

COLEÇÃO  
**MANUAIS UNIDAS**

NOVEMBRO/24



**PROMOPREV NA PRÁTICA:**  
**DO DESENHO AO MONITORAMENTO**  
**DE PROGRAMAS DE PROMOÇÃO À SAÚDE**  
**E PREVENÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS**

## CONSELHO DELIBERATIVO

### PRESIDENTE

José Antônio Diniz de Oliveira – FIOSAUDE

### VICE-PRESIDENTE

Alexandre José da Silva – ELOSAUDE

### CONSELHEIROS

Anderson Ferreira – CEMIG SAUDE  
Anibal de Oliveira Valença – ASFAL  
Carlos Borges Machado – FUNDAÇÃO COPEL  
Eli Melo Júnior – EVIDA  
Fernando Zingano – CABERGS  
João Paulo dos Reis Neto – CAPESESP  
Marcos Roberto Moreira Ribeiro – CASU UFMG  
Pablo Cavalcanti de Andrade Lima Brito – FISCO SAUDE

### CONSELHO FISCAL

Alfeu Luiz Abreu – SIM – CAIXA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE  
Fátima Taher Jounis – FUNDAFFEMG  
Ricardo de Oliveira Garcia – SPA SAÚDE

## DIRETORIA EXECUTIVA

### PRESIDENTE

Cleudes Cerqueira de Freitas – ASFEB

### DIRETORES

Werner Duarte Dalla – Diretor de Integração – ABERTTA SAÚDE  
Maurício Aparecido Lopes – Diretor Administrativo Financeiro – ECONOMUS  
Marina Shizuko Andrade Yasuda – Diretora Técnica – AMAGIS SAÚDE  
Patrícia Melo e Souza – Diretora de Treinamento e Desenvolvimento – FUNDAÇÃO REAL GRANDEZA  
Carlos Alberto Siqueira Gomes – Diretor de Comunicação – SAÚDE PETROBRAS

## APOIO INSTITUCIONAL DAS COMISSÕES TÉCNICAS UNIDAS

Amanda Bassan – Gerente Executiva  
Lizandra Lima – Coordenadora de Comissões Técnicas, Produtos e Serviços  
Tieni Zanotto da Costa – Assessora das Comissões Técnicas, Produtos e Serviços  
Larissa Félix – Assistente das Comissões Técnicas, Produtos e Serviços

## COMISSÃO DE MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE – COORDENAÇÃO

Natália Gherardi Almeida – STELLANTIS SAÚDE – Coordenadora Titular  
Almira Cristina Mota Morais – CASEMBRAPA – Coordenadora Suplente

## MEMBROS EFETIVOS

Adelir Maria de Oliveira – SIM PLANO DE SAÚDE  
Adriana Cardoso da Silva Nunes – POSTAL SAÚDE  
Agnaldo Tonhon – ELOSAÚDE  
Almira Cristina Mota Morais – CASEMBRAPA  
Amanda Cristina G. de Souza – SIM PLANO DE SAÚDE  
Ana Claudia de Souza Melo – TRT6 SAÚDE  
Ana Valéria de Queiroz Paiva Belizário – SAÚDE CAIXA  
Ana Paula Mello Correia Lima – SAÚDE PETROBRAS  
Angélica Cristiane da Silva – SIM PLANO DE SAÚDE  
Bianca Stefany Aguiar Nascimento – SAÚDE CAIXA  
Cintia Cristina Garzim Amorim – APAS BAURU  
Debora Grisi Pinho de Alencar – COMSEDER  
Ellen Saraiva G de Souza – STELLANTIS SAÚDE  
Erika Mara Dias Carneiro – CASSI  
Fabiola Fratogianni Eid – FUNDAÇÃO ASSEFAZ  
Felipe Farias Da Silva – GEAP  
Fernanda Cristina Santos Teixeira – COPASS SAÚDE  
Gleiciane Nogoceki – FUPS  
Indayanna Teixeira de Paula Queiroz – CAMED  
Isabella Perdigão – MEMBRO CONVIDADO  
Juliana Martinho Busch – CAPESESP  
Larissa de Queiroz Marques – CELOS  
Liliane de Alencar Gonçalves – POSTAL SAÚDE  
Lorete Folador Roeder – ITAIPU BINACIONAL  
Márcio da Silva Albuquerque – PRO SOCIAL - TRF1  
Mariana Cilento Ferreira da Silva – POSTAL SAÚDE  
Natália Gherardi Almeida – STELLANTIS SAÚDE  
Patricia Conde – VIVEST  
Paulo Roberto Nunes dos Santos – CABERGS  
Rafael Carniato do Amaral – CABERGS  
Renata Moraes Simione – FUNDAÇÃO ASSEFAZ  
Renatto Marcello de Araújo Pinto – TRT6 SAÚDE  
Sandra Helena Gomes Duarte – COPASS SAÚDE  
Semiramis Melo Sá – SAÚDE CAIXA  
Simone Miguel da Silveira – SAÚDE CAIXA  
Tatiana Figueiredo de Freitas – FUNDAÇÃO COPEL  
Werner Duarte Dalla – ABERTTA SAÚDE

## APOIADORES

Ana Léa Azevedo  
Ana Luiza Bueno

# **PROMOPREV NA PRÁTICA: DO DESENHO AO MONITORAMENTO DE PROGRAMAS DE PROMOÇÃO À SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS**

Este Manual destina-se às autogestões da UNIDAS, tendo sido cuidadosamente elaborado pela Comissão de Modelos de Atenção à Saúde.

# SUMÁRIO

<b>A UNIDAS</b>	<b>07</b>
<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>08</b>
<b>CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO, CONCEITOS E LEGISLAÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>1. Evidências em PROMOPREV</b>	<b>10</b>
1.1 Por que investir em programas de Promoção de Saúde?	12
1.2 Sustentabilidade econômica das operadoras de autogestão por meio da implantação dos programas de Promoção à Saúde	14
1.3 Perfil epidemiológico da carteira e definição da população-alvo dos programas	15
<b>2. Programas X Rede de Cuidados – Entendendo a Longitudinalidade e a Integralidade do Cuidado</b>	<b>16</b>
<b>3. Aspectos Conceituais e Legislação Relacionada à PROMOPREV</b>	<b>23</b>
3.1 Conceito PROMOPREV – ANS: Promoção de Saúde, prevenção de doenças e agravos	23
3.2 Programa inscrito x cadastrado	26
<b>CAPÍTULO II – CASES DAS OPERADORAS</b>	<b>28</b>
<b>4. Transposição da Teoria para a Prática</b>	<b>28</b>
4.1 Estudo de prevalência de doenças a partir do consumo de medicamentos do programa de benefício farmacêutico (Fundação Copel)	28
4.2 Mapeamento das necessidades reais dos beneficiários - Estudo de Personas (Stellantis Saúde)	31
4.3 Programa Bate Coração (Stellantis Saúde)	37
4.4 Programa Vida Nova - Atendimento diferenciado à gestante e ao bebê desde o início da gravidez. (Copass Saúde)	41
4.5 Implantação de Programa de Promoção e Prevenção (SIM – Caixa de Assistência à Saúde)	45

4.6 Por onde (re)começar – Lidando com Múltiplos Contextos: sinistralidade, outliers, envelhecimento populacional e critérios de temperatura (Elosaúde – Associação de Assistência à Saúde)	48
<b>CAPÍTULO III – ABORDAGEM AOS BENEFICIÁRIOS</b>	<b>54</b>
5. A Importância da Definição da Metodologia de Abordagem, suas Nuances, Implicações e Necessidades	54
5.1 O Primeiro Contato – Vida ou Morte do Programa	54
5.2 Continuidade – Etapas Futuras	58
5.2.1 Dicas importantes para a Continuidade do Programa	58
5.3 Vamos a algumas dicas práticas?	60
<b>CAPÍTULO IV – ACOMPANHAMENTO E CONTROLE</b>	<b>61</b>
6. Monitoramento de Indicadores e Gestão de Programas	61
<b>CAPÍTULO V – CONHECER PARA CONVENCER</b>	<b>67</b>
7. Os Desafios em Torno do Convencimento das Instâncias Decisórias	67
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>74</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>76</b>

# EXPEDIENTE

**PRODUÇÃO EXECUTIVA:** Comissão de Modelos de Atenção à Saúde – UNIDAS

**REVISÃO TÉCNICA:** Natália Gherardi

**REVISÃO DE ESTILO E EDIÇÃO DE CONTEÚDO:** Agnaldo Tonhon

**REVISÃO DE CONTEÚDO:** Fernanda Teixeira

## PRODUÇÃO DE CONTEÚDOS:

- a. Apresentação: **Natália Gherardi**
- b. Evidências em PROMOPREV: **Isabella Perdigão, Gleiciane Nogoceki, Ana Paula Mello Correia Lima**
- c. Programas x Rede de Cuidados - entendendo a longitudinalidade e a integralidade do cuidado: **Ana Claudia de Souza Melo, Sandra Helena Gomes Duarte**
- d. Aspectos Conceituais e Legislação Relacionada à PROMOPREV: **Almira Cristina Mota Morais, Adriana Cardoso da Silva Nunes e Renatto Marcello de Araújo Pinto**
- e. Transposição da teoria para a prática: **Agnaldo Tonhon, Natália Gherardi**
- f. CASE: Estudo de prevalência de doenças a partir do consumo de medicamentos do programa de benefício farmacêutico (Fundação Copel): **Tatiana Figueiredo de Freitas**
- g. CASE: Mapeamento das necessidades reais dos beneficiários - Estudo Personas (Stellantis Saúde): **Natália Gherardi**; Apoiadores: **Ana Lea Azevedo, Ana Luiza Bueno**
- h. CASE: Programa Bate Boração – (Stellantis Saúde): **Natália Gherardi**; Apoiadores: **Ana Lea Azevedo, Ana Luiza Bueno**
- i. CASE: Programa Vida Nova - Atendimento diferenciado à gestante e ao bebê desde o início da gravidez (Copass Saúde): **Sandra Helena Gomes Duarte**
- j. CASE: Implantação de programa de Promoção e Prevenção (Sim – Saixa de Assistência à Saúde): **Angélica Cristiane da Silva, Adelir Maria de Oliveira e Amanda Cristina Gonzaga de Souza**
- k. CASE: Por onde (re)começar – lidando com múltiplos contextos: sinistralidade, outliers, envelhecimento populacional e critérios de temperatura (Elosaúde – Associação de Assistência à Saúde): **Agnaldo Tonhon**
- l. A importância da definição da metodologia de abordagem, suas nuances, implicações e necessidades: **Márcio da Silva Albuquerque**
- m. Monitoramento de Indicadores e Gestão de Programas: **Fernanda Teixeira e Rafael Carniato do Amaral**
- n. Os desafios em torno do convencimento das instâncias decisórias: **Agnaldo Tonhon**
- o. Considerações Finais: **Agnaldo Tonhon**

**DIAGRAMAÇÃO E PRODUÇÃO VISUAL:** UNIDAS Nacional

## A UNIDAS

A **União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS)** é uma entidade associativa sem fins lucrativos, representante das operadoras de autogestão do Brasil. A autogestão em saúde é o segmento da saúde suplementar em que a própria instituição é a responsável pela administração do plano de assistência à saúde oferecido aos seus empregados, servidores ou associados e respectivos dependentes. É administrado pela área de recursos humanos das empresas ou por meio de uma Fundação, Associação ou Caixa de Assistência – e não tem fins lucrativos. Atualmente, a **UNIDAS** congrega cerca de 4 milhões de vidas e mais de 110 filiadas, que correspondem a 11% do total de vidas do setor de saúde suplementar.

Criada em novembro de 2002, a entidade atua por meio de Superintendências Estaduais, que têm como objetivo subsidiar as instituições de autogestão nos Estados e no Distrito Federal, cujas atividades desenvolvem-se sob rígidos princípios de ética, solidariedade e cooperação.

A **UNIDAS** acompanha de perto a evolução do setor, atuando permanentemente junto às agências reguladoras – **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)** e **Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)** –, ao **Ministério da Saúde**, ao **Congresso Nacional**, dentre outras instâncias governamentais. Além disso, seu trânsito com os representantes dos outros segmentos da saúde suplementar tem garantido à entidade reconhecimento e possibilidade de participar ativamente do cenário da saúde no país. No campo interno, age para oferecer apoio e busca de soluções para o aprimoramento da gestão de suas filiadas.

A **UNIDAS**, como previsto em sua estrutura, tem como propósito unir as Operadoras em prol da autogestão em saúde, cuja visão é ser a referência na saúde suplementar e o centro de soluções e conhecimento para autogestões.

# APRESENTAÇÃO

Ao longo dos anos, a **Comissão de Modelos de Atenção à Saúde** vem debatendo e compartilhando o conhecimento a partir de uma visão integral do cuidado. Partindo dos resultados da **Pesquisa Estratégica com Operadoras**, que ocorreu em 2021 e que objetivou compreender a maturidade das Filiadas em relação a hierarquização de rede, modelos de atenção à Saúde, políticas de saúde, entre outros, ações vêm sendo conduzidas com o intuito de melhor respaldar e subsidiar as Operadoras no desenvolvimento de suas estratégias internas.

Além da produção de um Webinar para lançamento do **Glossário e Pesquisa APS** e de um workshop com tema “Programas de Promoção à Saúde nas Autogestões” a Comissão de Modelos de Atenção à Saúde identificou a necessidade e a relevância de produzir um material instrutivo, orientativo e com exemplos práticos de Filiadas para enriquecer o repertório referente ao tema de Promoção de Saúde e Prevenção de doenças e agravos.

É válido ressaltar que a referida pesquisa contou com a participação de 38 operadoras e evidenciou que 32% delas não têm um documento técnico que descreva com clareza o objetivo do Programa, as ações preconizadas, a população-alvo, as metas, os indicadores, o investimento necessário e o retorno esperado. Outras 24% das participantes assumem que têm esse documento técnico para alguns programas ativos, mas não para todos.

Outro ponto evidenciado na pesquisa é o fato de que 26% das OPS, em seu processo de elaboração dos programas, não seguem protocolos e diretrizes clínicas baseados em evidências científicas, em consonância à **Recomendação da ANS – Laboratório de Inovação sobre experiências em APS na saúde suplementar**. Nesse sentido, a ANS recomenda que, para aprimorar os **Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças (PROMOPREV)**, a fim de que sejam mais efetivos, é necessário utilizar a abordagem em saúde populacional, que inclui a estratificação da população, a elaboração de estratégias para os diferentes grupos, o uso da tecnologia (inclusive os registros eletrônicos de saúde), a coordenação do cuidado e a integração crescente com a rede assistencial.

Nessa perspectiva, o objetivo do presente trabalho é subsidiar as Filiadas com exemplos práticos, pautados em evidências, os quais consubstanciaram a

produção desta cartilha. Ademais, busca-se orientar, disseminar boas práticas e direcionar as OPS desde a criação e desenho de programas, a partir da identificação do perfil da carteira, até o seu gerenciamento e monitoramento.

Ainda na esteira do compartilhamento de experiências e conhecimentos, ressalve-se o fato de que – especialmente no que diz respeito aos cases compartilhados pelas operadoras – retratam realidades, especificidades e desafios particulares e pontuais e, por conseguinte, não devem ser interpretados para além do que são, ou seja, exemplos práticos, não modelos técnico-científicos. São dotados de acertos e virtudes; podem carecer de melhorias, mas são, antes de qualquer coisa, demonstrações exitosas de transposição da teoria para a realidade, razão pela qual integram o presente trabalho.

Adicionalmente, esse compartilhamento de boas práticas, por parte das filiadas que já possuem programas aprovados na ANS, dá importante visibilidade, enriquece os processos internos e promove a educação em saúde.

Ressalta-se, por fim, a relevância dos **Programas de Promoção e Prevenção** devidamente desenhados com base nas necessidades reais dos beneficiários e perfil da carteira, implementados na rotina assistencial das equipes e capazes de agregar valor aos beneficiários e às operadoras, diminuindo, portanto, desperdícios de recursos de saúde.

# CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO, CONCEITOS E LEGISLAÇÃO

## 1. EVIDÊNCIAS EM PROMOPREV

A mudança da estrutura etária no país é inevitável. O nível de mortalidade está diminuindo, principalmente com a diminuição da mortalidade infantil e o perfil epidemiológico que está se alterando, com o contínuo declínio proporcional de causas de morte ligadas a condições de nutrição e saneamento básico e aumento da importância de causas relacionadas ao envelhecimento populacional. Este fenômeno provoca mudanças no perfil de morbimortalidade no Brasil.

Em 2010, a população brasileira era composta por 194,7 milhões de pessoas e, em um cenário mais rígido, há expectativa de que haja, em 2.100, apenas 156,4 milhões de pessoas no país. A proporção de idosos, que em 2010 era de 7,3%, pode chegar a 40,3% em 2.100; enquanto o percentual de jovens (com menos de 15 anos) pode cair de 24,7% para 9%. Em 2023 os idosos deixaram de ser a menor fatia da população brasileira (15,6%) e ultrapassaram a faixa etária dos jovens de 15 a 24 anos (14,8%), segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Em 2046, os brasileiros com 60 anos ou mais serão a maior fatia populacional, chegando a 28%. E em 2070, mais de 1 em cada 3 brasileiros será idoso, com um aumento significativo na idade média da população para 51,2 anos. Isso traz desafios e oportunidades para políticas e cuidados de saúde e a forma como pensamos sobre o envelhecimento.

O envelhecimento populacional é resultado de dois fatores principais: queda na taxa de fecundidade (ou seja, menos filhos por mulher) e aumento da expectativa de vida. De 2000 a 2023, a taxa de fecundidade caiu de 2,32 para 1,57 filho por mulher (o mínimo necessário para a reposição populacional é 2,1 filhos por mulher). A expectativa de vida ao nascer subiu de 71,1 anos em 2000 para 76,4 anos em 2023 e deve chegar a 83,9 anos em 2070. Ou seja, estamos vivendo mais e tendo menos filhos.

