

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

PAULA DE SOUZA SILVA FREITAS

**A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE A OFERTA DE
PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE
DOENÇAS NO SISTEMA SUPLEMENTAR DE SAÚDE NO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO**

VITÓRIA

2009

PAULA DE SOUZA SILVA FREITAS

**A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE A OFERTA DE
PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE
DOENÇAS NO SISTEMA SUPLEMENTAR DE SAÚDE NO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração Política e Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rita de Cássia Duarte Lima

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Ethel Leonor Nóia Maciel

VITÓRIA

2009

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

Freitas, Paula de Souza Silva, 1981-

F866p A percepção dos usuários sobre a oferta de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças no sistema suplementar de saúde no estado do Espírito Santo / Paula de Souza Silva Freitas. – 2009.

94 f.

Orientadora: Rita de Cássia Duarte Lima.

Co-Orientadora: Ethel Leonor Nóia Maciel.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Promoção da saúde. 2. Medicina preventiva. 3. Biopolítica. 4. Autonomia. 5. Saúde suplementar. I. Lima, Rita de Cássia Duarte, 1953-. II. Maciel, Ethel Leonor Nóia. III. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. IV. Título.

CDU: 614

PAULA DE SOUZA SILVA FREITAS

A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE A OFERTA DE PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS NO SISTEMA SUPLEMENTAR DE SAÚDE NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração Política e Gestão em Saúde.

Aprovado em 22 de dezembro de 2009.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Rita de Cássia Duarte Lima

Orientadora - Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dr. Túlio Alberto Figueredo

Membro Interno - Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dr. Carlos Dimas Martins Ribeiro

Membro externo - Universidade Federal Fluminense

Prof^a. Dr^a. Maristela Dalbello de Araújo

Suplente Interno - Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dr. Túlio Batista Franco

Suplente Externo - Universidade Federal Fluminense

A DEUS...

Por ter me ensinado o princípio da resiliência.

Por colocar em meu caminho pessoas preciosas.

Por me presentear com uma família abençoada.

AGRADECIMENTOS

Com certeza a vida é feita de relacionamentos e foram eles que me fizeram chegar até aqui e obter muito mais que conhecimento na trajetória do Mestrado. Conheci pessoas especiais, erreí, acertei e as ajudas recebidas nos momentos difíceis nunca se apagarão da minha memória.

Meu agradecimento a Deus, a ELE sempre toda honra, glória e louvor. Sei que por Ele venci os obstáculos e cheguei até aqui.

Meu apreço e agradecimento à professora Rita de Cássia Duarte Lima por me aceitar na construção de conhecimentos tão diferentes e novos. Agradeço por me ajudar nos momentos em que achei que não conseguiria e por potencializar minhas habilidades e minimizar minhas limitações.

À professora Ethel Leonor Nóia Maciel por, generosamente, entender quando percebi que queria trilhar outros caminhos.

Ao grupo de pesquisa da Universidade Federal Fluminense por sempre nos receber com tanta hospitalidade e por compartilhar conosco um tema tão relevante para a Saúde Coletiva. Em especial, ao professor Drº Túlio Franco e ao Drº Dimas Ribeiro que coordenaram de forma magistral nossa equipe de pesquisa.

Aos beneficiários e às operadoras que abriram as portas para esta pesquisa e dedicaram um pouco de seu tempo para compartilhar suas percepções.

Aos professores e colegas do Mestrado em Saúde Coletiva pelo compartilhar de conhecimentos na diversidade e nas diferenças. Em especial, à Márcia Portugal, por tanto amor e cuidado comigo. À Débora pelo auxílio e por abdicar de seu tempo por mim.

À Juliana, minha amiga fiel há mais de quinze anos, por me aconselhar a cursar este Mestrado, por sempre estar por perto para rir e também chorar. Você me faz ter certeza de que, para Deus realizar SEUS projetos em nossas vidas, ELE sempre usa pessoas especiais e você é uma delas.

À Talita por compartilhar seus conhecimentos, pelo brilho, doçura e equilíbrio que sempre transmitiu nos momentos de estresses. Pelas intermináveis discussões acerca de biopolítica. Torço para que encontre mais pessoas como você ao longo da minha vida.

Aos meus pais (Paulo e Tereza) e a meus irmãos (Jones e Ingrid), meus alicerces, por me ensinar a ser melhor todos os dias, me ensinar que não existe obstáculo que com Deus não se consiga vencer. Por me guardarem em oração sempre e por entenderem as ausências nos aniversários e nas festas.

