrados e não cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, em Goiânia, segundo o ano

| Ano | Taxa de utilização de exames e procedimentos selecionados | |
|------|---|----------------|
| | Cadastrado | Não Cadastrado |
| 2004 | 0,85 | 0,27 |
| 2005 | 0,86 | 0,29 |
| 2006 | 0,86 | 0,28 |
| 2007 | 0,79 | 0,24 |

¹Acido úrico, clearance de creatinina, colesterol total, HDL-c, LDL-c, creatinina, ECG, glicose, hemoglobina glicosilada, hemograma, lipidograma completo, microalbuminúria, potássio, EAS, triglicerídeos, holter - 24 horas, MAPA - 24 horas, tilt teste, ergoespirometria ou teste cardiopulmonar de exercício completo e teste ergométrico.

Tabela 28 – Número médio de exames e procedimentos selecionados¹ per capita e custo médio, entre os beneficiários cadastrados e não cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, em Goiânia, segundo o ano

| Ano | Cad. | Número de exames e procedimentos selecionados | | | | Custo médio por beneficiário | | |
|------|------|---|------------------|-------------|-------------------|------------------------------|----------------|-------------------|
| | | Total | Média por benef. | IC95% | Teste de Wilcoxon | Valor (R\$) | IC95% | Teste de Wilcoxon |
| 2004 | S | 1054 | 19,06 | 18,14-19,98 | <0,001 | 615,32 | 574,18-656,45 | 0,016 |
| | N | 952 | 16,99 | 16,08-17,90 | | 536,15 | 500,26-572,03 | |
| 2005 | S | 1064 | 20,91 | 19,98-21,84 | <0,001 | 787,41 | 733,16-841,67 | 0,006 |
| | N | 976 | 19,20 | 18,06-20,34 | | 727,12 | 672,33-781,91 | |
| 2006 | S | 1070 | 23,43 | 22,35-24,50 | <0,001 | 889,63 | 835,90-943,35 | <0,001 |
| | N | 971 | 20,30 | 18,98-21,63 | | 805,62 | 682,17-929,08 | |
| 2007 | S | 986 | 18,02 | 16,87-19,16 | 0,038 | 744,03 | 691,53-796,53 | 0,156 |
| | N | 821 | 17,78 | 15,80-19,77 | | 817,63 | 573,81-1061,46 | |

¹ Acido úrico, clearance de creatinina, colesterol total, HDL-c, LDL-c, creatinina, ECG, glicose, hemoglobina glicosilada, hemograma, lipidograma completo, microalbuminúria, potássio, EAS, triglicerídeos, holter - 24 horas, MAPA - 24 horas, tilt teste, ergoespirometria ou teste cardiopulmonar de exercício completo e teste ergométrico.

Tanto em Curitiba quanto em Goiânia, a taxa de utilização de exames e procedimentos selecionados foi maior entre os beneficiários cadastrados nos programas de prevenção de doenças cardiovasculares e diminuiu, entre 2004 e 2007, em ambos os grupos (Tabelas 25 e 27).

A média do número de exames e procedimentos selecionados por beneficiário e os custos assistenciais também foram maiores entre os beneficiários cadastrados, nas duas capitais analisadas (Tabelas 26 e 28).

A maior utilização de exames e procedimentos clínicos ambulatoriais e diagnósticos terapêuticos pelos beneficiários cadastrados era aguardada, assim como o aumento do número de consultas utilizadas, e justifica-se pela necessidade de prevenir o desenvolvimento de doenças ou controlar aquelas diagnosticadas, objetivos esses presentes nos programas destinados à prevenção de doenças cardiovasculares.

6.6.3. Análise da utilização de internações por causas selecionadas

a) Curitiba

Em 2004, a taxa de utilização de internações por causas selecionadas foi maior entre os beneficiários cadastrados (0,20 por 100 beneficiários). Nos anos de 2005 e 2006, as taxas foram maiores entre os não cadastrados, tendo sido, respectivamente de 0,11 e 0,10 por 100 beneficiários para os cadastrados, e de 0,12 e 0,16 por 100 beneficiários para os não cadastrados. Em 2007, a situação volta a se inverter, e a utilização das referidas internações voltou a ser mais elevada entre os cadastrados (0,12 por 100 beneficiários) (Tabela 29).

Constatou-se que o custo médio de cada internação foi maior entre os indivíduos não cadastrados nos programas de prevenção de doenças cardiovasculares, em todos os anos de análise, a despeito do maior número de internações no grupo dos cadastrados, nos anos de 2004 e 2007. Apesar disso, o teste estatístico não comprovou a associação entre o maior custo médio por internação e o fato de não ser cadastrado nos programas em questão (p-valor > 0,05) (Tabela 30).