Diante desse cenário, é importante considerar que o envelhecimento populacional é uma tendência global que está impactando profundamente os sistemas de saúde, incluindo as operadoras de saúde. Este fenômeno apresenta desafios significativos e exige uma reavaliação das estratégias de gestão e atendimento das operadoras de saúde:

- a. **Aumento das Doenças Crônicas:** Com o envelhecimento, há um aumento na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares. Essas condições exigem cuidados contínuos e podem sobrecarregar o sistema de saúde.
- b. **Transição Epidemiológica:** O Brasil está passando por uma transição epidemiológica, onde as doenças infecciosas estão sendo substituídas por doenças crônicas como principais causas de morbidade e mortalidade. Isso requer uma mudança no foco das políticas de saúde pública.
- c. **Maior Demanda por Serviços de Saúde:** A população idosa tende a utilizar mais os serviços de saúde, incluindo consultas médicas, hospitalizações e medicamentos.
- d. **Necessidade de Cuidados de Longo Prazo:** O envelhecimento também aumenta a demanda por cuidados de longo prazo, como assistência domiciliar, unidades de transição de cuidados e instituições de longa permanência para idosos.
- e. **Impacto Econômico:** O aumento dos gastos com saúde para atender a população idosa pode ter um impacto significativo nas finanças públicas e na economia do país.
- f. **Impactos nas Operadoras de Saúde:** Para as operadoras de saúde, o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e o envelhecimento da população têm implicações profundas.
- g. **Custo dos Cuidados:** As DCNT geralmente requerem tratamentos prolongados, monitoramento contínuo e cuidados complexos, o que resulta em um aumento substancial dos custos para as operadoras de saúde.
- h. **Necessidade de Cuidados Integrados:** A gestão eficaz das DCNT exige uma abordagem holística que inclua cuidados primários, especializados e suporte contínuo. Isso demanda uma coordenação eficaz entre diferentes níveis de atendimento e profissionais de saúde.
- i. **Aumento da Demanda por Serviços:** A necessidade crescente de serviços de saúde e suporte a longo prazo pode sobrecarregar os recursos das operadoras e exigir investimentos em infraestrutura e pessoal capacitado.

As doenças crônicas não transmissíveis representam um dos principais desafios dos sistemas de saúde. As DCNT são a principal causa de morte no Brasil, representando cerca de 72% dos óbitos. Entre essas, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 30% das mortes, seguidas pelas

neoplasias (câncer) com 16%. Em 2021, as DCNTs causaram 316.016 mortes prematuras (entre 30 e 69 anos) em todos os municípios do país. Além disso, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) destaca que as DCNTs continuam sendo a principal causa de morte e incapacidade nas Américas, incluindo o Brasil.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são um grupo de doenças que não são causadas por infecções e tendem a ser de longa duração. Elas incluem:

- i. **Doenças cardiovasculares:** como hipertensão arterial, ataque cardíaco e derrame.
- ii. **Câncer:** diversos tipos, como câncer de mama, pulmão e próstata.
- iii. **Diabetes:** tanto tipo 1 quanto tipo 2.
- iv. **Doenças respiratórias crônicas:** como asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e rinite alérgica.

Essas doenças são frequentemente associadas a fatores de risco como tabagismo, consumo abusivo de álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade. A prevenção e o controle dessas condições envolvem mudanças no estilo de vida e, em muitos casos, tratamento médico contínuo, por isso preconizam diretrizes e ações em três eixos:

- a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento;
- b) promoção da saúde; e
- c) cuidado integral.

Esses desafios exigem uma abordagem integrada e contínua para garantir que a população idosa receba os cuidados necessários.

### 1.1 Por que investir em programas de Promoção de Saúde?

Segundo a Carta da 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, mais conhecida como **Carta de Ottawa**, 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” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986, p. 1).

Investir em programas de promoção de saúde é uma estratégia essencial para as operadoras de saúde que buscam não apenas melhorar a qualidade de vida dos beneficiários, mas também garantir a sustentabilidade e a eficiência financeira de seus serviços. Esses programas visam prevenir doenças, promover hábitos saudáveis e criar um ambiente de saúde mais positivo e proativo.

A **Promoção da Saúde** possui como princípios a equidade, a intersetorialidade, o empoderamento, a participação social, a sustentabilidade, a autonomia e a integralidade. Estes são bons marcadores para identificar se uma ação ou política está voltada à promoção da saúde.

O crescente custo da assistência e da incorporação tecnológica em saúde, o envelhecimento populacional e a transição epidemiológica com o aumento da incidência e da prevalência das doenças crônicas, reforçam a importância de se priorizar estratégias voltadas para promoção de saúde e prevenção de riscos e doenças.

- a. **Envelhecimento Populacional:** Como contextualizado anteriormente, a população brasileira está envelhecendo rapidamente, fato ocasionado pelo aumento da expectativa de vida em função da melhoria nas condições de saúde e qualidade de vida, queda da fecundidade e redução da mortalidade, porém, como consequência, tem-se o aumento das doenças crônicas, necessidade crescente de serviços de saúde e impacto econômico pelo aumento de gastos com saúde, o que gera o desafio na sustentabilidade do sistema.
- b. **Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT):** As doenças crônicas exercem impacto profundo nos sistemas de saúde do Brasil, mormente pela alta prevalência de hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares e respiratórias, que atingem aproximadamente 52% dos adultos brasileiros. Nesse extrato populacional os indivíduos são acometidos por pelo menos uma destas morbidades e elas, por sua vez, se consolidam como responsáveis pela maioria das mortes ocorridas no país, superando as doenças infecciosas. Ato contínuo geram importante impacto econômico, representado pelos custos diretos e indiretos ao sistema de saúde, por isso são necessárias políticas voltadas para prevenção, diagnóstico precoce e tratamento adequado.
- c. **Sustentabilidade do sistema:** O crescente custo da assistência e da incorporação tecnológica em saúde, juntamente com o aumento da

incidência e prevalência das doenças crônicas, evidenciam a necessidade de investimentos contínuos em programas de promoção à saúde, voltados à redução dos custos e da frequência com atendimentos em emergência, internações e tratamentos.

- d. **Qualidade de Vida:** A promoção da saúde e a prevenção de riscos e doenças são fundamentais para estimular uma vida com qualidade e para que a longevidade seja desfrutada de forma plena e saudável.

Investir em programas de promoção à saúde é, portanto, uma estratégia essencial para enfrentar os desafios do envelhecimento populacional, reduzir a carga das doenças crônicas e melhorar a qualidade de vida da população.

## **1.2 Sustentabilidade econômica das operadoras de autogestão por meio da implantação dos programas de promoção à saúde**

No cenário atual dos sistemas de saúde, a sustentabilidade econômica das operadoras de autogestão é um desafio crescente. Neste contexto, uma abordagem estratégica, que tem se mostrado eficaz, é a implantação de programas de promoção à saúde. Esses programas não apenas contribuem para a melhoria da qualidade de vida dos beneficiários, mas também desempenham papel crucial na viabilização financeira das operadoras.

- a. **Redução de Custos com Prevenção:** programas de promoção à saúde focam na prevenção e na educação dos beneficiários, abordando fatores de risco antes que se transformem em condições agravadas e onerosas. Ao promover hábitos saudáveis e monitorar indicadores de saúde, é possível reduzir a incidência de doenças crônicas e agudas. Isso, por sua vez, diminui a necessidade de tratamentos caros e hospitalizações, resultando em economias significativas para as operadoras de autogestão.
- b. **Melhoria da Gestão de Condições Crônicas:** programas de promoção à saúde frequentemente incluem estratégias para o manejo eficaz de condições crônicas como diabetes, hipertensão e doenças cardíacas. Por meio de acompanhamento regular, educação e suporte, os beneficiários podem manter sua condição de saúde sob controle, evitando complicações e hospitalizações frequentes. Essa abordagem não só melhora a qualidade de vida dos beneficiários, mas também reduz a carga financeira associada ao tratamento dessas condições.

- c. Aumento da Satisfação e Retenção dos Beneficiários:** beneficiários que percebem investimentos em sua saúde e bem-estar tendem a se sentir mais valorizados e satisfeitos com sua operadora. Programas de promoção à saúde que oferecem suporte personalizado e recursos para um estilo de vida saudável, podem aumentar a fidelidade dos beneficiários e reduzir a rotatividade. A satisfação elevada também pode influenciar positivamente a reputação da operadora, atraindo novos beneficiários e contribuindo para a estabilidade financeira a longo prazo.
- d. Dados e Análise para Melhorias Contínuas:** a implantação de programas de promoção à saúde permite a coleta de dados valiosos sobre o estado de saúde dos beneficiários e a eficácia das intervenções. Com análises contínuas, as operadoras podem ajustar suas estratégias para melhor atender às necessidades da população e otimizar os recursos. Essa abordagem, baseada em dados, ajuda a identificar áreas de sucesso e oportunidades de melhoria, promovendo uma gestão financeira mais eficiente e sustentável.
- e. Integração com Outras Iniciativas de Saúde:** programas de promoção à saúde podem ser integrados a outras iniciativas de saúde da operadora, como cuidados coordenados e gestão de saúde populacional. Essa integração permite uma abordagem holística para a saúde dos beneficiários, maximizando o impacto das intervenções e promovendo uma gestão mais eficiente dos recursos financeiros.

A sustentabilidade econômica das operadoras de autogestão pode ser significativamente fortalecida por meio da implantação de programas de promoção à saúde. Ao focar na prevenção, gerenciamento eficaz de condições crônicas e aumento da satisfação dos beneficiários, as operadoras não apenas reduzem os custos associados ao tratamento, mas também criam um ambiente de saúde mais positivo e sustentável. A implementação estratégica e a análise contínua desses programas são essenciais para garantir equilíbrio financeiro e melhoria contínua na qualidade dos serviços oferecidos.

### **1.3 Perfil epidemiológico da carteira e definição da População-alvo dos programas**

A análise do perfil epidemiológico da carteira com a definição da população-alvo é uma etapa crucial na elaboração e implementação de programas de promoção à saúde eficazes e positivamente impactantes para as operadoras

de saúde. Uma abordagem estratégica, que utilize dados demográficos, perfil de saúde, comportamentos e aspectos geográficos assegura que os programas sejam relevantes e adequados às necessidades dos beneficiários. Com uma definição adequada da população-alvo, as Operadoras podem oferecer intervenções efetivamente direcionadas, aprimorar a eficiência dos recursos e promover melhores resultados de saúde para a comunidade.

O macroprocesso para implantação de um programa é composto por fases essenciais como mapeamento da população, identificação da população elegível, análise de dados populacionais, epidemiológicos e de utilização, seleção da população alvo ou recortes populacionais e ordenação de prioridade das iniciativas a serem implementadas.

A identificação dos beneficiários pode ser iniciada pelo mapeamento do perfil populacional, representado por:

- a. Faixa etária;
- b. Predominância de gênero;
- c. Presença de agravos ou fatores de risco;
- d. Perfil de utilização do plano de saúde;
- e. Análise preditiva da carteira.

A determinação de tais características permitirá o estabelecimento de áreas prioritárias de atenção, em conformidade com os conceitos de gestão de risco, dada a estratificação de doenças prevalentes e grupos vulneráveis. Tal levantamento é efetuado por meio do diagnóstico da carteira de beneficiários.

- a. Para definir eficazmente a população-alvo, as operadoras de saúde podem utilizar métodos como: base de dados cadastrais dos beneficiários;
- b. Dados de utilização do plano de saúde, nos últimos 12 ou 24 meses, por frequência de eventos e custo, como:
  - i. Internações – por tipo, motivo, procedimento autorizado/executado e Prestador de Rede;
  - ii. Atendimentos em Pronto Socorro;
  - iii. Consultas eletivas por especialidade;
  - iv. Consultas em Pronto Socorro;
  - v. Tratamentos seriados e
  - vi. Exames.

- c. Informações da saúde ocupacional;
- d. Condições de saúde ou risco identificados por meio da análise de autorizações ou utilização de algoritmos que sugerem diagnósticos compatíveis com a utilização; e
- e. Clusterização/Estratificação da população em níveis de complexidade.

Ao final a população poderá ser, por exemplo, classificada em cinco níveis de complexidade, seguindo o modelo de atenção aos crônicos de Mendes (2013), modelo que serve de referência atualmente, representado na imagem abaixo:



FONTE: MENDES, 2013

O mapeamento, clusterização e estratificação populacional baseados em informações ajudará na definição do foco principal do programa a ser implementado, de forma que a abordagem da população, a implementação de ações, o monitoramento de resultados e o processo de melhoria contínua seja executado de forma fluida e eficaz.

Uma definição precisa da população-alvo oferece vários benefícios, incluindo:

- a. **Eficiência e Eficácia:** programas bem direcionados são mais eficazes em alcançar seus objetivos e resolver problemas específicos de saúde. A eficiência no uso de recursos é maximizada, reduzindo desperdícios e melhorando o impacto geral.

- b. Engajamento e Adesão:** beneficiários são mais propensos a se engajar e aderir a programas que abordam suas necessidades reais e atuais. Intervenções personalizadas e relevantes aumentam a probabilidade de sucesso dos programas.
- c. Melhoria dos Resultados de Saúde:** ao focar nos grupos que mais precisam de apoio, os programas de promoção à saúde têm maior potencial para melhorar os resultados de saúde e reduzir a incidência de doenças e complicações.

Deste modo, identificar corretamente os grupos que mais se beneficiarão dos programas é fundamental para definir quais serão as ações e garantir que as iniciativas sejam eficazes, direcionadas e proporcionem o máximo de impacto positivo.

Uma vez constatada a relevância da atuação baseada em promoção e prevenção, pretende-se evidenciar de forma prática, nos capítulos seguintes, as experiências e a forma como algumas filiadas se organizaram em relação aos programas de saúde, proporcionando intercâmbio de conhecimentos, compartilhamento dos desafios encontrados, erros e acertos experimentados diante do compromisso de melhorar continuamente.

Nesse tópico ressaltou-se a importância de que os programas de promoção à saúde estejam integrados a outras iniciativas de saúde da operadora, resultando em uma abordagem holística para a saúde dos beneficiários que traduzem uma atuação em rede. No tópico seguinte, aprofundaremos essa questão relevante que reforça o pilar de integralidade do cuidado.

## **2. PROGRAMAS X REDE DE CUIDADOS – ENTENDENDO A LONGITUDINALIDADE E A INTEGRALIDADE DO CUIDADO**

Antes de relacionarmos conceitos importantes que reforçam a longitudinalidade e a integralidade do cuidado, é importante compreendermos:

### **a. O que são Programas de Saúde?**

São ações organizadas que têm o objetivo de prevenir, tratar e controlar problemas de saúde específicos. Por exemplo, existem programas focados no controle da pressão alta (hipertensão) ou no controle do diabetes. Esses

programas são importantes porque ajudam a alcançar bons resultados em áreas de saúde que precisam de atenção especial. No entanto, uma das limitações desses programas é que eles geralmente focam em uma única condição de saúde, negligenciando outros aspectos importantes da saúde do paciente, o que não é ideal. Quando o cuidado se concentra apenas em uma doença específica, outras necessidades de saúde do paciente podem não ser atendidas, comprometendo o olhar para a saúde como um todo.

### **b. O que é Longitudinalidade do Cuidado?**

Longitudinalidade significa que o cuidado dedicado à saúde do paciente é contínuo ao longo do tempo. Não importa se o paciente está bem ou se sua condição de saúde mudou, ele sempre será acompanhado por uma equipe de saúde que conhece seu histórico e suas necessidades. Esse acompanhamento constante é essencial para criar um vínculo de confiança entre o paciente e a equipe de saúde, o que ajuda a melhorar os resultados do tratamento. Em um sistema de saúde que valoriza a longitudinalidade, o paciente não é visto como um caso isolado, mas como uma pessoa que pode precisar de cuidados ao longo de toda a vida. Isso ajuda a evitar problemas que podem surgir se o cuidado não for bem coordenado ao longo do tempo.

### **c. O Que é Integralidade do Cuidado?**

Integralidade significa que o sistema de saúde deve atender todas as necessidades do paciente, de forma completa e holística. Isso inclui não só o tratamento de doenças específicas, mas também a promoção da saúde, a prevenção de doenças, e até cuidados paliativos, se necessário. A integralidade garante que o cuidado não seja fragmentado, ou seja, não se limite a um único aspecto da saúde do paciente. Em uma rede de cuidado, todos os serviços são organizados de forma a considerar o paciente como um todo, cuidando tanto da sua saúde física quanto das suas necessidades emocionais, sociais e até espirituais.

Para isso, diferentes profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, nutricionistas e psicólogos, trabalham juntos para oferecer um cuidado completo e eficaz. Programas de saúde e redes de cuidado trabalhando juntos. Embora os programas de saúde sejam importantes para enfrentar problemas específicos, é essencial que eles sejam integrados às redes de cuidado para que o paciente receba um atendimento contínuo e completo.

Enquanto os programas oferecem um foco especializado em determinadas áreas, as redes de cuidado garantem que o paciente seja visto como uma pessoa com múltiplas necessidades de saúde, que devem ser atendidas ao longo do tempo. Quando programas de saúde e redes de cuidado trabalham juntos, o sistema de saúde se torna mais forte e capaz de oferecer um cuidado de qualidade, focado tanto em resultados específicos quanto no bem-estar geral do paciente. Isso é fundamental para alcançar a excelência em saúde, garantindo que todos tenham acesso a um cuidado justo e eficaz.

**d. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças:  
A Importância das Linhas de Cuidado**

A promoção da saúde e a prevenção de doenças são pilares fundamentais para garantir a qualidade de vida e o bem-estar das populações. Nesse contexto, as linhas de cuidado emergem como uma estratégia essencial para a organização e a integração das ações de saúde como em uma rede de cuidados, assegurando que os indivíduos recebam assistência contínua, coordenada e integral em todas as fases da vida e em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde.