A todos os meus familiares e amigos de perto, e de longe, por torcerem tanto por mim.

A Marcos por todo amor e abdicção que tem demonstrando a mim ao longo desses dez anos juntos. Obrigada pelo companheirismo e por tolerar os momentos difíceis. Agradeço pelo compromisso que tem com minha alegria e felicidade.

Enfim, são tantas pessoas especiais, que é impossível mencionar todos que me ajudaram a chegar até aqui. Muito obrigada aos que fizeram esse caminho mais fácil.

“Nem olhos viram, nem ouvidos ouviram, nem jamais penetrou em coração humano o que Deus tem preparado para aqueles que o amam.”

Bíblia Sagrada

LISTA DE SIGLAS

ANS	-	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CASSI	-	Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil
IDEC	-	Instituto de Defesa do Consumidor
MVA	-	Médicos Vinculadores Assistenciais
PGC	-	Programa de Gerenciamento de Casos
PROCON	-	Programa de Orientação e Proteção ao Consumidor
SUS	-	Sistema Único de Saúde
UFES	-	Universidade Federal do Espírito Santo
UFF	-	Universidade Federal Fluminense
UNATI	-	Universidade Aberta da Terceira Idade

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVO	14
3	QUADRO TEÓRICO	15
3.1	SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: EMBATES ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO.....	15
3.2	EM BUSCA DE NOVAS MODELAGENS ASSISTENCIAIS PARA A SAÚDE SUPLEMENTAR: PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.....	17
3.3	PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS: CONCEITOS E PRÁTICAS EM DISPUTA.....	18
3.4	PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR: UM DISPOSITIVO BIOPOLÍTICO NA PRODUÇÃO DO CUIDADO.....	21
3.5	PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR: (RE)SIGNIFICANDO A PRODUÇÃO DO CUIDADO PELO CUIDADO AUTONOMIZADOR E PELO CUIDADO DE SI.....	24
4	METODOLOGIA	28
4.1	DESENHO DA PESQUISA.....	28
4.2	SUJEITOS DA PESQUISA.....	28
4.3	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	29
4.4	CENÁRIO DA PESQUISA.....	30
4.5	COLETA DE DADOS.....	32
4.6	ANÁLISE DE DADOS.....	32
4.7	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	34

5	ARTIGOS.....	35
5.1	ARTIGO 1: A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE A OFERTA DE PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS: O CASO DE UMA OPERADORA DE AUTOGESTÃO.....	35
5.2	ARTIGO 2: PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR: UM DISPOSITIVO DE AUTONOMIA NO ANDAR DA VIDA DO USUÁRIO? O CASO DE UMA OPERADORA DE MEDICINA DE GRUPO.....	60
6	REFERÊNCIAS	81
	APÊNDICES.....	86
	APÊNDICE A – Carta de Apresentação da Pesquisa nas Empresas.....	87
	APÊNDICE B – Termo de Autorização das Empresas.....	88
	APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista do Usuário.....	89
	APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	91
	ANEXO.....	93
	ANEXO A – Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa.....	94

1 INTRODUÇÃO

Os Sistemas de Saúde são estruturas responsáveis pela resolução dos processos saúde-doença de uma dada população e têm como principal função solucionar problemas coletivos de saúde (LOBATO; GIOVANELLA, 2008), que apresentam diversas configurações e, quanto à cobertura, podem se dividir em: sistemas universais, sistema de seguros sociais e sistemas privados.

No Brasil, é adotado o sistema universal pelo qual toda a população está coberta, o Sistema Único de Saúde (SUS), que possui como finalidade ofertar ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Complementar ao SUS há um subsistema suplementar, pelo qual uma parcela da população tem acesso aos serviços de saúde por meio de planos de saúde ou pagam diretamente pelos serviços prestados (LOBATO; GIOVANELLA, 2008).

Em pesquisa recente, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (BRASIL, 2008) constatou que o mercado de planos privados tem tido um crescimento exponencial no Brasil, mesmo com a existência de um amplo sistema público universal, que cobre todas as ações coletivas e individuais para a população. Andrade e Maia (2006) explicam que a decisão de adesão a um plano de saúde pelo cidadão implica uma avaliação de vários fatores, entre eles, o tempo de espera, acessibilidade e qualidade de atendimento no SUS.