Tabela 29 – Taxa de utilização de internações por causas selecionadas¹, entre cadastrados e não cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, em de Curitiba, segundo o ano

| Ano | Taxa de utilização de internações ² | |
|------|--|----------------|
| | Cadastrado | Não Cadastrado |
| 2004 | 0,20 | 0,18 |
| 2005 | 0,11 | 0,12 |
| 2006 | 0,10 | 0,16 |
| 2007 | 0,12 | 0,07 |

¹AVC, crise hipertensiva, diabetes mellitus, hipertensão maligna, IAM, insuficiência cardíaca, insuficiência coronariana aguda, insuficiência renal crônica, revascularização do miocárdio, tratamento da obesidade e cirurgia de obesidade mórbida.

²Taxa de utilização por 100 beneficiários.

Tabela 30 – Número de beneficiários que foram internados, número de internações por causas selecionadas¹ e custo médio por internação, entre os beneficiários cadastrados e não cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, em Curitiba, de acordo com o ano

| Ano | Cad. | Nº de benef. que internaram | Nº de internações | Custos médio por internação | |
|------|------|-----------------------------|-------------------|-----------------------------|-------------------|
| | | | | Valor (R\$) | Teste de Wilcoxon |
| 2004 | S | 16 | 20 | 2042,60 | 0,919 |
| | N | 16 | 18 | 2668,75 | |
| 2005 | S | 10 | 11 | 6009,28 | 0,310 |
| | N | 7 | 12 | 8443,42 | |
| 2006 | S | 8 | 10 | 5218,62 | 0,937 |
| | N | 12 | 16 | 5701,29 | |
| 2007 | S | 9 | 12 | 3803,94 | 0,422 |
| | N | 5 | 7 | 6363,44 | |

¹AVC, crise hipertensiva, diabetes mellitus, hipertensão maligna, IAM, insuficiência cardíaca, insuficiência coronariana aguda, insuficiência renal crônica, revascularização do miocárdio, tratamento da obesidade e cirurgia de obesidade mórbida.

b) Goiânia

A utilização de internações por causas selecionadas, em Goiânia, foi maior entre os não cadastrados, em 2004 e 2006, ou seja, 0,08 por 100 beneficiários nesse grupo e 0,07 por 100 beneficiários nos cadastrados, respectivamente, em ambos os anos citados. A maior diferença entre os dois grupos estudados foi observada em 2005, cuja utilização foi de 0,18 por 100 beneficiários cadastrados e 0,10 por 100 beneficiários não cadastrados nos programas de promoção e prevenção (Tabela 31).

Tabela 31 – Taxa de utilização de internações por causas selecionadas¹, entre cadastrados e não cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, em de Goiânia, segundo o ano

| Ano | Taxa de utilização de internações ² | |
|------|--|----------------|
| | Cadastrado | Não Cadastrado |
| 2004 | 0,07 | 0,08 |
| 2005 | 0,18 | 0,10 |
| 2006 | 0,07 | 0,08 |
| 2007 | 0,11 | 0,09 |

¹AVC, crise hipertensiva, diabetes mellitus, hipertensão maligna, IAM, insuficiência cardíaca, insuficiência coronariana aguda, insuficiência renal crônica, revascularização do miocárdio, tratamento da obesidade e cirurgia de obesidade mórbida.

² Taxa de utilização por 100 beneficiários.

A comparação do número de internações e do custo médio entre os grupos demonstrou que os cadastrados apresentaram menos internações que os não cadastrados em 2004 e 2006. No entanto, o custo médio por internação foi maior naquele grupo, em ambos os anos, com associação estatisticamente significativa somente para 2004 (p-valor < 0,05) (Tabela 32).

Em 2005, o número de internações entre os cadastrados foi maior, com custos mais elevados. Enquanto isso, em 2007, embora o número de internações também tenha sido maior entre os cadastrados, os custos foram maiores entre os não cadastrados. Em ambos os anos, os resultados não foram estatisticamente significativos (p-valor > 0,05) (Tabela 32).

Tabela 32 – Número de beneficiários que foram internados, número de internações por causas selecionadas¹ e custo médio por internação, entre os beneficiários cadastrados e não cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, em Goiânia, de acordo com o ano

| Ano | Cad. | Nº de benef. que internaram | Nº de internações | Custo médio por internação | |
|------|------|-----------------------------|-------------------|----------------------------|-------------------|
| | | | | Valor (R\$) | Teste de Wilcoxon |
| 2004 | S | 5 | 7 | 1861,86 | 0,006 |
| | N | 5 | 8 | 463,42 | |
| 2005 | S | 8 | 18 | 1882,56 | 0,093 |
| | N | 9 | 10 | 1130,55 | |
| 2006 | S | 5 | 7 | 3980,86 | 0,603 |
| | N | 5 | 8 | 3382,11 | |
| 2007 | S | 6 | 11 | 1707,44 | 0,081 |
| | N | 7 | 9 | 3208,32 | |

¹AVC, crise hipertensiva, diabetes mellitus, hipertensão maligna, IAM, insuficiência cardíaca, insuficiência coronariana aguda, insuficiência renal crônica, revascularização do miocárdio, tratamento da obesidade e cirurgia de obesidade mórbida.

Observa-se que o custo médio por internação foi maior entre os beneficiários não cadastrados em todos os anos analisados para Curitiba e no ano de 2007 entre os não cadastrados de Goiânia (Tabelas 30 e 32).