As linhas de cuidado são definidas como um conjunto de ações e serviços organizados de forma lógica e sequencial, que visam atender às necessidades de saúde de uma população específica, garantindo a continuidade e a integralidade do cuidado. Essas linhas englobam desde ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, passando pelo diagnóstico e tratamento, até a reabilitação e os cuidados paliativos, quando necessário. A implementação eficaz das linhas de cuidado requer a articulação entre os diversos níveis de atenção à saúde – atenção primária, secundária e terciária –, bem como a integração entre os diferentes setores que influenciam os determinantes sociais da saúde, como educação, habitação, trabalho e meio ambiente.

Dessa forma, promove-se não apenas a resolução dos problemas de saúde dos indivíduos, mas também a redução das iniquidades em saúde, contribuindo para a construção de uma sociedade mais justa e saudável. Além disso, as linhas de cuidado são fundamentais para garantir a continuidade do cuidado, evitando a fragmentação dos serviços de saúde. Em um cenário onde a fragmentação é predominante, o paciente pode se perder no sistema, sem acesso a todos os cuidados necessários ou sendo submetido a intervenções desnecessárias e, por vezes, prejudiciais.

A coordenação do cuidado através de linhas bem delineadas assegura que o paciente percorra uma jornada assistencial clara e que cada intervenção seja pertinente e realizada no momento oportuno. A literatura enfatiza a importância das linhas de cuidado para a promoção da saúde e prevenção de doenças. Segundo Mendes (2011), as linhas de cuidado são essenciais para a estruturação do cuidado em saúde, promovendo a continuidade e a integralidade das ações, que são fundamentais para alcançar melhores resultados em saúde. Além disso, Paim (2013) destaca que a adoção de linhas de cuidado pode contribuir significativamente para a equidade no acesso aos serviços de saúde, um dos principais desafios enfrentados pelos sistemas de saúde contemporâneos.

Assim, a construção de linhas de cuidado integradas e efetivas deve ser uma prioridade na formulação de políticas de saúde. É através dessa estratégia que se pode assegurar que todos os indivíduos, independentemente de sua condição socioeconômica, tenham acesso a um cuidado de saúde de qualidade, contínuo e resolutivo, promovendo a saúde e prevenindo doenças de forma efetiva.

#### **e. A Importância do Cuidado Integral ao Paciente em Programas Específicos**

A promoção da saúde e a prevenção de doenças são abordagens essenciais para melhorar a qualidade de vida das populações. Contudo, ao se inserir um paciente em um programa de saúde voltado para uma condição específica – como programas de hipertensão, diabetes ou saúde mental –, é crucial que o cuidado não se limite exclusivamente ao problema alvo do programa.

É necessário adotar uma visão integral do paciente, considerando todas as suas necessidades de saúde, físicas e emocionais, para garantir uma assistência completa e eficaz. A atenção integral ao paciente implica em olhar para o indivíduo como um todo, reconhecendo que ele é mais do que sua condição de saúde específica. Esse enfoque leva em conta todos os aspectos da vida do paciente, incluindo suas condições sociais, emocionais, culturais e familiares, que podem influenciar diretamente na sua saúde e no sucesso do tratamento.

A fragmentação do cuidado, onde cada condição é tratada isoladamente, pode resultar em um atendimento desconexo, que não aborda as complexidades inerentes ao estado de saúde do paciente. Por exemplo,

um paciente que participa de um programa de controle de diabetes pode também sofrer de hipertensão, problemas emocionais ou dificuldades socioeconômicas que afetam sua capacidade de seguir o tratamento. Se essas questões não forem abordadas de maneira integrada, há um risco significativo de que o manejo do diabetes não seja eficaz, comprometendo a saúde geral do paciente.

A literatura reforça a importância desse cuidado integral. Ayres (2004) destaca que a integralidade é um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) e deve orientar a prática de todos os profissionais de saúde. Ele argumenta que o cuidado integral vai além da simples oferta de serviços, exigindo uma compreensão aprofundada do contexto de vida do paciente, o que permite a construção de um plano de cuidado mais abrangente e eficiente.

Além disso, Mendes (2011) enfatiza que, para alcançar resultados positivos em saúde, é essencial que os programas específicos estejam alinhados com uma abordagem de cuidado integral. Isso significa que as intervenções devem ser planejadas e implementadas de forma a contemplar todas as dimensões da saúde do paciente, promovendo não apenas o controle da condição alvo, mas também a prevenção de outras doenças e a promoção do bem-estar geral.

Em resumo, ao inserir o paciente em um programa de saúde específico, é imprescindível que os profissionais de saúde mantenham uma visão integral do cuidado, abordando todas as necessidades de saúde do paciente de maneira coordenada e integrada. Esse enfoque não só melhora os resultados do tratamento da condição alvo, mas também promove a saúde global do paciente, prevenindo complicações e outras doenças, e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida.

Os pontos teóricos discutidos até aqui, serão abarcados na abordagem prática dos cases das Operadoras descritos adiante, antes, porém, é indispensável o aprofundamento nos aspectos regulatórios e legais, bem como na contrapartida para as operadoras que implantam programas, tema abordado no tópico seguinte.

### 3. ASPECTOS CONCEITUAIS E LEGISLAÇÃO RELACIONADA A PROMOPREV

Que as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças tem relevância para as Operadoras favorecendo o enfrentamento do atual contexto de adoecimentos além de potencial redução dos custos, já ficou claro nos tópicos anteriores, mas como a Agência Nacional de Saúde (ANS) vê os Programas?

#### 3.1 CONCEITO PROMOPREV – ANS:

##### **Promoção de Saúde, Prevenção de Doenças e Agravos**

Anteriormente foi mencionada a carta de Ottawa escrita em 1986 que traz o conceito de promoção de saúde, mas nesse ponto, vale reforçar:

“promoção da saúde é um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no processo e não se limita apenas a melhora a saúde, mas em qualidade de vida e bem-estar com uma perspectiva multidisciplinar integradas e em redes.

A promoção da saúde apoia o desenvolvimento pessoal e social através da divulgação e informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais. Com isso, aumentam as opções disponíveis para que as populações possam exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio-ambiente, bem como fazer opções que conduzam a uma saúde melhor”.

A ANS, com o objetivo de reordenar os modelos assistenciais praticados, e buscando estratégias para promover melhoria na qualidade de vida e redução dos riscos à saúde, estabeleceu por meio de resoluções e instruções normativas, critérios e definições de modelos de programas para promoção de saúde e prevenção de riscos na saúde suplementar – PROMOPREV.

A resolução normativa (RN) N° 264/2011 conceitua, estabelece diretrizes, define os modelos de programas e orienta sobre os incentivos para as operadoras e para os beneficiários de planos privados de assistência à saúde. Nesta resolução são classificados os programas da seguinte forma:

**I: Programa para Promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida:** cujo objetivo é de promover melhoria na qualidade de vida

de pessoas idosas, oferecer estratégias de manutenção da capacidade funcional e da autonomia dos indivíduos ao longo do curso da vida.

- II: Programa para População-Alvo Específica:** são estratégias de saúde para grupos de indivíduos com características específicas, e em determinada faixa etária, ciclo de vida ou fator de risco determinado; e
- III: Programa para Gerenciamento de Crônicos:** conjunto de estratégias orientadas para um grupo de indivíduos portadores de doenças crônico-degenerativas e com alto risco assistencial, incorporando ações para prevenção secundária e terciária, compressão da morbidade e redução dos anos perdidos por incapacidade.

Todos os programas devem ser estruturados tendo em vista as características sociodemográficas e epidemiológicas dos beneficiários. Considerando as orientações da resolução o mesmo modelo de programa poderá ser adotado por diferentes regiões, independentemente da abrangência geográfica do produto.

No que se refere a incentivos, bonificações, premiações ou outros, o art. 4º da referida RN, esclarece que as Operadoras poderão conceder tais incentivos visando o incentivo à participação e engajamento dos beneficiários aos Programas de Promoção. E nessa perspectiva, as Operadoras também poderão dispor de incentivos, sendo eles:

- I:** Registro dos valores aplicados nos programas em conta específica do Plano de Contas Padrão da ANS, referente ao Ativo Não Circulante – Intangível, como incentivo ao desenvolvimento de programas em quaisquer das modelagens de programas;
- II:** Recebimento de pontuação Bônus no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar da Operadora - IDSS; e
- III:** Outros a serem regulamentados pela ANS.

No entanto para dispor dos incentivos são necessários o cadastro e a aprovação do programa pela ANS, que passará a ser acompanhando pela Agência.

Aprofundando no tema referente à concessão de bonificação aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde pela participação em programas para promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida e de premiação pela participação em programas para População-Alvo Específica e programas para Gerenciamento de Crônicos, A RN N° 265/2011 estabelece que:

- I: Bonificação:** é uma forma de incentivo pela participação em programa para Promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida por meio de a concessão de vantagem pecuniária concedida pela operadora;
- II: Premiação:** é uma forma de incentivo oferecido pela operadora para promover a participação dos beneficiários oferecimento de prêmio para promover a participação em programa para População-Alvo Específica e programa para Gerenciamento de Crônicos;
- III: Adesão ao programa:** é o ato voluntário do beneficiário que demonstra interesse em aderir ao programa de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, de acordo modelos previstos;
- IV: Participação no programa:** é o ato de cumprimento das regras definidas para a adesão ao programa por parte do beneficiário.

Em relação à bonificação, premiação e participação no programa, a RN 265/2011 determina que:

- a. O valor da bonificação deve ser calculado aplicando um percentual sobre o valor da contraprestação pecuniária;
- b. O percentual deverá ser o mesmo para todas as faixas etárias, conforme as seguintes condições:
  - I:** Deve ser o mesmo para todos os beneficiários do produto;
  - II:** Pode ser diferente para cada contrato firmado com produtos coletivos empresariais;
  - III:** Pode variar entre produtos coletivos empresariais ou coletivos por adesão se o contrato incluir mais de um produto registrado na ANS;
  - IV:** Pode ser diferente para o mesmo produto, dependendo da região onde o beneficiário mora, considerando municípios, grupos de municípios, estados, grupos de estados ou nacionais.

A concessão de premiação é facultativa, sendo que a Operadora deve informar a todos os beneficiários que atendem aos critérios dos programas para População-Alvo Específico e programas para Gerenciamento de Crônicos sobre as regras para a obtenção de premiação.

A Adesão dos beneficiários aos programas também é facultativa e a operadora deverá formalizar a adesão do beneficiário aos programas por meio de documentos que expressem as regras do programa de forma objetiva.

### 3.1 Programa Inscrito X Cadastrado

A operadora de planos de saúde que tenha interesse em participar de um programa de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, deverá obrigatoriamente inscrever o programa por meio do processo de inscrição. A ANS faz o acompanhamento dos programas inscritos e não realiza a análise do programa. A inscrição e acompanhamento ocorrem por meio do envio do Formulário de Inscrição e Formulário de Acompanhamento, sendo que o formulário de inscrição pode ser enviado a qualquer tempo e o formulário de acompanhamento tem prazo que vai 1º de janeiro a 31 de março de cada ano. É importante destacar que os programas inscritos não usufruirão dos incentivos determinados na RN 264/2011.

O cadastro de programas é facultativo e passa por processo de análise e aprovação a ANS. O envio do formulário de cadastramento pode ser realizado a qualquer tempo. Ressalta-se a importância de manter a atenção aos critérios estabelecidos para o cadastramento.

Após a aprovação do programa é necessário o envio do formulário de monitoramento anualmente entre 1º de fevereiro e 1ª abril.

Dada a dinâmica da regulamentação vigente, é imprescindível que a operadora esteja atenta às datas de envio dos formulários de acompanhamento, que podem ser alteradas pela ANS por meio de novas resoluções normativas.

Os programas cadastrados e aprovados receberão os incentivos determinados na RN 264: bonificação no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) da operadora, mapeamento de risco assistencial e monitoramento assistencial.

Adiante, estão detalhadas algumas etapas importantes para a estruturação de programas:

- a. Desenvolvimento do Programa:** a operadora deve criar um programa que inclua estratégias e ações integradas voltadas para a promoção da saúde e a prevenção de riscos e doenças. Isso pode envolver campanhas de conscientização, incentivo à atividade física, programas de nutrição, entre outros.

- b. Cadastramento na ANS:** o programa deve ser cadastrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A operadora precisa preencher os formulários e enviar a documentação necessária para a ANS, conforme as diretrizes da Agência.
- c. Envio de Indicadores:** após o cadastramento, a operadora deve enviar periodicamente indicadores de saúde para a ANS. Esses indicadores são utilizados para monitorar e avaliar a eficácia do programa.
- d. Monitoramento e Avaliação:** A ANS realiza o monitoramento contínuo dos programas cadastrados. A operadora deve estar preparada para fornecer informações adicionais e ajustar o programa conforme necessário, para garantir sua eficácia.

Ficou claro que investir em Programas de Promoção à Saúde pode trazer inúmeros benefícios para Operadora e beneficiários, no que se refere à melhoria da qualidade de vida, à redução de custos ao evitar desperdícios nos tratamentos e o aumento da satisfação dos clientes. Mas há ainda outros aspectos tangíveis que beneficiam as Operadoras, no que se refere à pontuação bônus no IDSS, além da redução da exigência mensal de margem de solvência do exercício corrente, desde que observados os requisitos da instrução normativa N° 15/2022.

No próximo capítulo o objetivo é relacionar teoria à prática, trazendo os cases das Operadoras em relação à forma como desenharam seus Programas, como chegaram à população-alvo, o que motivou a criação do Programa, como obtiveram aprovação para tirar a ideia do papel e dentre outros assuntos pertinentes que destacam “como” e “porque” orientaram suas estratégias organizacionais para a implementação de Programas de Promoção à Saúde.

## CAPÍTULO II: CASES DAS OPERADORAS

### 4. TRANSPOSIÇÃO DA TEORIA PARA A PRÁTICA

Embora os aspectos socioeconômicos e contextuais apontem, já há algum tempo, para a relevância de se priorizar ações e iniciativas voltadas à promoção da saúde e prevenção dos riscos e do agravamento de doenças, boa parte das Operadoras encontram dificuldades quando pretendem estruturar suas estratégias. Nesse sentido, a mera compreensão acerca da importância de tais ações e iniciativas não necessariamente é suficiente para deflagrá-las.

Diante do desafio de estimular a transposição da teoria para a prática, da necessidade para o enfrentamento, da vontade para a atuação, o compartilhamento de iniciativas palpáveis tem por objetivo apontar caminhos viáveis e exemplos concretos para as operadoras que pretendem iniciar sua jornada em PROMOPREV.

Estão descritas a seguir as experiências de operadoras que – cada uma a seu tempo e partindo de necessidades particulares – estruturaram ou estão em processo de construção de estratégias, programas e ações voltados à melhoria da saúde e da qualidade de vida de seus beneficiários.

#### 4.1 ESTUDO DE PREVALÊNCIA DE DOENÇAS A PARTIR DO CONSUMO DE MEDICAMENTOS DO PROGRAMA DE BENEFÍCIO FARMACÊUTICO (FUNDAÇÃO COPEL)

Desde 2015 a Fundação Copel oferece o **Programa de Medicamentos**, cujo objetivo é fornecer assistência para a aquisição de medicamentos de origem nacional ou nacionalizada aos beneficiários dos Planos de Saúde PROSAÚDE II e III.

O programa visa oferecer medicamentos com preços mais acessíveis, facilitando a adesão ao tratamento e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos participantes e seus dependentes. O benefício consiste em subsídios que cobrem de 50% a 100% do valor dos medicamentos, conforme as patologias elegíveis.

A partir das análises do consumo de medicamentos dentro do programa, foram identificadas, desenvolvidas e implementadas novas iniciativas, que visam aprimorar continuamente a assistência e atender de forma mais eficaz às necessidades dos beneficiários. Entre elas:

#### **a. Programa Cuidar – 2017**

O Programa Cuidar é uma iniciativa da Fundação Copel para auxiliar e incentivar os beneficiários no controle de pré-diabetes e Diabetes tipos 1 e 2. Prevê acompanhamento com equipes multidisciplinares formadas por Enfermeira, Nutricionista, Psicóloga e Educador físico, que realizam acompanhamentos trimestrais, além de encontros a fim de promover troca de experiências entre os beneficiários. O programa oferece isenção de coparticipação aos participantes.

O estudo do consumo de medicamentos para diabetes revelou, inicialmente, a presença de 3.000 diabéticos. Com base nessa identificação, foi desenvolvido um plano de ação e os beneficiários foram convidados pela equipe de relacionamento da Fundação Copel a participar do programa. O escopo inicial contemplava apenas diabéticos dos tipos 1 e 2, mas, após o início das atividades e com o apoio da equipe multidisciplinar, foi identificado que a inclusão de pré-diabéticos era essencial. Incorporá-los na iniciativa passou a ser de suma importância, porque a intervenção precoce contribui para prevenir ou retardar o desenvolvimento da diabetes tipo 2, permitindo uma abordagem proativa, que ofereça monitoramento e orientação antes que a condição se agrave. Além disso, a inclusão de pré-diabéticos reforça a estratégia de promover a conscientização sobre práticas de tratamento e mudanças no estilo de vida, fundamentais para a prevenção e gestão eficaz da doença. Dessa forma, a abordagem não apenas amplia seu alcance, mas também contribui significativamente para a redução da incidência de diabetes.

#### **b. Programa Convida – 2018**

O Convida é um programa de Assistência Farmacêutica, no qual o beneficiário recebe em casa, mensalmente, os medicamentos para o tratamento de doenças crônicas, como por exemplo Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Dislipidemia, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e outras, doenças essas que, se não tratadas adequadamente, podem se agravar na linha do tempo.