Como consequência dessa forte presença do sistema suplementar na assistência à saúde no País, cujo modelo de atenção à saúde é fundamentalmente privatista médico-centrado, tem-se o estabelecimento de padrões de comportamento difíceis de reverter, com a estruturação dos interesses privados na saúde, condicionando o conflito político e estruturando o processo de tomada de decisões, o que contribui para o enfraquecimento da proposta do SUS (MENICUCCI, 2008). Há, dessa forma, necessidade do direcionamento dessas ações em um mesmo sentido, buscando agregar forças sociais e políticas capazes de vencer as gigantescas dificuldades do financiamento, das inovações no modelo de gestão, voltadas para a qualidade e eficiência, e o cuidado integral ao indivíduo (SANTOS, 2008).

A partir desses pressupostos, a ANS, na tentativa de racionalizar os modos de produção do cuidado, tem estimulado, dentre outras ações, o desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças pelas operadoras de planos privados de saúde, em busca da mudança do modelo assistencial vigente na saúde suplementar para um modelo que utilize o cuidado integral como eixo condutor de suas ações de saúde,

visando à melhoria da qualidade de vida dos beneficiários de planos de saúde (BRASIL, 2007; BRASIL, 2008).

Dessa forma, e considerando a complexidade do sistema suplementar de saúde e sua importância humana e econômica, acredita-se que a implantação de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças poderá ajudar as operadoras de planos de saúde a estreitarem os laços com seus beneficiários, tendo a oportunidade de aliar objetivos empresariais aos objetivos que permeiam a atenção à saúde de modo integral (SILVEIRA, 2004).

O desafio da implementação das ações de promoção e prevenção busca a mudança do modelo assistencial praticado pelo setor suplementar, para assim superar a fragmentação da linha do cuidado, garantindo a integralidade (SANTOS; MALTA; MERHY, 2008). Tais ações podem servir como elementos essenciais para o desenvolvimento da saúde e trazer resultados positivos para os diversos atores do mercado de saúde suplementar, quais sejam, operadoras, beneficiários e prestadores de serviços de saúde (SILVEIRA, 2004).

Diante do crescimento significativo do sistema suplementar, torna-se de extrema importância conhecer os usuários desse sistema, assim como obter informações sobre as ações e programas por eles desenvolvidos, com o objetivo de oferecer serviços de saúde de qualidade a essa população. Assim, pretende-se avaliar, neste estudo, as propostas de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças ofertadas pelo sistema suplementar de saúde sob a ótica do usuário.

Este estudo foi desenvolvido arraigado em uma pesquisa intitulada “Promoção e Prevenção na Saúde Suplementar”, desenvolvida no Instituto de Saúde da Comunidade do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense, com a linha de apoio “Modelos de Incorporação Tecnológica na Saúde Suplementar”. Trata-se de uma parceria relevante entre a Universidade Federal Fluminense (UFF), a Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e a Universidade Estadual de Santa Cruz (Ilhéus, Bahia).

Este trabalho culminou na construção de dois artigos. Para embasá-los, elaborou-se um quadro teórico abrangendo os aspectos relacionados com o sistema de saúde brasileiro, a regulação do sistema suplementar de saúde, os conceitos de promoção da saúde e prevenção de doenças, dispositivos biopolíticos e produção do cuidado com enfoque na autonomia e no cuidado de si. Espera-se, com este estudo, contribuir com reflexões para os vários atores e instituições envolvidos na saúde suplementar e nos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, que culminem na implementação de políticas que

incentivem o desenvolvimento e melhoria desses programas, assim como suscitar novos estudos nessa área e subsidiar a tomada de decisão e a adoção de novas estratégias.

2 OBJETIVO

Analisar os programas de promoção da saúde e prevenção de doenças no sistema suplementar, por meio dos discursos dos usuários desse sistema no Estado do Espírito Santo.

3 QUADRO TEÓRICO

3.1 SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: EMBATES ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO

Na atualidade, diversos autores (ACIOLE, 2006; MENICUCCI, 2007; MENICUCCI 2008; HEIMANN, IBANHES; BARBOZA, 2005) se dispuseram a analisar historicamente os formatos, as tensões, as disputas e interfaces desse mosaico da assistência pública e privada à saúde no Brasil ao longo da história. É importante ressaltar os modelos e arranjos percorridos durante esse mix público e privado na saúde, que constituíram o alicerce para um sistema fragmentado de saúde na atualidade, visto que o setor privado de saúde operava bem antes da formulação do SUS (GERSCHMAN, 2008).