O maior número de internações não significou, necessariamente, maiores valores de custo médio por internação, tendo em vista que nos anos de 2004 e 2007 em Curitiba e no ano de 2007 em Goiânia, o número de internações foi maior entre os cadastrados, enquanto o custo médio foi maior no grupo dos não cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares (Tabelas 30 e 32).

O fato de o programa para prevenção de doenças cardiovasculares ter sido implantado primeiramente em Curitiba pode ter contribuído para a tendência de maior custo médio por internação no grupo dos não cadastrados, pois a participação no programa proporcionaria

maior controle e seria capaz de influenciar, por exemplo, o tempo médio de duração da internação, o que poderia ser uma explicação para o maior número de internações entre os cadastrados em 2004 e 2007 com menor custo médio.

Em Goiânia, o programa foi implantado a partir de 2003 e, com isso, a inscrição de beneficiários portadores de doenças cardiovasculares pode ter influenciado o aumento dos custos por internação em comparação aos não cadastrados, nos anos de 2004 a 2006.

CAPÍTULO 7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A temática da promoção da saúde e prevenção de doenças foi inserida no setor privado de assistência à saúde em 2005, através da Agência Nacional de Saúde Suplementar, o que induziu as operadoras a repensarem a forma pela qual a assistência à saúde era prestada. Nesse período, algumas operadoras de planos de saúde já realizavam ações e programas de promoção e prevenção, como a própria CASSI, por exemplo, que começou a repensar o modelo assistencial em 1996. No entanto, foi a partir de então que muitas empresas começaram a discutir o tema, a organizar seminários e eventos, a contratar e capacitar sua equipe e a adotar conceitos epidemiológicos e protocolos clínicos, a fim de planejar e estruturar programas.

Sabe-se que as empresas de planos de saúde também buscam, através do desenvolvimento de programas de prevenção e controle de doenças, a redução dos custos assistenciais, no entanto, esse objetivo precisa estar alinhado com as políticas do MS e com a necessidade de aumentar a qualidade da atenção à saúde, o que repercutirá na melhoria da saúde dos indivíduos.

Jorge (2008) considera positiva a implantação de programas de promoção e prevenção mesmo que as operadoras de planos de saúde sejam motivadas pelo componente da eficiência e redução de custos, pois a adoção dessa nova proposta e de seus pressupostos irá pressionar pela construção de novas estratégias assistenciais que podem orientar a construção de um novo modelo de atenção à saúde.

A estrutura do programa de promoção da saúde e prevenção de doenças desenvolvido pela CASSI está baseada na adoção de serviços próprios e na contratação de equipes multidisciplinares, que têm sob sua responsabilidade um determinado número de beneficiários para coordenação dos cuidados em saúde. Essa prática viabiliza o conhecimento das características sociais, demográficas e epidemiológicas da população cadastrada, com a identificação dos problemas de saúde prevalentes e situações de risco, permitindo organizar a assistência para que responda às demandas e necessidades da população.

É importante ressaltar que a adoção de equipe multiprofissional pela CASSI ocorreu antes da inserção de sessões ou consultas com profissionais não médicos (nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo) no novo Rol de Procedimentos e Eventos

em Saúde da ANS, vigente desde abril de 2008, que estabelece a cobertura mínima e obrigatória que deve ser oferecida por todos os planos privados de saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 (ANS, 2008c).

As premissas adotadas pela CASSI estão de acordo com o preconizado pela ANS, uma vez que, segundo o Manual de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças na Saúde Suplementar, as operadoras de planos de saúde devem basear suas ações de acordo com o perfil demográfico e de morbimortalidade de sua carteira de beneficiários. Na publicação ressalta-se, ainda, a importância da adoção de equipe multiprofissional e da obtenção de um sistema de informação, ferramenta imprescindível para a avaliação dos resultados, gestão e planejamento dos programas (ANS, 2007a).

Outro aspecto relevante é o fato de que, no começo da implantação da ESF, a prioridade de inscrição foi dada para as populações consideradas prioritárias, ou seja, os indivíduos com 60 anos ou mais, os usuários do programa de assistência domiciliar, os usuários que mais utilizam os serviços fornecidos (consultas, exames, internações) e os beneficiários portadores de DCNT, como HAS e DM. Tal fato pode ter contribuído para um maior número de indivíduos doentes na amostra selecionada, o que não pôde ser verificado pela ausência de informações sobre o perfil de saúde dos beneficiários não cadastrados por parte da empresa de plano de saúde.

No que se refere à análise dos resultados de exames físicos e laboratoriais entre os beneficiários cadastrados nos programas para prevenção de doenças cardiovasculares, foram observadas reduções no IMC e colesterol total entre os obesos; na pressão arterial sistólica e diastólica entre os hipertensos; e na glicemia de jejum entre os diabéticos. Apesar de essas reduções terem sido discretas, tendo em vista que o tempo médio entre a primeira e a segunda aferições foi curto, pode-se verificar o potencial da realização de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças cardiovasculares tanto na mudança do perfil de utilização de serviços quanto na melhoria do perfil de saúde dos indivíduos.