Além disso, uma equipe de farmacêuticas realiza a assistência farmacêutica

adequada, avaliando possíveis interações medicamentosas com outros possíveis tratamentos já em curso pelo beneficiário, bem como os riscos de cada medicação. O objetivo é melhorar a adesão ao medicamento de uso contínuo e reduzir interações medicamentosas danosas por meio do resgate do papel do farmacêutico na assistência ao beneficiário.

### **c. Programa Equilibradamente – 2020**

Em 2019, a Fundação Copel tomou conhecimento de que o uso de psicotrópicos estava começando a sobrepor o tratamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Esse fenômeno, aliado ao fato de que a prescrição de psicotrópicos nem sempre é realizada por psiquiatras – e frequentemente ocorre sem o acompanhamento adequado – a levou ao lançamento do programa Equilibradamente, em janeiro de 2020.

O programa é direcionado à saúde emocional e oferece tratamento e suporte psicológico, sem cobrança de coparticipação, para beneficiários de planos de saúde que tenham mais de 16 anos. Os atendimentos são realizados quinzenalmente, de forma eletrônica (atendimento online), com sigilo e segurança, ao longo de um ano. O programa tem se mostrado eficaz no tratamento de várias condições, incluindo estresse pós-traumático, depressão, transtorno de ansiedade, bipolaridade, alcoolismo e tabagismo.

### **d. APS + Cuidado – 2020**

Para o lançamento da APS + Cuidado, mais uma vez a Fundação Copel se utilizou do Programa de Medicamentos, por meio da avaliação do consumo de medicamentos para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). A partir deste estudo e aliado ao perfil epidemiológico da carteira do plano de saúde, foram definidos o local de instalação da clínica e o público elegível para o projeto piloto do programa.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é um conceito fundamental no sistema de saúde. Ao iniciar o atendimento na APS + Cuidado, os beneficiários têm acesso a uma equipe multidisciplinar qualificada, composta por Médicos da Família, profissionais de Odontologia, Enfermagem, Farmacêutico e Nutricionista. Essa equipe é responsável por oferecer cuidado individualizado e humanizado a cada pessoa, não tratando apenas a doença, mas também os aspectos sociais, emocionais e comportamentais do indivíduo. Os profissionais da APS estão capacitados para atender até 80% das demandas dos pacientes, assegurando uma abordagem abrangente e eficaz e realizando encaminhamento para serviços de emergência, quando necessário.

Ressalta-se que os atendimentos na APS não exigem coparticipação, exceto para exames e procedimentos complementares solicitados pela equipe e realizados na rede credenciada. Os resultados expressivos alcançados pelo projeto piloto da APS + Cuidado resultaram na abertura de novas unidades físicas em Londrina e Maringá em 2022, e unidades digitais em Irati (2023), Foz do Iguaçu, Francisco Beltrão e Pato Branco (2024), cobrindo um total de 10.307 vidas. A Fundação Copel planeja expandir o programa por meio de uma nova unidade física em Curitiba.

Em síntese, a Fundação Copel tem se empenhado em aprimorar a assistência aos beneficiários do plano de saúde por meio de diversos programas voltados ao suporte integral à saúde. Estas iniciativas não apenas melhoram a qualidade de vida, mas também promovem a longevidade e o bem-estar duradouros de seus clientes.

#### **4.2 MAPEAMENTO DAS NECESSIDADES REAIS DOS BENEFICIÁRIOS – ESTUDO PERSONAS (STELLANTIS SAÚDE)**

Os **Programas de Promoção de Saúde** fazem parte da história da Stellantis Saúde, existindo desde o ano 2012. Revisões e atualizações foram realizadas ao longo dos anos, mas desde a “virada” para o modelo de **Atenção Primária à Saúde (APS)** em 2020, em que 100% da carteira da operadora foi inserida em tal modelo de atenção, tornou-se latente a necessidade de um redesenho desses programas.

Buscando uma aproximação mais humanizada com os beneficiários, a fim de mapear e compreender suas reais necessidades e, ainda, com foco em eficiência na utilização de recursos ao investir em programas, a Stellantis Saúde iniciou o estudo das Personas em 2023.

Para Martins e Vanz (2021) personas são arquétipos dos diversos perfis que formam o público estratégico de uma iniciativa, organização, produto ou serviço. Para os autores, são modelos baseados em informações coletadas de ou com usuários reais ou em potencial. Como uma técnica de design centrada no usuário, pressupõe a imersão nas necessidades reais, favorecendo, portanto, o exercício de empatia. Como afirma Salminen et al (2022) as personas representam as necessidades dos usuários em diversas populações e impactam o design, tornando a empatia cativante e melhorando a comunicação.

Assim, por meio de uma representação tecnicamente pautada, a equipe buscou compreender o que de fato agrega valor aos beneficiários, a partir de dados, entrevistas, observação e informações a respeito dos padrões de hábitos, comportamentos, características e desejos, para então remodelar os programas mais aderentes aos perfis da carteira.

Para Fluglerud et al. (2020) personas podem ser construídas com base em dados qualitativos e quantitativos, como entrevistas, grupos focais, questionários e dados demográficos. Trazendo para o contexto da Stellantis Saúde, para se alcançar o desenho final das Personas que representassem de fato os beneficiários, foi percorrido um trajeto analítico representado na figura 1, abaixo:

FIGURA 1 - Metodologia do estudo



FONTE: Elaborado pela Assessoria em Saúde (Stellantis Saúde)

Na etapa 1, o objetivo foi identificar em quais Programas havia maior volume de inscritos associado à adesão à APS. Para tanto, foram relacionados a cada Programa o percentual de inscritos que se consultaram com o médico de família nos 6 meses anteriores à pesquisa e destacados aqueles programas que atingiram o percentual de adesão superior a 75%.

Vale ressaltar que no modelo assistencial implementado, a APS é configurada como porta de entrada obrigatória para acesso às consultas especializadas e exames eletivos, e toda a carteira está distribuída, de acordo com critérios de geolocalização, em um dos Núcleos Próprios de APS, tanto em Minas Gerais quanto em Pernambuco e Paraíba. Por essa razão, olhar para o volume de inscritos associado à adesão a APS, foi uma estratégia factível, capaz de fornecer pistas em relação aos programas que agregavam mais valor.

Dos 9 programas existentes até então, em 5 deles foi identificada uma participação mais expressiva dos beneficiários; seguiu-se, então, para a etapa 2. Nesse momento, foi realizada a análise de dados relacionados à Saúde Ocupacional a partir de um BI, identificando diagnósticos de saúde mais prevalentes, principais motivos de afastamentos, dias perdidos de trabalho, além de hábitos de vida.

O objetivo foi avaliar a correlação dos dados dos indicadores de saúde dos beneficiários titulares nas várias plantas fabris em Minas Gerais e Pernambuco/ Paraíba aos Programas de Promoção que na etapa 1 se mostraram mais aderentes. Assim, concluiu-se que 4 dos 5 Programas encontrados na etapa anterior, tinham objetivos que se relacionavam às principais “dores” do ponto de vista de saúde ocupacional.

Apesar de os dados darem pistas a respeito de quais programas focar deveriam ser priorizados ou ter ações intensificadas, a equipe deflagrou a etapa 3, com uma abordagem informal aos beneficiários nos Núcleos de Saúde, buscando coletar dados em relação às principais características para construção de Personas. O objetivo dessa etapa foi mitigar o risco de investir em soluções que não entregassem resultado ou valor sob o ponto de vista dos beneficiários, direcionando, portanto, o esforço em prol do que o público precisa.

Quando não se investiga, não se busca entender realmente qual é a dor, ou seja, os desafios e o impacto que os programas têm para os clientes, corre-se o risco de criar uma solução da qual ninguém tem necessidade ou interesse, ou seja, trata-se de um grande desperdício de tempo e de recursos.

Nesse contexto, para nortear a aproximação com os beneficiários, a Assessoria em Saúde da Stellantis Saúde estabeleceu um roteiro (figura 2) que serviu de guia para o “bate-papo” e coleta de dados para desenho das personas.

**FIGURA 2 – ROTEIRO DEDIM DE PROSA (DEPENDENTES)**

1.	Você veio para a consulta?
2.	Trabalha na empresa ou é seu parceiro/parceira quem trabalha na Stellantis?
3.	Você tem filhos?
4.	Você usa o plano daqui? Gosta de vir ao Núcleo? Usa o aplicativo para agendar?
5.	O que você gosta de fazer no final de semana? Mexe na internet? E filme, séries? Redes Sociais? Instagram? Aplicativos?
6.	Você estuda? Trabalha?
7.	Você se considera feliz? Realizado (a)?
8.	Tem algum sonho?

**FONTE:** Elaborado pela Assessoria em Saúde (Stellantis Saúde)

Para abordar diretamente os beneficiários titulares do plano, os profissionais foram à Fábrica para ter um “Dedim de Prosa” após o almoço, horário mais acessível para um bate-papo informal, para entender melhor os hábitos, padrões e características importantes para representação do cliente, conforme figura 3.

**FIGURA 3 – ROTEIRO DEDIM DE PROSA (TITULARES)**

1.	E aí, gostou do almoço?
2.	Trabalha aqui há muito tempo?
3.	Como é a sua rotina? Demora para chegar em casa? Como se desloca até a Fábrica?
4.	E quando chega em casa, consegue aproveitar o tempo em família? Tem filho pequeno? Consegue descansar antes de recomeçar no dia seguinte?
5.	O que você gosta de fazer no final de semana? Mexe na internet?
6.	E filmes, séries? Redes sociais, Instagram ou outro aplicativo costuma usar?
7.	Você estuda ou faz algum curso?
8.	Você usa o plano daqui? Gosta? Frequenta seu Núcleo de Saúde?
9.	Você se considera feliz? Realizado (a)?
10.	Tem algum sonho? O que falta para você realizar?

**FONTE:** Elaborado pela Assessoria em Saúde (Stellantis Saúde)

Em relação aos “bate-papos informais”, foram transcritos os pontos principais e foi possível perceber padrões, repetições e perfis similares que apontavam para o desenho de personas, ou seja, para um perfil capaz de sintetizar as principais características dos nossos clientes.

A etapa 5 foi dedicada à abordagem aos profissionais de Saúde que atuam nos Núcleos de APS (médicos de família e enfermeiros) a respeito das doenças mais prevalentes, percepções em relação a saúde mental, demandas de saúde e perfil das carteiras.

Ainda buscando compreender melhor os perfis dos beneficiários, na etapa 6 do Projeto ocorreram as entrevistas com alguns RH's, que trouxeram as experiências em relação aos recrutamentos, aspectos sociais dos titulares, rotinas de trabalho, queixas e demandas, aproximando a equipe ainda mais das personas.

Por fim, na etapa 7, por meio de observação participante, a atenção esteve voltada a comportamentos, expressões, processos de comunicação, interações e características principais que seriam importantes para o desenho final das Personas e conseqüentemente, apontariam para os Programas de Promoção e Prevenção que deveriam ser priorizados, por agregarem verdadeiro valor aos beneficiários.

Após todas as etapas, reunindo as diferentes fontes de informações, os estudos resultaram na criação de **5 Personas da Stellantis Saúde** (figura 3).

FIGURA 3 - PERSONAS STELLANTIS SAÚDE



FONTE: Elaborado pela Assessoria em Saúde (Stellantis Saúde)

**Júnio, Cláudia, Wellington, Kellyane e João Paulo** deram vida e significado às ações de Promoção de Saúde e prevenção de doenças, sintetizando o que veem de valor, o contexto de saúde, hobbies, contexto social, conectividade,

percepções do cotidiano, sonhos e metas, o que apontou a equipe de saúde, com assertividade, para os Programas que de fato deveriam ganhar enfoque, além de como precisaria ocorrer a comunicação com os beneficiários.

Tais achados corroboram ao que Salminen et al. (2022) ressaltam em relação a aplicação do design de personas na saúde como ferramenta útil para o "design centrado no cuidado", abrangendo as diferentes necessidades dos pacientes, profissionais e serviço e auxiliando na definição de prioridades para intervenção.

Diante de tudo isso, os Programas que foram priorizados em termos de investimentos, esforços para revisão e reestruturação pelos profissionais da APS e que passaram a ser monitorados periodicamente em um Comitê foram:

- a. **Bate Coração** (Cuidado voltado às doenças crônicas e cardiovasculares);
- b. **Levemente** (Cuidado em Saúde Mental);
- c. **Vida Nova Gestante e Bebê** (Cuidado às gestantes, puérperas e crianças até 4 anos completos);
- d. **Nutrição e Saúde** (Cuidado voltado à obesidade e incentivo à alimentação saudável e prática regular de atividade física).

O estudo de Personas possibilitou olhar de forma empática para os beneficiários, acolhendo suas reais necessidades e percepção de valor com relação aos Programas de Promoção e Prevenção da Stellantis Saúde. Com isso, desde 2023 até o presente momento, o esforço tem sido direcionado para esses 4 programas principais, acompanhando sistematicamente a aplicação na APS, volume de inscritos, capacidade do programa, indicadores, monitoramento e entre outros.

A seguir será descrito o “**Programa Bate Coração**” que se mostrou aderente ao estudo das Personas compartilhado nesse tópico, para melhor compreensão da estruturação técnica e da forma como acontece, na prática, nos serviços próprios de APS Stellantis Saúde.

### 4.3 PROGRAMA BATE CORAÇÃO (STELLANTIS SAÚDE)

Como referido no tópico anterior, o Programa Bate-Coração mostrou-se aderente ao estudo de personas, ganhando ainda mais foco e investimento e passando em 2023 por uma revisão pela equipe assistencial da APS. Antes de abordar os aspectos técnicos do Programa, vale mencionar que ele está aprovado pela ANS, e por isso segue sendo monitorado, além de acrescentar pontuação bônus ao IDSS.

O Bate-Coração, tem por objetivo organizar o cuidado clínico dos elegíveis, proporcionando acompanhamento multiprofissional, visando ao controle de patologias crônicas e das condições de saúde, prevenindo agravos e complicações, impactando positivamente na saúde, qualidade de vida e bem-estar dos mesmos.

São considerados elegíveis ao programa os beneficiários titulares ou dependentes ativos no plano operadora, nos Estados de Minas Gerais, Pernambuco e Paraíba, sem restrição de idade, desde que diagnosticados com uma das seguintes patologias:

- I. Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)- CID's: I10 e I15;
- II. Diabetes Mellitus (DM) - CID's: E10 a E14.9;
- III. Cardiopatia Crônica (ICO/ICC) - CID's: I20 a I51.9

Além de apresentarem um desses diagnósticos, devem ainda apresentar descompensações das patologias, definidas como: ocorrência de internação ou, pelo menos 3 idas ao Pronto Atendimento nos últimos 12 meses, relacionados à patologia de base ou ainda, alteração de exames laboratoriais e/ou de imagem – autorreferidos nos últimos 6 meses.

Somado à descompensação, o critério de elegibilidade foi encorpado com base na aplicação da calculadora para estratificação de risco vascular – atualização 20/20 – SBC. **Etapa 1 – Calculadora de Risco Cardiovascular ([cardiol.br](http://cardiol.br))**, priorizando aqueles beneficiários com a classificação de **alto risco** e **muito alto risco**.

Dessa forma, com base no somatório dos critérios definidos, foi definida a elegibilidade ao programa. Importa destacar que, nesse ponto, pode restar o seguinte questionamento: “mas, por que afunilar os critérios de elegibilidade?” A resposta envolve um estudo minucioso que apontou,

com segurança, para uma capacidade limitada para o programa quando de sua implantação, tendo sido levados em consideração o favorecimento da individualização e monitoramento quando direcionados a um número mais restrito de beneficiários, além do melhor acompanhamento das necessidades em saúde por meio de um gerenciamento eficiente do cuidado.

Ademais, com uma população-alvo menor e de acordo com os critérios estabelecidos, seria possível cuidar ainda mais de perto dos beneficiários com um potencial maior de complicações, por meio de uma abordagem focada em promoção da saúde e prevenção de agravos.

Com o intuito de oferecer cuidado coordenado, integral e centrado nos beneficiários elegíveis, incentivando mudanças no estilo de vida, o programa Bate Coração foi criado pela Stellantis Saúde à luz dos seguintes eixos:

- I. Realizar a atenção integral à saúde das pessoas com doenças crônicas e cardiovasculares, em todos os pontos de atenção, através da realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde;
- II. Realizar o controle de agravos, tratamento e reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde;
- III. Realizar monitoramento e acompanhamento de beneficiários inscritos, bem como de seus indicadores de saúde.

Em consulta inicial com a equipe de referência, o beneficiário passa por uma avaliação, onde são identificados e confirmados os critérios de elegibilidade e então, é feito o convite para participar do programa, ficando claro seus direitos e deveres. Após a inscrição, realizada em sistema, a equipe de saúde cria um plano de cuidados individual, baseado na classificação de risco, em conjunto com o beneficiário, já entendendo as necessidades de mudanças de hábitos de vida e reforçando a importância do autocuidado.

O acompanhamento dos beneficiários inscritos no Programa é realizado por profissionais qualificados da equipe multiprofissional, sendo coordenado pela equipe de referência nos núcleos de saúde Stellantis Saúde. Médico e enfermeiro de família atuam lado a lado, visando a adesão ao programa e ao plano de cuidados, fortalecendo assim os princípios da APS, como vínculo, integralidade do cuidado e longitudinalidade. Busca-se ainda, garantir a adesão às campanhas de prevenção, ações de promoção de saúde e grupos operativos previstos para o Bate-Coração.

De forma mais específica, o enfermeiro de referência é o responsável por realizar consultas de enfermagem e coordenar o cuidado. O médico de referência, além do acompanhamento clínico na perspectiva de saúde integral, quando necessário, realiza os encaminhamentos para as especialidades médicas da Rede Credenciada. Além do enfermeiro e do médico de referência, a estrutura conta, ainda, com equipe multidisciplinar de APS (Odontologia, Psicologia, Nutrição e Fisioterapia) para acompanhar esses beneficiários, de acordo com o plano traçado para cada um deles.