Em consonância com a história, entre debates e diversos interesses em disputa, como marco da Saúde no Brasil, foi instituído, em 1988, o SUS que, em seu art.196, descreve a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Ainda na Constituição de 1988, no art.199 (parágrafo 1º), descreve o papel do setor privado no sistema de saúde brasileiro da seguinte forma (BRASIL, 1988):

Art.199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Parágrafo 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins de lucro (BRASIL, 1988, p. 163-164).

Com a criação do SUS, exacerba-se a problemática para a concepção de práticas regulatórias desse sistema suplementar de saúde, pois essa regulação é complexa e conflituosa, em decorrência da expressão desse setor (LOBATTO; GIOVANELLA, 2008), uma vez que as empresas que vendem esses serviços se baseiam em lucros e em regras mercadológicas.

Como tentativa de regulação, em junho de 1998, foi aprovada a Lei nº 9.656 (BRASIL, 1998), que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, contudo o setor mantinha atuação sem regulamentação efetiva do Estado e os usuários continuavam à mercê de regras do mercado de consumo (ALBUQUERQUE et al., 2008). Como forma de

pressionar o Estado para reverter essa situação, ocorreram mobilizações de consumidores, do Instituto de Defesa do Consumidor (IDEC) e do Programa de Orientação e Proteção ao Consumidor (PROCON). Em resposta a essas pressões sociais, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi criada em 2002, na esfera do Ministério da Saúde, garantido o direito dos usuários e protegendo os interesses públicos na Assistência Suplementar (CARVALHO; CECÍLIO, 2007).

A ANS, como órgão estatal regulamentador da saúde suplementar no Brasil, inicia sua prática macrorregulatória em três principais eixos: regulação da saúde financeira das operadoras, perspectiva do direito do consumidor e regulação dos produtos (MALTA et al., 2004). Com essas práticas, a ANS tem investido em uma microrregulação de práticas assistenciais, visando a induzir mudanças no modelo assistencial predominante no setor (médico-assistencial privatista) e selecionando indicadores, nos quais estão inseridas as iniciativas de promoção e prevenção (SANTOS; MALTA; MERHY, 2008).

Em busca de modelagens alternativas das práticas assistenciais, o setor suplementar tem se movimentado motivado pela racionalidade econômica. Esse processo pode ser denominado de reestruturação produtiva, definido por Franco e Merhy (2008) como dinâmica de importantes mudanças no modo de produção do cuidado, mas que não, necessariamente, rompe com os paradigmas do modelo médico-assistencial privatista e das regras mercadológicas que operam na saúde privada.

Diversas operadoras de saúde têm apostado nessa diversificação de tecnologias de cuidado nos processos produtivos, por meio de estratégias como cuidado domiciliar e ações de promoção da saúde e prevenção da doença. Nessas ações, inseridas no processo de reestruturação produtiva, geralmente permeia a disputa no campo da micropolítica, buscando a pactuação entre os atores envolvidos e configurando um perfil de cuidado (FRANCO; MERHY, 2009).

3.2 EM BUSCA DE NOVAS MODELAGENS ASSISTENCIAIS PARA A SAÚDE SUPLEMENTAR: PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Na perspectiva da reestruturação produtiva em curso no setor suplementar, ocorreram as primeiras mobilizações da agência em dezembro de 2004, com a organização do I Seminário Nacional de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças na Saúde

Suplementar, no qual foi iniciada a discussão e a reflexão do tema nesse setor que pautava as ações de saúde predominantemente em critérios econômicos financeiros (BRASIL, 2008).

Para incentivar as operadoras a implementarem nas empresas a incorporação das atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças, a ANS criou um projeto, no qual foi condicionada a extensão do prazo de constituição de reservas econômicas à apresentação de programas de promoção e prevenção (SANTOS; MALTA; MERHY, 2008). Com esse estímulo, várias operadoras começaram a desenvolver esses programas, porém, com o recebimento das informações sobre os programas em curso, a ANS constatou fragilidades, como a baixa abrangência e cobertura, a baixa adesão e consistência técnica dos programas, a ausência de monitoramento e avaliação das ações (BRASIL, 2008).