Certamente, os programas viabilizam o maior contato do beneficiário com ações preventivas e de controle de doenças, incentivando a modificação do estilo de vida, a adoção de hábitos mais saudáveis e, no caso daqueles que possuem doença diagnosticada, o cuidado

com a própria saúde, a partir dos conhecimentos adquiridos através da participação nas atividades programadas.

Ao desenvolver um programa de prevenção de doenças cardiovasculares, é comum esperar que as quantidades de consultas e exames realizados pelos indivíduos participantes aumentem, e que o número de internações diminua a longo prazo. No entanto, na presente pesquisa, verificou-se uma redução do número total de consultas e da média por beneficiário entre os indivíduos cadastrados, no período de 2004 a 2007, assim como a redução do custo médio per capita, resultados esses que apresentaram forte associação estatística.

A redução do número de consultas total e per capita leva a crer que a participação em programas de prevenção de doenças cardiovasculares viabiliza o acompanhamento mais próximo dos indivíduos e a programação do número de consultas de acordo com o perfil de saúde. A presença de uma equipe própria para a coordenação da atenção à saúde faz com que o beneficiário tenha mais confiança nos profissionais, com o fortalecimento do vínculo, e não precise realizar várias consultas com diferentes profissionais da mesma especialidade. Além disso, no caso de indivíduos doentes, ao conseguirem controlar a doença, o número de consultas necessárias pode diminuir no ano.

Cabe ainda frisar que o desenvolvimento de trabalhos de educação em saúde, voltados para o autocuidado, também contribuem para a diminuição da necessidade de consultas e de procura pelos profissionais de saúde.

Os exames e procedimentos clínicos ambulatoriais e diagnóstico terapêuticos selecionados para análise apresentaram aumento dos números totais e per capita, com a consequente elevação dos custos assistenciais, entre 2004 e 2006. Tais resultados eram esperados, tendo em vista que a participação em programas destinados à terceira idade e à prevenção de doenças cardiovasculares leva à realização periódica de exames para prevenção ou controle, conforme as atividades programadas para cada indivíduo.

Quanto às internações dos cadastrados de Curitiba, o número médio de internações por beneficiário aumentou no período de análise, o que foi estatisticamente significativo, porém o aumento do custo médio per capita não apresentou significância estatística. Em Goiânia, ocorreu redução do número médio de internações por beneficiário e do custo médio per capita, mas os resultados obtidos também não foram estatisticamente significativos.

Duas observações se fazem necessárias quanto à base de dados de internações. Primeiramente, a internação de um mesmo beneficiário aparecia em mais de um registro na base, com valores de pagamento diferentes, devido às diferentes guias emitidas durante a internação, tendo em vista que os dados foram extraídos do sistema que a operadora utiliza para processar os pagamentos e faturamentos de cada procedimento. O ideal seria que cada internação e o respectivo valor pago fossem registrados em somente uma linha, o que facilitaria o entendimento e a análise das informações, principalmente, no que tange ao custo total da internação.

Em segundo lugar, destaca-se a inviabilidade de utilizar a CID para a seleção das causas de internação pelo não preenchimento desse campo na base, o que pode ter levado à subestimação dos dados. Essa informação seria de suma relevância tanto para a realização da análise realizada nessa pesquisa quanto para o cálculo de indicadores de saúde pela própria operadora de plano privado de assistência à saúde.

No que concerne às taxas de utilização de serviços pelos cadastrados em Curitiba, constatou-se que, quando a utilização de exames aumenta ou se mantém estável em relação ao ano anterior, a utilização de internações diminui, conforme observado em 2005 e 2006. Em contrapartida, quando a utilização de exames diminui a utilização de internações aumenta, o que ocorreu em 2007.

Em Goiânia, apesar do aumento da utilização de exames, em 2005, as internações aumentaram. No ano seguinte, a utilização de exames manteve-se estável, enquanto a utilização de internações apresentou redução. Em 2007, o perfil observado foi parecido com o ocorrido em Curitiba, onde a redução dos exames foi acompanhada do aumento das internações.

O aumento da utilização de exames e internações, em 2005, pode ser explicado pela inscrição de novos beneficiários a partir da implantação da Estratégia de Saúde da Família, em 2003, levando ao aumento da realização de consultas e exames. Além disso, o cadastro de beneficiários cardiopatas pode ter contribuído para o aumento da taxa de utilização de internações.

A partir da comparação do perfil de utilização de serviços entre os beneficiários cadastrados e não cadastrados, foram evidenciados números médios de consultas per capita

com clínico geral, cardiologista, endocrinologista e nutricionista e custo médio estatisticamente maiores entre os cadastrados, com exceção de Goiânia em 2007. O mesmo comportamento foi verificado na análise do perfil de utilização de exames e procedimentos clínicos ambulatoriais e diagnóstico terapêuticos.