A adesão ao programa, o controle da doença e a prevenção de agravos são os principais objetivos do programa Bate Coração. Assim, em concordância ao modelo de atenção primária à saúde adotado pela Stellantis Saúde e visando a eficiência do programa, foram traçadas as seguintes metas:

- I. Alcance de pelo menos 50% dos beneficiários hipertensos, inscritos no programa, mantendo a Pressão Arterial controlada.
- II. Alcance de pelo menos 50% dos beneficiários diabéticos, inscritos no programa, com a Glicohemoglobina controlada (abaixo de 7%).

Para tanto, os indicadores definidos para o acompanhamento do Programa Bate Coração foram:

- I. Proporção de beneficiários diabéticos inscritos no programa com a hemoglobina glicada controlada (menor que 7%).
- II. Percentual de hipertensos inscritos com pressão arterial controlada mensurada nos últimos seis meses dentro dos parâmetros de normalidade (120/130 sistólica e diastólica 70/79 mmhg).

Tais indicadores levam em conta o comparativo dos dados ao entrar no Programa e após 6 meses de acompanhamento na APS, para que seja possível evidenciar a efetividade do cuidado. Nessa esteira, passam a ser acompanhadas as internações e idas ao PA dos beneficiários inscritos, com um foco maior de busca-ativa pela equipe de saúde.

Por fim, é válido mencionar os critérios de alta do Programa que são aplicados em caso do beneficiário:

- I. Não ter realizado, minimamente, uma consulta na APS, a cada trimestre, durante 12 meses de acompanhamento de programa. O que evidencia a não adesão ao programa.

- II. Compensação das doenças de base, após 12 meses de programa. Não ter ocorrido nenhum evento agudo relacionado a patologia de base nos últimos 6 meses de acompanhamento. O que nos traz evidência de eficácia do programa.
- III. Não adesão plano de cuidados proposto pela APS. Ou seja, beneficiários que não conseguem alcançar adesão médica e medicamentosa, deverão deixar o programa, uma vez que ele funciona com capacidade limitada de inscritos, dando vez a outras inscrições.
- IV. Óbito, desligamento ou desejo por solicitação do próprio paciente.

De forma sucinta, buscou-se por meio do exposto, apresentar os pontos principais de um dos Programas de Promoção à Saúde aderentes ao estudo de Personas da Stellantis Saúde, que é o Bate-Coração.

A equipe do programa entende que ainda há oportunidades de avanços e outras formas de agregar valor adicional aos beneficiários, por meio da assistência oferecida e, nessa perspectiva, busca superar desafios importantes, como a necessidade de um sistema robusto informatizado e inteligente que auxilie na captação de beneficiários de forma ativa e que favoreça o monitoramento do plano de cuidados.

Por fim, vale destacar que se busca, ainda, difundir para nossos beneficiários o ganho e relevância de um acompanhamento personalizado de saúde por meio do programa, em todos os Núcleos de APS, afinal, está atuando no bem mais precioso ao indivíduo, que é a sua saúde.

#### **4.4 PROGRAMA VIDA NOVA – ATENDIMENTO DIFERENCIADO À GESTANTE E AO BEBÊ DESDE O INÍCIO DA GRAVIDEZ (COPASS SAÚDE)**

##### **a. Programa Vida Nova: introdução e contextualização**

Em fevereiro de 2018 a Associação de Assistência à Saúde dos Empregados da Copasa – Copass Saúde, deu início ao programa de assistência pré-natal, parto e puerpério por meio da implantação de uma linha de cuidado materno-infantil, com o objetivo de melhorar a assistência perinatal, fortalecendo o vínculo das gestantes ao pré-natal, por meio do acesso a consultas e exames em número e qualidade adequados, para cada perfil de risco, com base em evidências científicas e orientados pelas principais diretrizes nacionais.

Na época da criação do programa, a taxa de cesariana na saúde suplementar estava em 83%, e na Copass era de 81%. Conforme preconiza a literatura especializada, as cesarianas realizadas desnecessariamente aumentam consideravelmente os riscos para a saúde materna, como infecções e outras complicações no pós parto, assim como aumentam o número de internações em UTI(s) neonatal por complicações respiratórias dos neonatos. O principal objetivo era melhorar a saúde perinatal das beneficiárias da Copass Saúde.

Em 2020 o programa foi aprovado pela ANS por meio do PROMOPREV.

##### **b. Metodologia e estratégias**

A Copass Saúde, por meio de parceria com duas instituições, uma localizada no Vale do Aço e outra em Belo Horizonte, implementou o programa com o prerequisite de as consultas de pré-natal e parto serem realizados na mesma unidade de saúde, permitindo que o mesmo médico e/ou equipe fosse responsável pelo cuidado em todas as etapas da assistência. Essa estratégia favoreceu o protagonismo da gestante na escolha consciente do tipo de parto, proporcionando à mãe e ao bebê melhor qualidade de atendimento assistencial.

A escolha da maternidade foi baseada no fato de serem instituições de referência no atendimento às gestantes, certificadas dentro de padrões de excelência, o que contribuía para a melhor experiência e qualidade assistencial às pacientes. Por meio da equipe técnica qualificada, visam

oferecer às mulheres e aos bebês o cuidado certo, na hora certa, ao longo da gestação, durante o trabalho de parto e pós-parto

Estratégia planejada para a parceria com os prestadores:

- I. Realização do projeto-piloto com prestadores aderentes à proposta;
- II. Definição, em comum acordo com os prestadores de cuidado materno-infantil, dos parâmetros baseados em evidência e orientados pelas principais diretrizes nacionais (Ministério da Saúde, FEBRASGO, ANS) para a adequada assistência ao pré-natal e ao parto;
- III. Definição, em comum acordo com prestadores de cuidado materno-infantil, dos indicadores de qualidade da assistência ao pré-natal e ao parto que permitissem acompanhar a implantação do programa;
- IV. Definição, junto aos prestadores selecionados, de mecanismos de incentivo para a implantação do programa;
- V. Definição de estratégias de divulgação e informação, para as beneficiárias da COPASS saúde, que incluam material de caráter educativo sobre a gravidez, o pré-natal e a assistência ao parto.

### **c. Operacionalização do programa**

Uma vez definidas a metodologia e as estratégias, a operacionalização do programa foi realizada a partir das seguintes etapas:

- I. Cadastramento das gestantes no programa, deflagrada por meio de demanda espontânea ou busca ativa;
- II. Realização de consultas médicas de pré-natal, mensalmente, no 1º e 2º trimestre de gestação, e quinzenalmente ou semanalmente no 3º trimestre;
- III. Realização de telemonitoramento de enfermeira, com o objetivo de acompanhar a evolução da gestação nos contatos telefônicos realizados com as gestantes, principalmente aquelas com dificuldade de adesão ao pré-natal;
- IV. Aplicação de isenção de coparticipação nas consultas, exames e parto;
- V. Produção e divulgação de material de caráter educativo sobre a gravidez, o pré-natal, a assistência ao parto e cuidados com o bebê;

- VI. Realização de visita domiciliar pós-parto, efetuada por enfermeira especialista em assistência materno-infantil;
- VII. Formação de grupos de gestantes e rodas de conversas, com encontros realizados a cada 2 meses com equipe multiprofissional.

**d. Indicadores monitorados no pós-implantação do programa**

Visando à entrega de valor na assistência ao pré-natal, parto e pós-parto, foram pactuados indicadores para que, mediante o alcance das metas preestabelecidas, a remuneração da assistência fosse financeiramente bonificada. Os indicadores passaram a ser mensurados mensalmente, em conjunto com o hospital, e sua apuração e pagamento são realizados trimestralmente.

O alcance das metas definidas nos indicadores contemplados garante o acréscimo de até 20% sobre os honorários do cirurgião, observando-se o peso de cada indicador:

INDICADORES	META	PERCENTUAL DE REMUNERAÇÃO
TAXA DE PARTOS VAGINAIS	$\geq 60\%$	7%
TAXA DE CESÁREAS ELETIVAS	$\leq 17\%$	3%
TAXA DE ADMISSÃO HOSPITALAR EM TRABALHO DE PARTO	$\geq 45\%$	3%
TAXA DE UTI NEONATAL	$\leq 5\%$	2%
TAXA DE CONDIÇÕES ADQUIRIDAS	$\leq 0,50\%$	2%
ÍNDICE DE APGAR MAIOR QUE 7 NO 5º MINUTO DE VIDA	$\geq 97\%$	1%
PERCENTUAL DE CONTATO IMEDIATO PELE A PELE E ALEITAMENTO MATERNO NA 1ª HORA DE VIDA	$\geq 90\%$	1%
SATISFAÇÃO DA MULHER COM A ASSISTÊNCIA PRESTADA PELA EQUIPE	$\geq 90\%$	1%

**e. Alguns resultados**

O programa gerou resultados significativos, destacando-se, entre eles:

- I. 97% das gestantes inscritas no programa permanecem monitoradas mensalmente;
- II. 100% das gestantes realizam mais de 6 consultas de pré-natal;
- III. Adesão satisfatória nas atividades educativas propostas pelo programa, tanto das gestantes quanto das respectivas famílias;
- IV. 100% das puérperas recebem assistência nos pós-parto, por meio da consulta puerperal;
- V. Redução das cesarianas eletivas;
- VI. Redução no número de internações em UTI neonatal;
- VII. Taxa de partos na Copass Saúde em 2023: 57% de cesarianas e 43% de partos vaginais;
- VIII. Bebês com internação no 1º ano de vida: 3% são bebês cujas mães foram acompanhadas no programa e 97% são bebês de mães não acompanhadas no programa.

## 4.5 IMPLANTAÇÃO NA DE PROGRAMA DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO (SIM – CAIXA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE)

Para implantação de um programa de promoção e prevenção, primeiramente a operadora precisa definir quais são os objetivos a serem atingidos. Dentro dos objetivos, estabelecer quais recursos serão disponibilizados para a implantação, juntamente com a definição dos especialistas necessários para a execução e acompanhamento do programa.

### a. Definição do objetivo

Considerando os desfechos clínicos e determinantes sociais de saúde, o objetivo definido pela empresa foi reduzir os custos de uma população específica, por meio de cuidado contínuo realizado por equipe multidisciplinar, para estabilizar as condições de saúde e melhorar a qualidade de vida dos beneficiários e, dessa forma, impactar positivamente a saúde financeira da operadora.

Os passos, atrelados ao objetivo, foram os seguintes:

- I. Estratificação, com base nos níveis de riscos do modelo de atenção às condições crônicas, e alocação dos beneficiários em linhas de cuidado;
- II. Realização de monitoramento contínuo da população selecionada, conforme periodicidade definida nas respectivas linhas de cuidado;
- III. Realização de cuidados específicos para cada indivíduo, que também podem ser direcionados a determinado grupo de pessoas, sejam elas portadoras de doenças crônicas ou não;
- IV. Identificação dos determinantes sociais na situação da saúde dos indivíduos (DSS), como forma de romper com a visão fragmentada do conceito de saúde e na abordagem de Atenção Primária à Saúde;
- V. Melhoramento da qualidade de vida e da experiência do cliente.

### b. Definição de população-alvo

A definição da população-alvo é de suma importância, pois dessa forma será possível fazer os comparativos do comportamento de uma população

monitorada x não monitorada. Para o programa de promoção à saúde e prevenção de doenças e riscos foram selecionados, por meio da estratificação: beneficiários crônicos, beneficiários que possuíam alta utilização (mesmo não sendo necessariamente um crônico), além de população alvo do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS).

### c. Definição de indicadores

O acompanhamento do programa, bem como os indicadores de performance (que demonstram o sucesso ou a necessidade de ajustes) eleitos pela empresa foram:

- I. Perfil da carteira;
- II. Pirâmide de risco;
- III. Custo per capita por condição crônica;
- IV. Custo per capita por nível de complexidade;
- V. Perfil de utilização;
- VI. Nota IDSS.

### d. Formação da equipe

A premissa de que o time precisaria atuar de forma multidisciplinar e humanizada na oferta de serviços de saúde, buscando o aumento da adesão dos indivíduos ao plano terapêutico e coordenando a jornada do beneficiário nos serviços de saúde, foi o ponto elementar na seleção dos profissionais e formação de equipe.

Considerando a necessidade de ações, propósitos e intenções coesos, a sinergia no trabalho da equipe é determinante para que qualquer programa alcance seus objetivos.

Analisado o contexto, o público-alvo e as demais estratégias internas, a equipe do programa, no âmbito da operadora, foi estruturada, contando com: analista de dados em saúde, assistente social, enfermeiro e técnico de enfermagem.

### e. Plano de cuidado

O plano de cuidado, elaborado para o acompanhamento dos beneficiários monitorados pelo programa, integra as diversas aptidões individuais, que contribuem para a construção coletiva. Nesse contexto, as atividades da equipe multidisciplinar foram distribuídas da seguinte maneira:

- I. Analista de dados em saúde:** estratificação diária (identificando beneficiários com utilização extra a linha de cuidado e beneficiários elegíveis ao programa), criação e/ou atualização de protocolos, criação e/ou atualização do calendário de saúde e acompanhamento dos atendimentos (quantitativos e qualitativos).
- II. Assistente social:** atendimento individualizado (entrevistas) visita domiciliar (presencial ou atendimento domiciliar por vídeo chamada), elaboração de projetos e ações para a educação em saúde, promoção e participação em reuniões com a equipe multidisciplinar, elaboração de relatórios e pareceres.
- III. Enfermeiro:** tele monitoramento, consultas por vídeo chamadas, consultas domiciliares, execução do plano de cuidado, criação e/ou atualização de protocolos, criação de materiais educativos e realização de ações coletivas.
- IV. Técnico de enfermagem:** Tele monitoramento, execução do plano de cuidado, campanhas de prevenções educativas e realização de ações coletivas.

### f. Desfecho esperado

Os desfechos, naturalmente, precisam estar atrelados aos objetivos do programa. No caso da SIM, o esforço da equipe visa à obtenção de melhora das condições de saúde da população selecionada, por meio de ações do cuidado contínuo da equipe multidisciplinar, diminuindo assim os riscos com o modelo convencional de atenção às condições crônicas e, conseqüentemente, reduzindo os custos da população selecionada. Outro importante desfecho esperado é a satisfação dos usuários com o programa.

#### **4.6 POR ONDE (RE)COMEÇAR – LIDANDO COM MÚLTIPLOS CONTEXTOS: SINISTRALIDADE, OUTLIERS, ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E CRITÉRIOS DE TEMPERATURA (ELOSAÚDE – ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE)**

A ELOSAÚDE – Associação de Assistência à Saúde é uma operadora de autogestão sediada em Florianópolis-SC, que conta com doze patrocinadoras e quase vinte mil beneficiários, espalhados em quatorze Estados da federação.

Em 2014 a operadora começou a implementar as primeiras estratégias de gestão populacional, por meio de um programa de telemonitoramento, visitas e ações coletivas de educação em saúde. Como costuma ocorrer na maior parte dos casos, as estratégias foram bem-sucedidas nos primeiros anos, contudo, o contexto inicial foi alterado, sofrendo impacto de mudanças conjunturais externas, e os resultados estagnaram na linha do tempo.

É nesse momento da história que nasce o *case* que será abordado nesse tópico.

E, nesse novo momento, o contexto era o seguinte: alta sinistralidade, acentuado envelhecimento populacional, oferta de saúde baseada no modelo convencional de atuação, serviços “*a la carte*”, com baixa resolutividade, dispersão das estratégias de contenção de custos, rede pulverizada e disponível, com “porta de entrada” livre, não gerenciada. Tudo isso sendo constantemente agravado por novas tecnologias e tecnologias não substitutivas, pressão regulatória, aumento da judicialização e, como se não bastasse, possíveis “ralos” e riscos potenciais de desperdício.

O simples mapeamento contextual projetava que o desafio não seria pequeno. Ao contrário: em um cenário com diversas e enormes variáveis, agravado pela limitação de recursos para investimento, a capacidade de reinvenção seria exigida em sua potência máxima.

Dadas as particularidades desse novo ambiente, novos estudos foram iniciados. Esses, contudo, precisaram ser balizados por determinadas premissas, uma vez que os recursos (financeiros e operacionais) não seriam suficientes para abarcar todas as hipóteses aventadas.

### a. Recursos e propósitos

Na ELOSAÚDE há uma crença que é a seguinte: “não são os recursos que determinam a qualidade das análises”. Por isso, o objetivo inicial foi a realização de uma análise ampla, que alcançasse todo o público e, partindo dela, passasse a ser realizada a segmentação em “fatias” menores.

Na prática, nada foi descartado de antemão. Partiu-se, portanto, de uma massa de dados que compreendia toda a população elegível; dela foram obtidos os extratos e as segmentações.

A escolha, no caso da ELOSAÚDE, de olhar para o “todo” – ainda que isso fosse mais trabalhoso – foi feita no sentido de inibir conclusões precipitadas, baseadas em pressupostos equivocados e, ainda, de evitar que o recurso disponível servisse de desculpa para essa ou aquela decisão.

Destaque-se, no entanto, que não se perdeu de vista o fato de que o recurso disponível não seria esticado. O que se fez foi um exercício árduo de análise, cujo propósito foi conciliar disponibilidade e necessidade, além de elaborar hipóteses e alternativas que dessem conta de responder de que maneira esse recurso poderia ser potencializado em termos de resultados.

### b. Por onde começar?

Objetivamente: por onde “dói” mais!

Embora a dor – utilizada aqui como analogia – possa variar de acordo com a percepção de cada indivíduo, as “dores” das operadoras não diferem muito entre si. Na maioria das situações está relacionada a custos, sinistralidade e temas que os orbitam.