Como estratégia para a reversão dessas falhas, a fim de fornecer suporte teórico e técnico para o planejamento e organização dos programas, a ANS elaborou o Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar, que foi publicado em dezembro de 2006. O conteúdo desse manual visa primordialmente à mudança de hábitos da população-alvo e adoção de práticas saudáveis pelos usuários do sistema suplementar (BRASIL, 2007).

Após oferecer esse suporte teórico e técnico, a ANS iniciou um projeto de avaliação e qualificação dos programas de promoção e prevenção implantados pelas operadoras. Para isso, em 2008, realizou um estudo quantitativo, culminando na publicação do manual “Panorama das Ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar”. Os dados obtidos apresentam aspectos que merecem ser aprofundados em pesquisas mais específicas, no intuito de observar o caráter da mudança provocada no modo de produção do cuidado realizado no sistema suplementar.

3.3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS: CONCEITOS E PRÁTICAS EM DISPUTA

Existe uma linha tênue entre promoção da saúde e prevenção de doenças. O enfoque da promoção é mais amplo, abrangente e voltado para o coletivo, enquanto a prevenção é focalizada no indivíduo e busca isentá-lo de riscos e agravos. Hoje, o que tem gerado

confusão entre os dois termos são algumas ações nomeadas de promoção da saúde, mas que são estratégias de mudanças na conduta individual e na redução de fatores de risco de doenças específicas (BUSS, 2005). A partir desses pressupostos, analisaremos *a priori* o conceito de promoção da saúde e, em seguida, desenvolveremos a temática de prevenção de doenças.

O termo promoção da saúde vem se potencializando nas duas últimas décadas, em particular nos países em processo intenso de industrialização, como forma de questionar a baixa resolutividade da Medicina curativa e de alto custo. O marco da retomada do movimento de promoção da saúde ocorreu no Canadá, em 1974, com o Informe de Lalonde, no qual se discutiu a respeito da relação entre morbi-mortalidade, o meio ambiente e os estilos de vida (BUSS, 2005; CZERESNIA, 2005).

Após esse Informe, ocorreu, em 1978, a Conferência em Alma-Ata, que originou a Carta de Ottawa, que referencia o movimento promoção de saúde como

[...] processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver (CARTA DE OTTAWA, 1986, p.1).

Além dessa, outras conferências internacionais também contribuíram para formar os pilares e ampliar o conceito de promoção da saúde. Dentre elas, cabe destacar: Adelaide (1988), Sundsval (1991) e Jakarta (1997). A partir dessas conferências, uma multiplicidade de vertentes surgiu na promoção da saúde, abordando conceitos contemporâneos, que incluem participação social e intersetorial ampla, soluções multivariadas para a melhoria da qualidade de vida da população, predomínio da equidade e reorientação dos serviços de saúde (BUSS, 2005; CARVALHO 2007).

Dessa forma, Czeresnia (2005), em sua observação empírica do discurso de promoção da saúde, analisa esse discurso heterogêneo, contraditório e permeado de interesses divergentes. Sua tônica é o processo saúde-doença-cuidado e suas práticas são dependentes do conceito que se usa para traçá-las. Portanto, deve-se buscar uma aproximação dessa multiplicidade de conceitos, visando a um enfoque no fortalecimento individual e coletivo para lidar com os condicionantes da saúde. Para que essa aproximação ocorra, torna-se necessário o aprofundamento e a reflexão do conceito de promoção da saúde em nossa sociedade.

A fim de delinear o conceito de promoção da saúde, a ANS cita, em seu manual “Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças no Sistema Suplementar”, como principais autores, Buss (2005), a Carta de Ottawa (1986) e Czeresnia (2005), e propõe um conceito de promoção da saúde voltado para modos de conduzir a vida da população com a adoção de hábitos saudáveis e prevenção e monitoramento de fatores de risco.

Assim, a promoção da saúde visa a modificar as condições de vida para a transformação dos processos individuais e coletivos de tomada de decisão, apontando práticas favoráveis à qualidade de vida e de bem-estar (SILVEIRA, 2004). Deve-se ressaltar que, na atualidade, o termo “qualidade de vida” tem sido extremamente difundido e tem, no conceito de promoção da saúde, sua estratégia central (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Minayo, Hartz e Buss (2000) ressaltam que qualidade de vida em saúde possui foco na capacitação da população em viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade. Deve-se ressaltar, nesse modelo, a tendência ao paradigma da “saúde perfeita”, o que seria inatingível na prática. O risco dessa tendência está em tratar os processos de adoecimento apenas como falta de cuidado com a saúde e não como parte natural do processo de viver.