A elevação do número de consultas, exames, procedimentos clínicos ambulatoriais e procedimentos diagnósticos e terapêuticos entre os beneficiários cadastrados explica-se pela própria participação em programas voltados para a prevenção de doenças cardiovasculares, que demandam uma série de atividades a serem realizadas, entre consultas e exames, principalmente, consultas com cardiologista e outros profissionais de saúde.

A análise das internações nos dois grupos demonstrou que o custo médio por internação foi maior entre os não cadastrados em todos os anos analisados para Curitiba e no ano de 2007 para Goiânia. Embora esses resultados não tenham sido estatisticamente significativos, percebe-se a tendência de redução do custo médio por internação entre os cadastrados, principalmente, em Curitiba, onde o programa para prevenção de doenças cardiovasculares foi implantado há mais tempo do que em Goiânia.

Ainda que a realização de programas de prevenção de doenças cardiovasculares implique no aumento da utilização de consultas com especialistas e outros profissionais de saúde, além do aumento da utilização de exames, caso esse cenário tenha relação direta com a melhoria do perfil de saúde e dos fatores de risco na população, com efetiva prevenção e controle de doenças, tais resultados irão contribuir, a longo prazo, para a redução do número de internações, o que repercutirá na redução dos custos assistenciais.

Sem a pretensão de generalizar os resultados demonstrados nesse trabalho, o presente estudo de caso pretende contribuir para a diminuição de uma lacuna existente no que tange à ausência de estudos que avaliem os resultados obtidos através do desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, principalmente, no setor privado de assistência à saúde.

O monitoramento e a avaliação dos resultados constituem desafios a serem enfrentados pelas operadoras que realizam programas de promoção e prevenção. A lógica do mercado de saúde, voltada para o pagamento de procedimentos, traz consigo a ausência de informações relativas ao perfil epidemiológico da carteira de beneficiários, dificultando o

planejamento de um programa voltado para as necessidades de saúde da população. Dessa forma, as operadoras precisam elaborar ou adquirir sistemas específicos para o acompanhamento dos indivíduos inscritos nos programas, o que requer a disponibilidade de recursos financeiros.

Na opinião de Silveira (2004), é fundamental investir e aprimorar os sistemas de informação, para que sejam capazes de fornecer informações sobre as condições de saúde dos beneficiários das operadoras de planos de saúde, viabilizem a obtenção permanente de dados, a avaliação de séries históricas, e, principalmente, subsidiem a tomada de decisão.

Tão importante quanto avaliar os resultados em termos de perfil de utilização de serviços e perfil de saúde dos indivíduos, é analisar a prática e a lógica sob a qual esses programas são realizados, com estudos de cunho qualitativo, que busquem identificar o modo como as operadoras vêm organizando a oferta de seus serviços.

Segundo Silva Junior (2008), os desafios da modelagem tecnoassistencial no setor suplementar de saúde são a oferta de redes de cuidados articuladas, focadas nas necessidades priorizadas epidemiologicamente, e com abertura para as subjetividades dos beneficiários. Além disso, o autor acredita que o uso de tecnologias leves, a melhora nas escolhas das tecnologias duras e leve-duras, a criação de vínculo e uma competente coordenação dos cuidados em rede são apostas para a obtenção de melhores resultados.

À guisa de conclusão, a responsabilização pelo beneficiário, a prestação de serviços orientados pelas necessidades de saúde, a adoção de equipes multidisciplinares, o monitoramento permanente dos resultados e a qualidade da assistência prestada deveriam ser os princípios norteadores da conduta do mercado de saúde suplementar, com vistas à obtenção de impactos positivos na saúde dos beneficiários e à construção de um novo modelo de atenção no setor.

Nesse sentido, torna-se relevante avançar no debate em torno da promoção da saúde e prevenção de doenças para a saúde suplementar, através da realização de mais estudos quantitativos e qualitativos, além da necessidade de conciliar a prática do setor privado com as políticas empreendidas pelo Ministério da Saúde, a fim de constituir uma só política de saúde no país e contribuir de forma efetiva para a melhoria das condições de saúde da população brasileira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 57, p. 44, 24 mar. 2005a. Seção 1.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Instrução Normativa nº 10, de 23 de março de 2005, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. Estabelece procedimentos de apresentação e critérios para avaliação dos programas de promoção à saúde e prevenção de doenças, propostos pelas operadoras de planos privados de assistência suplementar à saúde, citados na RN nº 94 de 23 de março de 2005. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 57, p. 46, 24 mar. 2005b. Seção 1.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro: OPAS, 2006. 65 p.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar**. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: ANS, 2007a. 167 p.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Instrução Normativa nº 14, de 25 de julho de 2007, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. Define o conjunto de informações a serem solicitadas para a Primeira Fase do Monitoramento e Avaliação dos Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças e o procedimento de envio dessas informações, previstos na Resolução Normativa - RN nº 94 e IN nº 10, de 23 de março de 2005. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 146, p. 37, 31 jul. 2007b. Seção 1.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Panorama das ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças no setor suplementar de saúde**. Rio de Janeiro: ANS, 2008a. 88 p.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos**. Rio de Janeiro: ANS, dez 2008b. 98 p.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa nº 167, de 9 de janeiro de 2008. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de Atenção à Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 7, p. 348, 10 jan. 2008c. Seção 1.