Não era diferente com a ELOSAÚDE – e o contexto já havia apontado decisivamente nessa direção. Então, não foi difícil definir onde doía mais: no “bolso” da operadora.

É importante destacar que, nessa fase, ainda não se estava investigando as causas, mas, sim, a natureza do problema em si. Ou seja, os motivos da alta sinistralidade poderiam ser (e seriam) diversos, contudo, nesse estágio o que se buscou saber foi onde “doía” mais, e a pergunta foi respondida.

### c. Por quem começar?

Depois de entender qual era a dor, a etapa seguinte foi a investigação dos principais ofensores. Nesse ponto, porém, foi necessária cautela para evitar conclusões precipitadas.

A constatação anterior empurrava o pensamento para desfechos simplistas: “se o problema é o custo, o caminho é classificar o público em ordem de grandeza das despesas”. É, mas não é!

Essa variável foi utilizada, mas não foi a única. Em seguida, o que se buscou foi a identificação dos casos não sensíveis a ações corretivas, que pudessem ser preliminarmente descartados.

Para exemplificar: um procedimento ortopédico de grande porte, único e pontual, mesmo com custo acentuado, não seria classificado como evento potencialmente sensível a atuação preventiva e/ou corretiva, logo, deveria ser descartado do estudo.

A adoção de critérios de exclusão possibilitou a “limpeza” da base de dados; ato contínuo, os *outliers* e distorções pontuais foram excluídos, o que tornou menos árduo o trabalho de classificação. Chegou-se, por fim, à definição das premissas de elegibilidade, que foram as seguintes:

- I. **Frequência:** representada pela utilização combinada de determinados serviços, como, por exemplo: número de ingressos em unidade de pronto atendimento, número de consultas médicas eletivas, número de eventos de internações clínicas, número de diárias de permanência hospitalar, número de exames etc. realizados ao longo do período de análise.

A avaliação desse segmento reúne elementos a partir da perspectiva do número de eventos e não dos custos desses eventos.

Depois de definidos os itens a serem pesquisados, produziu-se a base de dados, cuja combinação de resultados foi traduzida em gráfico de temperatura. O critério de elegibilidade, nessa etapa, considerou a diversidade e a quantidade eventos utilizados por um mesmo indivíduo em determinado período.

**II. Recorrência:** outra premissa foi a recorrência, representada pela quantidade de vezes que um mesmo beneficiário utilizou (repetiu) determinado serviço, previamente definido.

Quantidade de ingressos em unidades de pronto atendimento, reinternações decorrentes da mesma patologia, repetição do mesmo exame em intervalos tecnicamente não razoáveis etc.

Nesse caso, a definição de elegibilidade foi pautada pelo uso repetido de determinados serviços. Mais uma vez a variável custo não foi considerada como preponderante.

**III. Importância:** a premissa que se relaciona à importância diz respeito ao custo global dos serviços utilizados por determinado beneficiário, expurgados as distorções e os outliers.

Não raro, beneficiários selecionados por frequência ou por recorrência também figuravam na seleção de importância, no entanto, houve casos em que, embora não reunisse critérios de elegibilidade às duas primeiras premissas, a variável de custo foi preponderante.

Essa é a premissa menos complexa em termos de produção de dados; é, também, a que pode conduzir aos maiores equívocos. Por isso, a decisão na ELOSAÚDE foi combinar mais de uma variável, de modo a tornar o espectro de análise mais amplo e os resultados mais confiáveis.

Nunca é demais lembrar que o objeto em análise é o case da ELOSAÚDE e, nesse sentido, os parâmetros e definições utilizados disseram respeito à sua realidade, necessidades e expectativas.

Por conseguinte, é válida a advertência de que a operadora precisa observar suas particularidades, para que a delimitação dos pressupostos seja objetiva e gere resultados consistentes.

#### **d. Como começar?**

É provável que encontrar a resposta esteja entre os maiores desafios da estruturação de iniciativas de gestão de saúde, especialmente quando os recursos são limitados.

As particularidades de cada público e os resultados obtidos durante a seleção dos beneficiários elegíveis provavelmente darão as primeiras pistas; isso se não desvendarem por completo a resposta.

Não obstante, diante da diversidade de descobertas os caminhos serão igualmente diversos.

Não se pode perder de vista o fato de que não existe certo e errado na escolha da estratégia. O que existe é abordagem adequada e inadequada frente às necessidades apuradas. De todo modo, para dar cabo da dúvida sobre como começar, a melhor resposta talvez seja a mais simples: precisa começar.

Parte do “como começar” foi respondida nas etapas anteriores, na conciliação do propósito com recursos disponíveis, na definição do ponto nevrálgico (onde dói mais), na proposição de critérios de elegibilidade do público-alvo, enfim, em todas as etapas analíticas que precederam a ação.

A ação, no caso da ELOSAÚDE naquele momento de sua história, foi a implementação de uma jornada de APS dedicada ao público pré-selecionado.

#### **e. Aprendizado constante**

O tempo e as variáveis incontrolláveis do ambiente externo exigem vigilância permanente. A receita bem-sucedida de ontem, não necessariamente repetirá o mesmo desempenho no dia seguinte.

A jornada de cuidado direcionado, deflagrada pela ELOSAÚDE em 2014, tem evoluído desde então para fazer frente às mudanças que seu público, mercado e regulação exigem.

Depois da implementação da jornada de APS, que trouxe resultados importantes ao público assistido e à operadora, não houve descanso. Enquanto as engrenagens da máquina giravam a todo vapor, perseguindo os objetivos planejados e cumprindo seu papel cotidiano, foi deflagrada uma nova e determinante etapa de (re)aprendizado.

Nesse processo os principais executivos da operadora iniciaram uma nova jornada de estudos, trocas, busca de experiências inovadoras (inclusive internacionais) e benchmarking.

O resumo desse roteiro bem-sucedido é que, em julho de 2024 a história da ELOSAÚDE ganhou um novo marco, representado pela aprovação

do Conselho Deliberativo da Operadora para a criação de uma nova área interna, que reunirá e consolidará estratégias, até então dispersas e isoladas, em um consistente programa de gestão do cuidado.

O fator determinante para essa decisão – não há dúvida – foi o preparo, o aprendizado constante; e o que impulsionou esse aprendizado foi a certeza de que tudo está em constante movimento, tudo pode ser melhorado.

#### **f. Conclusão**

O processo de gestão do cuidado, atenção à saúde, gestão de pacientes crônicos, PROMOPREV, ou como quer que a operadora o chame constitui-se de uma jornada, que começa e segue... O objetivo é que não termine, não alcance fronteiras, não tenha fim.

Optou-se, nesse *case*, por não vincular ou apresentar resultados, pois não era esse o objetivo principal. O propósito da ELOSAÚDE ao compartilhar sua experiência foi desvendar os caminhos percorridos, de forma que tal experiência pudesse ser útil – ainda que como estímulo – a outras operadoras que já estão ou pretendem ingressar nesse percurso tão valioso e importante.

O contexto e o ambiente continuarão – sem a menor dúvida – a desafiar diariamente as operadoras, com efeito as autogestões. Para enfrentar com propriedade tais desafios, o compartilhamento de informações e experiências se constitui como política vital para o segmento e como modelo essencial para o fortalecimento de empresas.

Na ELOSAÚDE a equipe e a alta gestão compartilham da crença de que dividir conhecimento e experiência multiplica o aprendizado e os resultados. Acreditam, sobremaneira, que é cuidando de pessoas que as operadoras alcançarão o equilíbrio econômico e a perenidade que buscam e precisam.

## CAPÍTULO III: ABORDAGEM AOS BENEFICIÁRIOS

### 5. A IMPORTÂNCIA DA DEFINIÇÃO DA METODOLOGIA DE ABORDAGEM, SUAS NUANCES, IMPLICAÇÕES E NECESSIDADES

Nos tópicos anteriores, teoria e prática apontaram para a importância de conhecer o público-alvo dos **Programas de Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças**, justamente para que se garanta a efetividade das ações em um percentual mínimo de aceitação e, ainda, para que sua continuidade seja evidenciada, desde a implantação até a apuração dos primeiros indicadores.

Em tempos de aumento contínuo dos golpes da internet, dos e-mails, das ligações telefônicas, a desconfiança causada no receptor das mensagens e, ainda, a má utilização da ferramenta do marketing de vendas, é cada vez mais desafiador definir qual método e formato da abordagem dos beneficiários para um Programa que, apesar de ter-se notícia e exemplos positivos, pode gerar um grande mal-entendido ao ser apresentado ou executado sem planejamento.

#### 5.1 O PRIMEIRO CONTATO – VIDA OU MORTE DO PROGRAMA

Alguns quesitos são de extrema importância para a definição da linguagem, forma, canal e profundidade dos elementos que serão levados ao destinatário, principalmente no primeiro contato. Aqui, serão apresentados alguns quesitos para o contato que é efetivado via telefone, que pode ser adaptado para outros canais como presencial, visitas etc.

##### a. Definição do *script*

A equipe responsável pela implantação do Programa deve procurar pessoas especializadas em comunicação para que seja definido o formato da linguagem, ou “tom de voz”, sua composição e duração, já que não pode ser restrita a ponto de não proporcionar o entendimento do receptor, bem como não deve ser extensa a ponto de cansar e afastar o beneficiário logo no primeiro contato.

São elementos importantes do *script*:

- I. Cumprimento cordial;
- II. Identificação: nome, empresa;
- III. Objetivo do contato: claro e conciso;
- IV. Fala da abordagem: importância, abrangência, custos (sim ou não);
- V. Aceite: pergunta objetiva para dar sequência ao trabalho;
- VI. Negativo: pergunta objetiva se o contato pode se dar em outra ocasião;
- VII. Positivo: informação dos produtos abrangidos;
- VIII. Finalização do contato: repasse dos próximos passos, informação de telefones para dúvidas e consultas e forma de acompanhamento, além, é claro, do agradecimento.

Estes elementos compõem um exemplo simples que pode ser adaptado, ampliado, reduzido e/ou alterado, conforme a necessidade e o conhecimento do público-alvo por parte da equipe responsável pela implantação do programa. Não é uma composição fechada; deve, na verdade, passar por testes e adaptações, ajustes, conforme se avança no processo de implantação e em sua continuidade. A melhoria contínua deve ser a base constante de acompanhamento.

### **b. Apresentação**

O primeiro contato irá definir a aceitação e a continuidade da jornada do beneficiário no Programa. É importante estabelecer e definir com a empresa contratada ou com os colaboradores internos – naquelas empresas que tem corpo funcional para os trabalhos de abordagem – o *script* exato, ou seja, quais palavras serão usadas, como o interlocutor se identificará, como será explicado o propósito do Programa, além de evidenciar as vantagens do aceite de participação.

Cumprimentos, identificação pessoal e da empresa – ou do programa, autorização para repassar do que se trata, vantagens e como serão desenvolvidas as atividades, consultas, exames, encaminhamentos, acompanhamento e devolutivas.

É necessário capacitar os agentes de abordagem para que consigam entender se o processo de captação está seguindo um fluxo positivo ou não.

Caso a resposta seja negativa, a abordagem precisa ser interrompida e deve-se dar conforto ao receptor para que ele possa vir aceitar um contato futuro, que deve ser indagado quanto ao seu aceite.

Sendo positiva a resposta, deve-se prosseguir com a mesma objetividade da apresentação. Cabe destacar que o processo de implantação, além de ter um custo para a organização, pode também levar à comemoração do sucesso, engajamento da equipe e satisfação do trabalho realizado, mas, sem os devidos cuidados e planejamento, pode repercutir em insucesso com movimentos difíceis de gerenciamento.

### **c. Demonstração das vantagens e composição do Programa**

Vencida a primeira etapa da apresentação e, verificado o aceite, passa-se a evidenciar as vantagens e a composição do Programa. A linguagem deve ser clara e sem tecnicismos, evitando a utilização de nomenclaturas específicas, complicadas, em língua estrangeira ou qualquer expressão que cause dúvida – comum em se tratando do mercado de saúde – o que poderá fazer com que o beneficiário não entenda o propósito do contato e desista do aceite.

Não deve ser deixado de lado nenhum dos produtos ofertados, bem como as vantagens do acompanhamento continuado e sua repercussão na vida saudável do beneficiário.

### **d. Informação objetiva dos próximos passos**

Repassados os objetivos, as vantagens, composição e formato do programa de assistência, é importante ter definidos exatamente quais serão os próximos passos, quais agentes entrarão em ação, quais os papéis de cada ator ao longo do processo.

É pressuposto indispensável que este quesito seja planejado e exaustivamente debatido com a equipe de técnica do programa, pois o fluxo deve ser contínuo e não pode haver falhas, uma vez que a atenção primária resgata um tipo de relação que foi se perdendo com o tempo, que é a ideia do médico de família, da medicina integral e relacionada.

### e. Pergunta final

A finalização do primeiro contato deve ser feita com a mesma objetividade, mas consultando o receptor se há alguma dúvida ou ponto a ser esclarecido. Deve-se perguntar se ficou claro qual o próximo passo e deixar uma forma de contato para eventuais necessidades, esclarecimento de dúvidas, solicitações etc.

O agradecimento demonstrará a cordialidade do interlocutor e proporcionará ao beneficiário o conforto de receber um contato em que ele é o propósito principal.

### f. Acompanhamento do fluxo do processo

Como é um programa que tem como propósito não só a detecção de possíveis patologias e tratamentos, melhoria do estado de saúde dos seus beneficiários, mas também a consecução de melhor utilização dos recursos financeiros, é necessário que se busque incessantemente a execução do planejamento.

A partir deste acompanhamento contínuo, é possível revisitar o fluxo, redimensionar esforços, mudar condutas, resolver possíveis entraves e reorganizar as ideias.

### g. Capacitação das equipes

Um ponto que merece especial atenção é a capacitação das equipes, desde aquela que planejará as ações de implantação, até aquelas que farão a abordagem e a equipe de saúde que efetivamente prestará os serviços ofertados.

É crucial o alinhamento das dinâmicas de atendimento, resguardadas as características de cada equipe e do trabalho.

Devem ser delineadas nas capacitações as habilidades necessárias para enfrentar os desafios da implantação e da dinâmica de contato com os beneficiários.

## 5.2 CONTINUIDADE – ETAPAS FUTURAS

Ficou evidente que a etapa inicial do programa é um momento de extrema importância para a consecução dos objetivos. Atentar para cada detalhe ou agente envolvido contribuirá positivamente para o sucesso da iniciativa.

Porém, as próximas etapas envolvem a equipe de saúde de forma efetiva. Independentemente do formato da equipe, seja contratada ou de atuação interna, é indispensável que seja estabelecida a conexão entre as linhas de atuação.

### 5.2.1 Dicas Importantes para a Continuidade do Programa

#### a. Reuniões prévias sobre características do público-alvo

O conhecimento do público-alvo é crucial para o sucesso da implantação e consequente continuidade. Entrevistas, pesquisas, reuniões e encontros para debater quais mecanismos poderiam ser positivos e quais seriam negativos podem repercutir no sucesso da abordagem futura.

Buscar informações dos grupos variados, principalmente se o programa abranger pessoas que estejam na ativa e na inatividade, é recomendável. O ser humano é diverso, mas seu comportamento costuma ser repetido quando é integrado a uma categoria ou classe específica.

#### b. Escrever e reescrever o *script*

A redação do *script* deve ser um trabalho executado com todo o esmero e cuidado. Em princípio, pode parecer uma escrita simples, por reproduzir uma conversa telefônica ou mera entrevista presencial, mas que é a base do sucesso do programa.

A equipe responsável deve analisar detidamente quais os elementos devem ser evidenciados, quais os que não devem ser reproduzidos, trabalhar a linguagem objetiva e clara, assim como verificar o tempo de duração para que sejam repassados à equipe que fará o contato.

O *script* somente deve ser finalizado quando todos da equipe responsável concordem com seu conteúdo.

### c. Teste da abordagem

Antes de aprovar o *script* e a forma da abordagem, é importante testar a dinâmica de aproximação do público-alvo. Neste momento, é necessário mudar o papel, passando a vivenciar a experiência como beneficiário, mantendo atenção aos detalhes, ao tom da voz do agente da ligação ou da entrevista – se presencial – às palavras utilizadas, ao tempo de fala, à mensagem repassada com clareza, à objetividade e sua finalização.

Outro ponto importante é a prospecção de eventuais dúvidas, perguntas, interações e até mesmo quando o contato vier a passar por eventuais momentos de calor na linguagem. A equipe de abordagem deve estar preparada para enfrentar os desafios, pois não serão somente contatos positivos.

Estes testes e seus *feedbacks* devem ser utilizados para revisar o *script*, a forma de abordagem, ajustar a cadência das falas.

### d. Interpretação do cliente oculto

Além dos testes já mencionados, se possível, receba a ligação como beneficiário oculto, verificando se todo o acordo e orientações repassadas à equipe de abordagem estão sendo efetivamente cumpridos.

Em equipes com número expressivo de colaboradores na abordagem, é recomendável que este teste oculto seja repetido.

Após os testes ocultos, os resultados e impressões precisam ser compartilhados com todas as equipes. Em casos específicos o fluxo, a linguagem e o formato podem ser revisados.

### e. Reuniões com a equipe de abordagem

Trata-se de reunião específica, cujo objetivo é tratar com os responsáveis pela abordagem, as eventuais dificuldades, ajustes, necessidades e, claro, elogios sobre os avanços e *feedbacks* recebidos.

Deve ser ofertada a possibilidade de fala da equipe para que se entenda o cumprimento do planejado, dificuldades, ajustes, trocas ou remanejamentos.

### f. Reuniões de ponto de controle

Esta reunião abrange os planejadores e os responsáveis pela execução da implantação do Programa de Saúde e Prevenção.

Devem ser discutidos o efetivo cumprimento das ações planejadas, em conformidade ao cronograma definido, assim como definidos eventuais ajustes, revisões e, quando necessário, novas ações que contribuam para o alcance dos resultados esperados.

#### **g. Reuniões com as demais equipes**

Outras reuniões podem e devem ser realizadas, tais como com a equipe de saúde, por meio de representantes dos médicos, enfermeiros, concierges e outros que a componham, sejam por ela responsáveis e/ou exerçam o papel de interlocutores, oportunidade em que serão apresentadas as impressões, dificuldades e *feedback* dos trabalhos.

#### **h. Gerencie os *feedbacks***

As reuniões periódicas e de pontos de controle são importantes medidores da efetividade do Programa. Não devem, entretanto, se tornar mero cumprimento de etapas; precisam ser instrumentos efetivos de monitoramento e tomada de providências, quando necessário. Sempre haverá pontos de melhoria. Nenhum projeto é infalível, notadamente quando envolve o ser humano em todas as suas vertentes.

Havendo recursos disponíveis e suficientes, a realização de pesquisas de satisfação junto ao público assistido é outra estratégia que relevante a ser considerada quando o objetivo é a “colheita” de informações e retornos.

### **5.3 VAMOS A ALGUMAS DICAS PRÁTICAS?**

- I.** Conhecer a própria organização e seus princípios, assim como o objetivo efetivo do Programa de Saúde proposto é essencial para que sejam alcançados os resultados esperados.
- II.** Planejamento sempre será a principal ferramenta que conduzirá o programa ao sucesso desejado.
- III.** Capacitação é quesito fundamental para que as etapas sejam cumpridas conforme o planejado.
- IV.** Monitoramento e avaliação contínuos possibilitarão eventuais ajustes; apontarão, também, para a necessidade de revisar todo o planejamento ou parte dele.

## CAPÍTULO IV: ACOMPANHAMENTO E CONTROLE

### 6. MONITORAMENTO DE INDICADORES E GESTÃO DE PROGRAMAS

#### a. Como acompanhar os resultados das ações planejadas

*“Todo sistema é perfeitamente desenhado para obter os resultados que obtém”*

PAUL BATALDEN

Depois de implantados os programas de prevenção e promoção da saúde, medir e demonstrar os resultados é outro desafio para as operadoras, mas é necessário para determinar se eles estão atingindo as metas pretendidas, demonstrar sua eficácia e identificar áreas de melhoria.

O monitoramento consiste no acompanhamento contínuo, por parte dos gestores, do desenvolvimento dos programas em relação a seus objetivos e metas. É realizado por meio de indicadores de saúde, que contêm informações relevantes para aferir e avaliar as dimensões do estado de saúde da população, bem como o desempenho das ações e programas implantados. Dessa forma, permitem medir se objetivos e metas estão sendo alcançados, promovendo a adoção de medidas corretivas para melhorar sua operacionalização.

Nesse cenário, é imprescindível que os indicadores sejam coletados, calculados e analisados com uma periodicidade que permita aos gestores reagir ainda dentro de um ciclo de execução do programa. Além disso, as informações geradas pelos indicadores devem ser apresentadas em formato de fácil consumo pelos gestores, para que estes tenham rápido entendimento do desempenho do programa.

O conjunto de indicadores deve ser equilibrado entre as dimensões/componentes analisados. Os indicadores devem ter uma interpretação normativa claramente definida, consistentes e inteligíveis, devendo ser organizados em painéis articulados em três níveis: indicadores chave, indicadores complementares e indicadores específicos.

Os indicadores construídos devem ser adequados, relevantes, objetivos,

mensuráveis e confiáveis. A escolha dos indicadores depende das características e objetivos do programa de saúde implantado.

Uma maneira simples de definir os indicadores é resgatar algumas perguntas feitas no mapeamento do contexto e na definição dos objetivos do programa e então analisar e comparar algumas informações como:

- Que problema se pretende enfrentar/resolver? O meu programa visa modificar alguma condição de saúde do beneficiário?
- Que fatores contribuem para o agravamento do problema ou de seus resultados? Que fatores permeiam ou interferem, ainda que indiretamente, no problema? Existem interferências a serem consideradas? Estes fatores e interferências são relevantes para os resultados do programa?
- Como e por que esse problema entrou no “radar” analítico? Por que esse problema precisa ser resolvido prioritariamente a outros?
- A partir da execução do meu programa, posso ver o resultado por meio do acompanhamento de outro fator?
- Qual era o estado de saúde das pessoas antes do programa? Como está o estado de saúde das pessoas atualmente? Os indicadores de doenças crônicas foram alterados?
- Como são os gastos da operadora com cada pessoa do programa, antes e depois das ações?

É fundamental estabelecer indicadores para avaliar o desempenho e os resultados que sejam capazes de:

- I. avaliar a condição que se deseja modificar;
- II. enxergar a evolução e a ação destes fatores e interferências no problema;
- III. acompanhar e comparar o problema antes e durante a execução do programa;
- IV. demonstrar o benefício, a qualidade e os desfechos para as pessoas participantes e para as operadoras;
- V. demonstrar a execução e a eficácia das ações estabelecidas;
- VI. demonstrar a percepção e satisfação dos beneficiários com o programa de saúde e seus resultados;
- VII. mensurar os impactos nos custos e resultados financeiros;

- VIII. identificar necessidades de ações corretivas e melhorias;
- IX. nortear a tomada de decisão e contribuir para o planejamento de novas ações e programas;
- X. promover uma gestão eficaz dos programas;
- XI. avaliar a viabilidade financeira dos programas.

No caso de programas de saúde executados por prestadores de serviços contratados para este fim, é essencial que os indicadores sejam utilizados para monitorar e avaliar o nível de conformidade da entrega e a qualidade do serviço prestado. Estes, devem ser acompanhados e gerenciados junto aos prestadores de serviços para assegurar o cumprimento das metas e objetivos estabelecidos.

A seguir estão listados alguns dos diversos indicadores possíveis de serem acompanhados, dependendo dos objetivos de cada ação específica e de cada programa:

- I. estratificação de risco dos beneficiários participantes;
- II. impacto econômico-financeiro dos resultados do programa;
- III. índice de satisfação de beneficiários participantes;
- IV. número de atendimentos realizados no período;
- V. número de consultas médicas ambulatoriais por beneficiário;
- VI. número de pacientes atendidos pelo programa no período;
- VII. percentual de adesão a intervenções;
- VIII. percentual de beneficiários diabéticos com glicemia de jejum controlada;
- IX. percentual de inscritos com pressão arterial controlada;
- X. percentual de internações por condições sensíveis;
- XI. percentual de redução da taxa de reinternação da população monitorada;
- XII. percentual de redução na utilização de ambulatórios e terapias;
- XIII. percentual de utilização de exames ambulatoriais geral;
- XIV. percentual de utilização de exames de prevenção;
- XV. percentual de utilização de pronto socorro pelos participantes do programa;

- XVI. procedimentos ambulatoriais realizados pelos beneficiários participantes dos programas;
- XVII. proporção de consulta médica em pronto socorro;
- XVIII. quantidade total de beneficiários abarcados por programas de saúde;
- XIX. razão de visitas a emergências/pronto atendimento por beneficiário;
- XX. razão de visitas a emergências/pronto atendimento por beneficiário;
- XXI. ROI do programa;
- XXII. taxa de absenteísmo dos pacientes;
- XXIII. taxa de adesão da população-alvo;
- XXIV. taxa de internação dos participantes;
- XXV. taxa de internação hospitalar;
- XXVI. taxa de internação hospitalar dos beneficiários participantes;
- XXVII. taxa de utilização (eventos) por pessoa;
- XXVIII. tempo de atendimento nas consultas custo evitado por mês com os participantes do programa;
- XXIX. variação de despesa média por evento ou procedimento;
- XXX. custo per capita por condição crônica;
- XXXI. custo per capita por nível de complexidade;
- XXXII. taxa de adesão às campanhas de prevenção, ações de promoção de saúde;
- XXXIII. alcance de pelo menos 50% dos beneficiários hipertensos, inscritos no programa, mantendo a Pressão Arterial controlada;
- XXXIV. alcance de pelo menos 50% dos beneficiários diabéticos, inscritos no programa, com a Glicohemoglobina controlada (abaixo de 7%);
- XXXV. proporção de beneficiários diabéticos inscritos no programa com a hemoglobina glicada controlada (menor que 7%);
- XXXVI. percentual de hipertensos inscritos com pressão arterial controlada mensurada nos últimos seis meses dentro dos parâmetros de normalidade (120/130 sistólica e diastólica 70/79 mmhg);
- XXXVII. taxa de partos vaginais;
- XXXVIII. taxa de cesáreas eletivas;
- XXXIX. taxa de Admissão Hospitalar em trabalho de parto;

- XL. taxa de UTI neonatal;
- XLI. taxa de Condições Adquiridas;
- XLII. satisfação do beneficiário com a assistência prestada pela equipe.

Todos os resultados devem ser acompanhados ao longo do tempo, com análises periódicas a fim de entender o comportamento dos beneficiários, a evolução do programa e se os benefícios do programa cumprem com os objetivos propostos. E não se pode esquecer que avaliação dos programas deve ser um processo contínuo e adaptável.

A tecnologia pode ser uma ótima aliada na implementação e monitoramento das ações; para definir o público, planejar programas eficientes, acompanhar a execução e monitorar os resultados é importante analisar as informações de maneira prática e sistemática.

Outro grande desafio são os dados insuficientes ou imprecisos, relatórios inadequados ou até mesmo a dificuldade de obtenção das informações. Para ajudar na mensuração e no monitoramento dos indicadores o ideal é utilizar sistemas especializados que possam ser adaptados as necessidades de cada programa e da sua operadora. Essas ferramentas podem ser integradas a outros sistemas da instituição de modo que as informações sejam automaticamente atualizadas. Além disso, as ferramentas e a integração visam garantir a segurança dos dados e a agilidade na avaliação dos resultados.

Mas também para acompanhar os resultados e fazer uma boa gestão dos programas não é necessário "reinventar a roda". Uma boa fonte de apoio é o que está descrito em literatura sobre as ações de saúde ou programas. Comparar os resultados de programa implementados com outros programas semelhantes, de outras operadoras pode ser um caminho importante. O *benchmarking* pode gerar *insights* para aprimorar o programa em questão.

As resoluções normativas são importantes fontes de consulta para o entendimento sobre quais são requisitos mínimos para execução e qualificação de programas de saúde.

Por fim, não se pode esquecer a importância de comunicar os resultados aos beneficiários, prestadores de serviços envolvidos na execução dos programas, gestores e demais áreas da operadora, além da patrocinadora ou mantenedora.

As operadoras, assim como os prestadores de serviço de saúde, têm a responsabilidade de entregar os melhores resultados aos pacientes, com os recursos adequados, gerando valor para os beneficiários.

As maiores expectativas dos gestores das operadoras de planos de saúde é de que as ações promovidas pela área de PROMOPREV apresentem resultados impactantes na sinistralidade. Nesse sentido, os desafios encontrados são:

- I. Estratégias de marketing para obtenção de população representativa;
- II. Engajamento dos participantes;
- III. Estruturação de dados, para que seja possível comparar com os demais beneficiários;
- IV. Confiabilidade dos dados fornecidos pela rede credenciada.

Considerando a afirmativa do notável professor **William E. Deming**, o desfecho desse tópico não poderia ser outro que não: *“o que não pode ser medido, não pode ser gerenciado”*, portanto, o investimento de tempo e recursos materiais e intelectuais na estruturação de mecanismos para o controle e acompanhamento de resultados é parte indispensável de qualquer sistema bem-sucedido.

## CAPÍTULO V: CONHECER PARA CONVENCER

### 7. OS DESAFIOS EM TORNO DO CONVENCIMENTO DAS INSTÂNCIAS DECISÓRIAS

Ao longo do processo de formulação e desenvolvimento de estratégias de gestão de saúde e modelos de atenção, não raro são abordados os muitos desafios envolvidos nas etapas de elaboração, implantação e acompanhamento dos programas, no entanto, pouco se aborda a etapa anterior, que viabiliza todas as demais, representada pelo “sim”, pelo aval para o investimento, pela aprovação das instâncias decisórias das instituições.

#### a. A linguagem do interlocutor

O processo decisório, na maior parte das empresas, é concentrado em níveis de governança que não necessariamente estão familiarizados com a abordagem ou o linguajar técnico das atividades pretendidas, e é aí que “mora o perigo”.

É natural ao profissional técnico – habituado com os meandros de sua atividade – assumir que seus interlocutores possuam o aprofundamento e os prerequisites teóricos necessários à compreensão e à análise das propostas que lhes são apresentadas, contudo, tal presunção é o que torna mais complexo o percurso entre a ideia e a aprovação dos recursos que a viabilizarão.

Conhecer – ainda que não aprofundadamente – os gatilhos, a linguagem e o padrão decisório do interlocutor, favorece a elaboração da proposta.

Um decisor (diretor, conselheiro etc.) cujo perfil seja predominantemente financeiro, não será facilmente convencido por argumentos clínicos não amparados por vetores econômicos. Da mesma forma, um técnico em saúde não será sensibilizado exclusivamente por números. Há, ainda, aqueles que estão “de passagem” e, por isso, não possuem experiência suficiente para análises complexas (nem sob a óptica financeira, tampouco pelo viés técnico em saúde).

Neste ponto uma dúvida ancora: “ora, mas, diante da diversidade de perfis

possíveis, deve-se elaborar uma proposta diferente para cada decisor?” A resposta é: não! naturalmente. Seria mais fácil se pudesse ser assim, contudo, quando as decisões ocorrem em colegiado, o desafio é compreender como os modelos mentais e perfis individuais interferem nas decisões do grupo.

A síntese, nesse tópico, é a seguinte: **é preciso conhecer o interlocutor!**

A familiaridade com o padrão decisório de cada indivíduo possibilita a composição dos cenários que vão contribuir para o conhecimento prévio do padrão decisório do grupo. Não se trata de uma ciência exata, mas de um caminho e de um bom começo.

### **b. Um bom contexto**

Tudo o que se faz nas empresas precisa ser precedido de propósitos. De igual forma, tudo o que é feito sem uma razão clara se configura como desperdício de tempo e de recurso.

Quando se pretende conquistar aderência e apoio, um contexto bem elaborado faz com que o decisor se aproxime do propósito, entenda a proposta e assimile a necessidade de implementá-la.

Uma maneira simples, porém eficaz, de mapear o contexto, é partindo de perguntas elementares:

- I. Que problema se pretende enfrentar/resolver?
- II. Que fatores contribuem para o agravamento do problema ou de seus resultados?
- III. Que fatores interferem, ainda que indiretamente, no problema?
- IV. Existem interferências incontroláveis (ambientais, políticas etc.) a serem consideradas?
- V. Como e por que esse problema entrou no “radar” analítico?
- VI. Por que este problema precisa ser resolvido prioritariamente a outros?

Embora o ponto de partida seja a formulação de perguntas elementares, uma armadilha sedutora, que aparece com frequência nessa fase, é a

tentação de confundir o problema com seus reflexos ou suas consequências. Causa é diferente de consequência; mapeamento da causa-raiz, por sua vez, é a investigação detida e aprofundada das hipóteses apontadas como causas.

Existem ferramentas eficientes que podem contribuir para a análise de causa-raiz e, conseqüentemente, para a descoberta do real problema que se pretende enfrentar, como, por exemplo os “5 Porquês” e o Diagrama de Ishikawa (Espinha de Peixe).

### c. Dados e fatos

O convencimento passa inevitavelmente pela confiabilidade. Um trabalho sustentado por dados e fatos é praticamente impossível de ser desacreditado ou contestado. Investir tempo e estudo nessa etapa amplia o estofo argumentativo e consolida o alicerce do caminho.

Decisores – mesmo aqueles cujo perfil seja menos voltado para elementos técnicos – são mais facilmente convencidos quando conseguem compreender, assimilar, associar, mensurar, interagir e estabelecer intimidade com o que está sendo discutido. Trazer para o discurso dados e fatos que dialoguem claramente com a proposta amplia a capacidade do decisor de elaborar boas perguntas e, a partir delas, construir melhores conclusões.

### d. Aporte teórico

Tão importante quanto os dados e fatos é o suporte teórico-científico.

Considerada a rapidez com que as informações são disseminadas, é praticamente impossível afirmar que algo seja genuinamente novo, inédito. Nesse sentido, encontrar respaldo em estudos teóricos e científicos, em metodologias validadas, em modelos bem-sucedidos, em dados oriundos e experimentação e pesquisas, em protocolos consagrados e no esforço dos que já pensaram e publicaram sobre o tema, traz robustez ao conteúdo e credibilidade à proposta.

Nem sempre o aporte teórico é aplicável em sua integralidade ao tema que se quer abordar, contudo, mesmo que não seja explicitamente utilizado, contribuirá com a argumentação que, sem qualquer dúvida, será necessária no transcurso do processo.

**e. Objetivos claros**

Conhecendo claramente o problema que se quer enfrentar e contando com a sustentabilidade técnica necessária, o passo seguinte é a definição dos objetivos da proposta. Embora o domínio do problema possa estimular a produção de um “tratado” rico em detalhes e desdobramentos, o objeto precisa ser simples, direto e facilmente compreensível pelos interlocutores/decisores.

O objetivo deve estar claramente vinculado ao problema que se pretende enfrentar. Não ao “o que fazer”, não ao “como fazer”, mas ao enfrentamento e/ou solução do que se quer resolver.

**f. Perguntas indigestas**

Nenhuma apresentação é infalível; igualmente, não existe proposta à prova de controvérsias. Partindo desse pressuposto inevitável, a maneira mais eficiente de se precaver é testar a convicção dos argumentos apresentados.

O processo de estudo e elaboração de proposta estimula o autor a se apaixonar pelo conteúdo e dificulta o olhar distanciado, que pode revelar as falhas e inconsistências do modelo.