ALMEIDA, C. **O mercado privado de serviços de saúde no Brasil**: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. Brasília: IPEA, 1998. 49 p. Texto para discussão n. 599.

ARAÚJO, D.V. et al. Custo da insuficiência cardíaca no Sistema Único de Saúde. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 84, n. 5, p. 422-427, 2005.

AROUCA, S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 268 p.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Tratamento da fase aguda do acidente vascular cerebral**. São Paulo: AMB/CFM, 2001. 13 p. (Projeto Diretrizes).

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Hipertensão arterial**: abordagem geral. São Paulo: AMB/CFM, 2002. 16 p. (Projeto Diretrizes).

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Diabetes Mellitus**: tratamento da hipertensão arterial. São Paulo: AMB/CFM, 2004. 8 p. (Projeto Diretrizes).

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. **Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos**. 4. ed. São Paulo: AMB, 2005. 197 p.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Diabetes Mellitus**: prevenção. São Paulo: AMB/CFM, 2006. 6 p. (Projeto Diretrizes).

BERRIDGE, V. Historical and policy approaches to the evaluation of health promotion. In: THOROGOOD, M.; COOMBES, Y. **Evaluating health promotion**: practice and methods. New York: Oxford University Press, 2000. cap. 2, p. 11-24.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: < <http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>>. Acesso em: 21 jul. 2007.

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 21 jul. 2007.

BRASIL. Lei nº 9.656 de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 jun. 1998. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id_original=455>. Acesso em: 21 jul. 2007.

BRASIL. Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jan. 2000. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id_original=8>. Acesso em: 21 jul. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. 102 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da saúde**: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santa Fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Mega Países e Declaração do México. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Dois lados da mesma moeda**: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005. 270 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica do Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 56 p. (Cadernos de Atenção Básica n. 14).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 76 p.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d. 108p. Cadernos de Atenção Básica n.12.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006e. 58p. Cadernos de Atenção Básica n.15.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006f. 56p. Cadernos de Atenção Básica n.16.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006g. 148p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.409 de 13 de junho de 2007. Institui Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 114, p. 30, 15 jun. 2007a. Seção 1.

BRASIL. **Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores**: doenças crônicas não transmissíveis e Rede Carmen. Organização Mundial da Saúde (OMS)/ Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), 2007b. 233 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 68, de 24 de junho de 2008. Constitui o Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde e estabelece os seus membros. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 120, p. 33-34, 25 jun. 2008a. Seção 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais saúde: direito de todos**: 2008-2011. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. 100 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2007: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008c. 135 p.

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. cap. 1, p. 15-38.

CAIXA DE ASSISTÊNCIA AOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL. **Documento Diretor para Organização dos Serviços Próprios**. 2001.

CAIXA DE ASSISTÊNCIA AOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL. **Estratégia de saúde da família**. Disponível em: <<http://www.cassi.com.br>>. Acesso em: 14 jun. 2008.

CALEMAN, G. et al. De programa à política: qualificação da atenção à saúde. In: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **A regulação da atenção à saúde no setor suplementar: histórias e práticas**. Rio de Janeiro: ANS, Brasília, OPAS, 2008. p. 67-108.

CAMPOS, G.W. S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: CAMPOS, G.W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003 apud PASCHE, D.F.; HENNINGTON, E.A. Promoção da saúde e o Sistema Único de Saúde. In: CASTRO, A.; MALO, M. **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec: Opas, 2006. cap. 1, p. 19-40.

CARVALHO, A.I. et al. Concepts and approaches in the evaluation of health promotion. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 521-529, 2004.

CARVALHO, S.R. **Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança**. São Paulo: Hucitec, 2005. 183 p.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8ª. Brasília, 1986. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 381-389.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. **Saber preparar uma pesquisa**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994. p. 35-55/79-86 apud SILVA, L.M.S. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z.M.A.; SILVA, L.M.S. (Org). **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. cap. 1, p.15-39.

COOMBES, Y. Combining quantitative and qualitative approaches to evaluation. In: THOROGOOD, M.; COOMBES, Y. **Evaluating health promotion: practice and methods**. New York: Oxford University Press, 2000. cap. 3, p. 27-40.

COOMBES, Y.; THOROGOOD, M. Introduction. In: THOROGOOD, M.; COOMBES, Y. **Evaluating health promotion: practice and methods**. New York: Oxford University Press, 2000. cap. 1, p. 3-10.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. cap. 2, p. 39-53.

DÂMASO, R.F. A medicina social e as políticas sociais. **Divulgação em Saúde para debate**, v. 2, p. 66-72, 1990 apud CARVALHO, S.R. **Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança**. São Paulo: Hucitec, 2005. 183 p.

DERENGOWSKI, M.G. Nota introdutória sobre estrutura de mercado, concentração e mercados relevantes. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Regulação e saúde: documentos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004. p. 65-92. (Série B. Textos básicos de saúde. Regulação e saúde, v. 3 t. 1).

DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación**. México: La Prensa Médica Mexicana, S.A., 1984.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. **Conjuntura Econômica**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, v. 62, n. 6, jun. 2008.

FURTADO, J.P. Avaliação de programas e serviços. In: CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. cap. 22, p. 715-739.

GUTIERREZ, M.L. et al. La promoción di salud. In: ARROYO, H.V. & CERQUEIRA, M.T. (Orgs.) **La promoción de la salud y la educación para La salud en America Latina**. San Juan: Editora de La Universidad di Puerto Rico, 1997 apud BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. cap. 1, p. 15-38.

HARTZ, Z.M.A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. 131 p.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975 apud PASCHE, D.F.; HENNINGTON, E.A. Promoção da saúde e o Sistema Único de Saúde. In: CASTRO, A.; MALO, M. **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec: Opas, 2006. cap. 1, p. 19-40.

JORGE , A.O. Refletindo sobre a caminhada . In: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Panorama das ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças no setor suplementar de saúde**. Rio de Janeiro: ANS, 2008. p. 77-87.

JORGE, A.O.; REIS, A.T.; COELHO, K.S.C. A perspectiva da promoção à saúde e a prevenção de doenças no setor suplementar. In: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **A regulação da atenção à saúde no setor suplementar: histórias e práticas**. Rio de Janeiro: ANS, 2008. p. 109-128.

LAKDAWALLA, D.N.; GOLDMAN, D.P.; SHANG, B. The health and cost consequences of obesity among the future elderly. **Health Aff (Millwood)**, v. 24, supl. 2, W5R30-W5R41, 2005 apud WOOLF, S.H. Potential health and economic consequences of misplaced priorities. **JAMA**, Chicago, v. 297, n. 5, p. 523-526, 2007.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. Crítica da saúde como positividade ou saúde como negação da negação. In: LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. **Promoção da saúde: a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004. p. 26-47.

LITVOC J.; BRITO, F.C. **Envelhecimento prevenção e promoção da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2004. 226 p.

MACDONALD, G. Where next for evaluation? Health Promotion International, Oxford, v. 11, n. 3, p. 171-173, 1996 apud COOMBES, Y. Combining quantitative and qualitative approaches to evaluation. In: THOROGOOD, M.; COOMBES, Y. **Evaluating health promotion: practice and methods**. New York: Oxford University Press, 2000. cap. 3, p. 27-40.

MCKINLAY, J.B. The promotion of through planned socio-political change: challenges for research and policy. **Social Science and Medicine**, v. 36, n. 2, p. 109-117, 1993 apud COOMBES, Y. Combining quantitative and qualitative approaches to evaluation. In: THOROGOOD, M.; COOMBES, Y. **Evaluating health promotion: practice and methods**. New York: Oxford University Press, 2000. cap. 3, p. 27-40.

MÉDICI, A.C. Aspectos teóricos e conceituais do financiamento das políticas de saúde. In: PIOLA, S.F.; VIANNA, S.M. (Org.). **Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde**. Brasília: IPEA, 1995. cap. 2, p. 23-70.

MENDES, E.V. **A evolução histórica da prática médica**. Belo Horizonte: UFMG, 1980 apud SILVA JUNIOR, A.G. da. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 143 p.

MERHY, E.E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002. 189 p.

MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C.O.; NOGUEIRA, R.C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as Conferências de Saúde. In: **Cadernos da 9ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: GTTCO, 1992. 30 p.

MILMAN, M.H.S.A. et al. Pé diabético: avaliação da evolução e custo hospitalar de pacientes internados no conjunto hospitalar de Sorocaba. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 5, p. 447-451, 2001.

MOKDAD, A.H. et al. Actual causes of death in the United States. **JAMA**, Chicago, v. 291, p. 1238-1245, 2004 apud WOOLF, S.H. Potential health and economic consequences of misplaced priorities. **JAMA**, Chicago, v. 297, n. 5, p. 523-526, 2007.

NAVARRO, J.C. **Evaluación de programas de salud y toma de decisions**. Serie material de apoyo para la capacitación em gerencia de programas de salud maternoinfantil y planificación familiar. Washington, DC: OPAS/OMS, 1992.

NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p.547-559, 2000.

NUNES, A.P.O.B. et al. Efeitos de um programa de exercício físico não-supervisionado e acompanhado a distância, via Internet, sobre a pressão arterial e composição corporal em indivíduos normotensos e pré-hipertensos. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 86, n. 4, p. 289-296, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial da Saúde**. Genebra: OMS, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital**. Genebra: OMS, 2005. 30 p.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Economia aplicada a la sanidad**. Ginebra: OMS, 1976. 54 p. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_64_spa.pdf>. Acesso em 12 de jun. 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE . **Promoção da saúde**: marco conceitual. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm>>. Acesso em: 14 maio 2008.

PAIM, J.S. Vigilância da saúde: tendências de reorientação de modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. cap. 8, p. 161-174.

PASCHE, D.F.; HENNINGTON, E.A. Promoção da saúde e o Sistema Único de Saúde. In: CASTRO, A.; MALO, M. **SUS**: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec: OPAS, 2006. cap. 1, p. 19-40.