Para que o sucesso seja alcançado e a proposta seja acolhida, as possíveis “perguntas indigestas” não podem ficar sem resposta. Aliás, elas são capazes de alterar completamente o desfecho esperado, por isso, o exercício do distanciamento e a exploração exaustiva da força dos argumentos são atividades essenciais de preparação.

Se o tópico “a linguagem do interlocutor” foi bem explorado, muito provavelmente será possível antever as perguntas que virão.

Outra boa alternativa é a realização de uma espécie de teste de conceito, submetendo a proposta previamente a outros interlocutores (que não sejam os decisores), com o objetivo de colher suas opiniões, apurar e sanear eventuais dúvidas e amarrar as “pontas soltas”.

**g. Uma boa história**

Uma vez que o conteúdo esteja pronto e testado, o passo seguinte é desenvolver um roteiro. Uma apresentação de proposta nada mais é do que uma história, sobre determinado assunto, sendo contada com objetivo de convencer os interlocutores a produzirem um desfecho esperado.

Pode parecer complexo, mas a analogia se aplica adequadamente ao caso. Por mais técnica que possa parecer, há sempre uma história por trás do conteúdo. Senão, vejamos:

- O enredo foi produzido pensando no perfil de determinado público;
- Começou a ser contado com o auxílio de elementos externos (contextuais);
- Que levaram à apresentação do tema central da trama (o problema em si);
- Para gerar maior interesse do público, foram incorporados referências e dados de realidade;
- Em seguida, foi apresentado o desfecho desejado, o “final feliz” (a proposta);

Ou seja, o segredo é encadear as páginas, os slides, o pensamento, de forma que o conteúdo flua naturalmente e arrebate o interesse do “expectador”, no caso, o decisor.

#### **h. Capricho com os “cosméticos”**

Assim como em toda boa história, os aspectos visuais colaboram positivamente para o encantamento que se busca.

Se a ferramenta escolhida for a tradicional apresentação (PPT ou outra similar), não se pode perder de vista que a ferramenta é um veículo e não a protagonista. O conteúdo deve apoiar o apresentador e não assumir sua responsabilidade.

A melhor estratégia é: menos texto e mais diálogo. O slide é o guia, não o objetivo. O público (o decisor) deve se interessar pelo discurso, pela história que está sendo contada, e isso não vai acontecer se sua atenção estiver comprometida com a leitura de longos conteúdos escritos. Se o conteúdo contiver textos extensos, tabelas, planilhas etc. é porque a ferramenta de veiculação da proposta foi inadequadamente escolhida.

Imagens, grafismos e efeitos são apropriados e têm razão de ser, no entanto, seu papel é fixar e/ou contribuir com o conceito e, nesse sentido, devem dialogar adequadamente com o todo. Texto e elementos gráficos precisam conversar, exigem “companheirismo” mútuo, carecem de intimidade para desfilar de forma cúmplice enquanto as páginas se sucedem.

Ainda sobre a analogia cosmética, tudo o que é demais, é cansativo. Fontes exóticas, tamanhos e formatos incompatíveis, cores, transições, efeitos, vídeos...

Se o objetivo não for a divulgação de uma nova ferramenta de efeitos especiais, use-os com equilíbrio, moderação e bom-gosto.

### **i. A proposta**

Algumas apresentações não atingem seus objetivos em razão de conteúdo inconsistente, pouca preparação do apresentador e outras questões técnicas. Muitas delas, por outro lado, mesmo sendo impecáveis em conteúdo, forma e discurso, não alcançam a solução desejada porque o autor deixou de fazer o básico: propor.

O propósito da preparação e da exposição deve ser, obrigatoriamente, explicitado com um arremate certo. O decisor deve ter clareza do que se espera dele.

Se o propósito é a aprovação de recursos, a autorização para deflagração de um projeto, a contratação de algo etc. isso precisa estar claro. Quando não há desfecho propositivo, o que se fez foi tão somente um debate, um compartilhamento de ideias.

### **Propor é indispensável.**

Pedir claramente o que se quer e, se ainda não houver clareza, não é o momento de realizar a apresentação ao decisor.

### **j. Especialista x “Santo de casa”**

A capacidade de convencer não é necessariamente um talento inato; pode ser adquirida com preparação e estudo. Não obstante, fatores intangíveis podem comprometê-la. Um desses fatores é a proximidade, a convivência.

Se, de um lado, proximidade e convivência contribuem para que todos os atores se sintam à vontade em seus diálogos e propostas, por outro, podem gerar o efeito “santo de casa não faz milagre”.

Algumas vezes – principalmente quando a tecnicidade do tema é elevada – pode ser necessário que o “santo de fora” venha corroborar o discurso do “santo de casa”. O estudo detido do tema, algumas vezes, indicia que o caminho mais adequado é a busca de auxílio profissional fora dos quadros da organização.

Além da mitigação do efeito “santo de casa”, o olhar externo e não contaminado por vícios e paixões, traz uma neutralidade salutar, capaz de engrandecer o escopo do trabalho e a compreensão dos desafios e problemas.

Em apertada síntese: se houver recurso e bons profissionais disponíveis, contrate. **Ajuda nunca é demais.**

#### **k. Receitas x vida real**

Os desafios e as particularidades da “vida real” de cada operadora de saúde, especialmente no âmbito das autogestões, imprimem exigências singulares, com as quais cada gestor precisa aprender a lidar diariamente, considerando o universo no qual esteja inserido.

O contexto das múltiplas singularidades – que soa antagônico em si mesmo – exige a compreensão de que, por mais que os problemas se pareçam, as soluções não são herméticas, tampouco são capazes de replicar resultados idênticos em cenários distintos. No entanto, a observação, em perspectiva, dos erros, acertos, aprendizado e experiências compartilhados, contribui para que a proposição de resoluções seja mais efetiva.

Ao longo dessa cartilha, os temas foram apresentados como pontos de apoio, não sustentáculos. Carregaram o intento de serem guias, não respostas conclusivas.

De igual forma, o roteiro proposto no presente tópico não tem condão “científico-metodológico-doutrinador”; não ensina a fazer renda...

Trata-se de modelo de atuação submetido aos testes de estresse da prática, da temperatura e da pressão do dia a dia, cujo principal propósito é contribuir, com um método simples e eficaz, para que aqueles que querem fazer e não sabem por onde começar, tenham onde se apoiar, tenham em que se guiar.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A **Comissão de Modelos de Atenção à Saúde** nasceu como **Comissão de APS**. Esse destaque é importante e necessário, pois a mudança de nome representa a necessidade de expansão dos conceitos, assim como a real dimensão de seus objetivos e entregáveis.

Dentre os principais propósitos vinculados ao trabalho da comissão estão a estruturação e o compartilhamento de conhecimentos formais, assim como dos saberes decorrentes de experiências práticas e aprendizados pontuais desenvolvidos nas operadoras.

Compreendendo seu papel e sua relevância estratégica para o ambiente de negócios das autogestões, os membros da **Comissão de Modelos de Atenção à Saúde** desenvolveram e compartilham com o universo de filiadas à **UNIDAS**, sua primeira produção escrita, intitulada: **“PROMOPREV na prática: do desenho ao monitoramento de programas de promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos”**.

A produção desta cartilha foi quase tão desafiadora quanto os assuntos expostos em suas dezenas de páginas.

Não fosse a paixão pelo tema – que atrela os membros da comissão em um cordão umbilical invisível, porém valoroso – o conteúdo poderia ter se perdido em turbilhões de ideias, sonhos, projetos, divagações e desejos...

No entanto, o fio condutor que coseu cada parágrafo foi sendo urdido por átomos de amor e respeito; e esses átomos, entremeados pela obsessão por impactar positivamente a qualidade de vida e a longevidade das pessoas.

A atuação em modelos de atenção à saúde é uma atividade técnica, realizada por profissionais capacitados. É, também e antes de tudo, o desdobrar-se de ações, projetos, estratégias, jornadas e iniciativas aplicadas por seres humanos que, para além da técnica, tateiam amorosamente e com dedos cuidadosos, a vida de outro ser humano.

Embora permeada por subjetividades naturais, tais subjetividades não foram explicitamente demonstradas ao longo do texto; em vez disso, o conteúdo primou pelo esmero técnico, sem se deixar amarrar por tecnicismos

e rebusques desnecessários, tendo tentado, da primeira à última linha, ser prático, fácil, leve, objetivo e, sobretudo, útil.

O produto que se entrega no desfecho desse percurso é fruto da união do conhecimento técnico-científico com a experimentação prática e com os conteúdos vivenciais de cada um dos envolvidos na produção da cartilha.

Espera-se, ao final, que cada leitor tenha se sentido estimulado a começar. Que tenha descoberto caminhos, recebido *insights*, encontrado motivação, inspiração para dar o primeiro passo.

Os desafios quotidianos das autogestões requerem que se avolumem as iniciativas e os projetos voltados à promoção da saúde e à prevenção dos riscos e agravos relacionados às doenças. Mais que isso, os beneficiários das autogestões carecem – mesmo que ainda não tenham plena consciência – que as operadoras os conduzam por jornadas virtuosas de saúde, desenvolvidas a partir das perspectivas mais elementares: longevidade, bem-estar e qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

**ANS.** Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS, junho 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/informacoes-gerais/total-cad-info-jun-2019.pdf>. Acesso em agosto 2024.

**ANS.** Agência Nacional de Saúde Suplementar. Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças no setor de saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2009. Disponível em <https://www.gov.br/ans/pt-br/centrais-de-conteudo/prodeditorialans-manual-tecnico-de-promocao-da-saude-no-setor-de-ss-pdf>. Acesso em agosto de 2024.

**ANS.** Agência Nacional de Saúde Suplementar. Incentivos para participação em programas para promoção da saúde entram em vigor. Rio de Janeiro: ANS, agosto 2011. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index.php/a-ans/sala-denoticias-ans/consumidor/735>. Acesso em agosto de 2024.

**ANS.** Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Manual de tópicos da saúde suplementar para o programa parceiros da cidadania. Rio de Janeiro: ANS, 2021. Disponível em: [https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/ans-lanca-publicacao-sobre-regras-do-setor-de-planos-de-saude/copy5\\_of\\_ManualdeTpicosdaSadeSuplementar.pdf](https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/ans-lanca-publicacao-sobre-regras-do-setor-de-planos-de-saude/copy5_of_ManualdeTpicosdaSadeSuplementar.pdf). Acesso em: agosto de 2024.

**ANS,** Agência Nacional de Saúde Suplementar. Dia Mundial da Saúde: ANS orienta operadoras a promoverem a atividade física. Notícias ANS. 1 de abril de 2019a. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/qualidade-da-saude/4918-dia-mundial-da-saude-ans-orienta-operadoras-a-promoverem-a-atividade-fisica> Acesso em: agosto de 2024.

**ANS,** Agência Nacional de Saúde Suplementar. Seminário de Acompanhamento do Laboratório de Inovações em Atenção Primária. Notícias ANS. 3 de maio de 2019b. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/qualidade-da-saude/4958-seminario-de-acompanhamento-do-laboratorio-de-inovacoes-em-aps> Acesso em: agosto de 2024.

**ANS,** Agência Nacional de Saúde Suplementar a. Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde. Seção Gestão em Saúde. Homepage na internet. S.d. a. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/certificacao-de-boas-praticas> Acesso em: agosto 2024.

**ANS**, Agência Nacional de Saúde Suplementar b. Histórico dos Programas de Promoção da Saúde e Prevenção e Controle de Riscos e Doenças. Homepage na internet. S.d. b. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-da-operadora/298-promoprev-historico> Acesso em: agosto de 2024.

**AYRES, J. R. C. M.** Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. São Paulo: [Editora], 2004.

**BRASIL.** Secretaria de Comunicação Social. Censo: número de idosos no Brasil cresceu 57,4% em 12 anos. Disponível em: <https://www.gov.br>. Acesso em: 16 set. 2024;

**BRASIL.** Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Crescimento da população idosa traz desafios para a garantia de direitos. Disponível em: <https://www.gov.br>. Acesso em: 28 ago. 2024;

**BRASIL.** Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030. Disponível em: <https://www.gov.br>. Acesso em: 21 set. 2024.

**BRASIL.** Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução normativa - RN nº 264, de 19 de agosto de 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2011/res0264\\_19\\_08\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2011/res0264_19_08_2011.html). Acesso em: 16 set. 2024.

**BRASIL.** Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução normativa - RN nº 265, de 19 de agosto de 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2011/res0265\\_19\\_08\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2011/res0265_19_08_2011.html). Acesso em: 16 set. 2024.

**BRASIL.** Agência Nacional de Saúde Suplementar. PROMOPREV. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/operadoras/compromissos-e-interacoes-com-a-ans-1/programas-ans-1/promoprev>. Acesso em: 21 ago. 2024.

**BRASIL.** Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução normativa - RN nº 510, de 30 de março de 2022, e seus anexos, dispõe sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS.

**BRASIL.** Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução normativa - RN nº 543, de 2 de setembro de 2022, e suas posteriores alterações, dispõe sobre a concessão de Autorização de Funcionamento das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde e dá outras providências.

**FLUGLERUD, H.; HELLE, L.; NORDH, H.** Design and use of personas in research: Lessons learned from a case study. In: *Designing Interactive Systems Conference (DIS)*. Cham: Springer, 2020. p. 63-76. Disponível em: [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-49282-3\\_4](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-49282-3_4). Acesso em: 10 set. 2024.

**GLOBO.** Idosos superam jovens na população brasileira, aponta censo. G1, 22 ago. 2024. Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/censo/noticia/2024/08/22/idosos-populacao-jovens.shtml>. Acesso em: 30 set. 2024.

**IESS.** Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. Pesquisa IESS: Promoção da saúde e da economia também. Informativo eletrônico, outubro 2016. Disponível em: <https://www.iess.org.br/publicacao/blog/promocao-da-saude-e-da-economia-tambem>. Acesso em: agosto de 2024.

**IPEA.** Projeções indicam aceleração do envelhecimento dos brasileiros até 2100. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br>. Acesso em: 30 set. 2024;

**MEDICAL WAY.** Gestão de qualidade na saúde. Disponível em: <https://medicalway.com.br/blog/gestao-de-qualidade-na-saude/page/14/>. Acesso em: 12 set. 2024.

**MENDES, E.V.** O cuidado das condições crônicas na atenção primária a saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. / Eugenio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde 2012

**MENDES, E. V.** As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Hucitec.

**MARTINS, M.R. ; VANZ, S. A.S.** Construção de personas: mapeamento de estudos e métodos. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/220535/001124336.pdf?sequence=1>. Acesso em: 8 set. 2024.

**MARTINS, M. R.; VANZ, S. A. de S.** Persona: um recurso essencial para o design centrado no usuário. In: BARBOSA, A. (org.). Design e interação: práticas e teorias. Cham: Springer, 2020. p. 63-76. Disponível em: [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-49282-3\\_4](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-49282-3_4). Acesso em: 8 set. 2024.

**OBSERVATÓRIO DA APS.** DCNT: como o Brasil poderia evitar mais de 300 mil mortes prematuras por ano. Disponível em: <https://www.observatoriodaaps.com.br>. Acesso em: 22 ago. 2024.

**OGATA, Alberto.** Título: Saúde populacional, Gestão e Sustentabilidade para o cenário brasileiro. Volume 5. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2024

**O ENVELHECIMENTO no Brasil: aspectos sociais, políticos e demográficos em análise.** *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 142, p. 427-446, set./dez. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.258>. Acesso em: 18 set. 2024.

**ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS).** Relatório da OPAS mostra que as DCNTs continuam sendo a principal causa de morte e incapacidade nas Américas e alerta os países para que preparem os sistemas de saúde para uma população que envelhece rapidamente. Disponível em: <https://www.paho.org>. Acesso em: 22 ago. 2024.

**Organização Pan-Americana de Saúde.** OPAS destaca que investir na saúde, abordando os determinantes sociais, é crucial para alcançar a agenda 2030 e o bem-estar de todas as pessoas, em sessão do G20. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/4-6-2024-opas-destaca-que-investir-na-saude-abordando-os-determinantes-sociais-e-crucial>. Acesso em: 09 set.2024.

**ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE.** Indicadores de saúde: elementos conceituais e práticos. Washington, D.C.: OPAS, 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49057>. Acesso em: 10 set. 2024.

**PAIM, J.** O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

**PREVIVA.** Indicadores de desempenho na promoção da saúde. Disponível em: <https://www.previva.com.br/indicadoresdedesempenhonapromocaodasaude/>. Acesso em: 21 set. 2024.

**RODRIGUES, Andreza Trevenzoli; SILVA, Kênia Lara; SENA, Roseni Rosangela de.** Programas de promoção da saúde na saúde suplementar em Belo Horizonte, MG, Brasil: concepções e práticas. Interface (Botucatu), Botucatu, v.19,n.54,p.455-466, Sept. 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832015000300455&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000300455&lng=en&nrm=iso). Acesso em: agosto de 2024.

**SALMINEN, J.; JUNG, S.-G.; GUAN, K. W.; JANSEN, B. J.** Use cases for design personas: a systematic review and new frontiers. In: *Proceedings of the 2022 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems (CHI '22)*, 29 abril–5 maio 2022, Nova Orleans, LA, EUA. New York: ACM, 2022. Disponível em: <https://dl.acm.org/doi/pdf/10.1145/3491102.3517589>. Acesso em: 11 set. 2024.

**SOUSA, M. F.** Conceitos básicos em Monitoramento e Avaliação. Brasília: Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, 2013.

**União Nacional das Autogestões em Saúde Suplementar - UNIDAS.** Autogestão, modelo ideal para a saúde corporativa. São Paulo: UNIDAS, 2013. Disponível em: <https://unidas.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Livro-Autogestao-modelo-ideal-para-a-saude-corporativa.pdf>. Acesso em: agosto de 2024.