SANTOS, F.P.; MALTA, D.C.; MERHY, E.E. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1463-1475, 2008.

SCHWAPPACH, D.L.B.; BOLUARTE, T.A.; SUHRCKE, M. The economics of primary prevention of cardiovascular disease: a systematic review of economic evaluations. **Cost effectiveness and resource allocation**, England, v. 5, n. 5, 2007. Disponível em: <<http://www.resource-allocation.com/content/5/1/5>>. Acesso em: 24 jun. 2008.

SEGAL, L.; DALTON, A.C.; RICHARDSON, J. Cost-effectiveness of the primary prevention of non-insulin dependent diabetes mellitus. **Health Promotion International**, Oxford, v. 13, n. 3, p. 197-209, 1998.

SHORTELL, S.M.; RICHARDSON, W.C. **Health program evaluation**. St Louis: Mosby; 1978 apud NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p.547-559, 2000.

SILVA, L.M.S. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z.M.A.; SILVA, L.M.S. (Org). **Avaliação em Saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. cap. 1, p.15-39.

SILVA JUNIOR, A.G. da. **Modelos tecnoassistenciais em saúde**: o debate no campo da saúde coletiva. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 143 p.

SILVA JUNIOR, A.G. da. Promoção à saúde e mudanças nas práticas da saúde suplementar . In: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Panorama das ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças no setor suplementar de saúde**. Rio de Janeiro: ANS, 2008. p. 71-76.

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

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. III Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v.77, Supl. III, p. 1-48, Ago. 2001.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz brasileira sobre dislipidemias e prevenção da aterosclerose. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.88, Supl. I, p.1-19, Abr. 2007.

TEIXEIRA, C.F. Promoção da saúde e o SUS: um diálogo pertinente. In: TEIXEIRA, C.F.; SOLLA, J.P. **Modelo de atenção à saúde**: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: EDUFBA, 2006. p. 85-108.

TEIXEIRA, C.F. Epidemiologia e planejamento de saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 515-531 apud TEIXEIRA, C.F. Promoção da saúde e o SUS: um diálogo pertinente. In: TEIXEIRA, C.F.; SOLLA, J.P. **Modelo de atenção à saúde**: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: EDUFBA, 2006. p. 85-108.

UNIDAS. **Autogestão em saúde no Brasil**: 1980-2005: história da organização e consolidação do setor. São Paulo: UNIDAS, 2005. 94 p.

VARTIAINEM, E. et al. Twenty-year smoking trends in a community-based cardiovascular diseases prevention programme: results from the North Karelia Project. **European Journal of Public Health**, Oxford, v. 8, n. 2, p. 154-159, 1998.

VERAS, R. Desafios e conquistas advindas da longevidade da população: o setor saúde e as suas necessárias transformações. In: VERAS, R.P. (Org.) **Velhice numa perspectiva de futuro saudável**. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI, 2001. p.11-32.

WESTPHAL, M.F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. cap. 19, p. 635-667.

WOOLF, S.H. Potential health and economic consequences of misplaced priorities. **JAMA**, Chicago, v. 297, n. 5, p. 523-526, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ottawa charter for health promotion**. World Health Organization & Health and Welfare, Ontario, 1986. Disponível em: <http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases**: report of a joint WHO/FAO expert consultation. WHO technical report series: 916. Geneva: WHO, 2002. 149 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. World Health Organization, International Society of Hypertension Writing Group. **Journal of Hypertension**, London, v.21, p. 1983-1992, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Prevention of cardiovascular disease: guidelines for assessment and management of cardiovascular risk**. Geneva: WHO, 2007. 86 p.

YIN, R.K. **Case study research**: design and methods. Beverly Hills, Sage, 1984. 159 p. apud HARTZ, Z.M.A. (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. 131 p.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 12 de agosto de 2008.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 108/08
CAAE: 0134.0.031.000-08

Título do Projeto: “Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças no Setor de Assistência Privada à Saúde: Avaliação das Ações de uma Empresa de Autogestão na Prevenção de Doenças Cardiovasculares”

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Pesquisadora Responsável: Danielle Conte Alves

Orientadores: Maria Alicia Ugá e Margareth Portela

Instituição onde se realizará: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP/Fiocruz

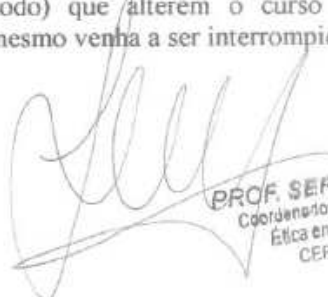
Data de recebimento no CEP-ENSP: 17 / 07 / 2008

Data de apreciação: 06 / 08 / 2008

Parecer do CEP/ENSP: Aprovado.

Ressaltamos que a pesquisadora responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d., da resolução CNS/MS Nº 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo a pesquisadora justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.


PROF. SERGIO REGO
Coordenador do Comitê de
Ética em Pesquisa
CEPI/ENSP