O objetivo da promoção da saúde para o sujeito deve focar a construção de sua saúde pelo cuidado de si e cuidado com os outros, utilizando a capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida, e pela luta para que a sociedade ofereça condições que permitam a obtenção da saúde por todos os seus membros (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Outro conceito estruturante que sintetiza essa nova promoção da saúde é baseado em um núcleo filosófico denominado “empowerment”, traduzido também como apoderamento ou empoderamento. Seu conceito é complexo e toma emprestado noções de distintos campos de conhecimento (CARVALHO, 2004a). Consonantes com Carvalho e Gastaldo (2008), privilegiaremos o enfoque crítico e social para analisar esse termo.

O “empowerment” objetiva capacitar os indivíduos e coletivos para responder aos desafios da vida social por meio do compartilhamento de poder entre os profissionais de saúde e os usuários nos modos de conduzir a vida. Com essa prática de poder, podem-se produzir sujeitos autônomos e críticos, como também sujeitos dominados e alienados. Espera-se, contudo, que essa estratégia produza indivíduos autônomos e que tomem decisões coerentes. Essa forma de poder pode ocorrer tanto no nível da promoção da saúde como no da prevenção de doenças, reabilitação e cura (CARVALHO, 2007; CARVALHO; GASTALDO, 2008).

Em conformidade com essa definição, Fleury-Teixeira et al. (2008) identificam a autonomia como categoria norteadora da atuação em promoção da saúde e a considera o cerne da proposição de “empowerment” individual e coletivo. Em suma, a produção do cuidado autonomizador visa a ampliar a capacidade dos indivíduos e coletivos para intervir sobre seus determinantes de saúde.

Diante do arcabouço teórico que compõe a promoção da saúde, Buss (2000) leva a entender que a promoção da saúde “[...] representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos neste final de século” (BUSS, 2000, p. 165).

As diferenças existentes entre promoção da saúde e prevenção de doenças encontram-se mais presentes no campo teórico e conceitual do que nas intervenções práticas. Conceitualmente, a prevenção é mais voltada para ações de detecção de doenças, monitoramento e combate a fatores de riscos ou causais de grupos de doenças específicas (SILVEIRA, 2004).

Baseando-se nessa definição, percebe-se que o discurso preventivista está arraigado nas estruturas contemporâneas da epidemiologia, e seus projetos contemplam a redução de riscos de adquirir enfermidades, nas recomendações normativas e na mudança de hábitos de determinada população (CZERESNIA, 2005). O discurso preventivista é dividido em três níveis de atuação: prevenção primária, secundária e terciária. A prevenção primária é caracterizada pela prevenção da morbidade por meio da minimização de fatores de risco e potencialização de fatores de proteção. Já a prevenção secundária tem por finalidade a detecção precoce de doenças. Por último, a prevenção terciária atua no nível do tratamento e controle da doença já instalada (DIAS et al., 2004).

Nessa linha de análise, percebe-se a prevenção de doenças e a promoção da saúde como um conjunto heterogêneo de estratégias de extrema importância na consolidação de políticas que visem à saúde da população. Ambas as estratégias devem ser utilizadas na implementação de modelos de atenção à saúde baseados na produção do cuidado. Nessa direção, o setor suplementar tem sido tensionado a se tornar um ambiente de produção de ações de saúde nos territórios da promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos indivíduos (BRASIL, 2007).

3.4 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR: UM DISPOSITIVO BIOPOLÍTICO NA PRODUÇÃO DO CUIDADO

A fim de abordar o usuário como coprodutor de seu cuidado, e a relação de poder constituída nessa teia onde, possivelmente, emanam os dispositivos biopolíticos dos diversos autores envolvidos, busca-se desvendar as interações entre a assistência prestada e a inserção e participação dos usuários nos programas, assim como a sua autonomia no itinerário terapêutico. A apreensão dessa discussão sobre poder deu-se a partir de autores como: Michel Foucault (1999, 2006, 2008, 2009), Peter Pál Pelbart (2003), Tammy Progrebinschi (2004) e Giorgio Agambem (2004). Seguindo análise sobre a produção do cuidado, com ênfase no cuidado de si e na autonomia, utilizaram-se, principalmente, textos de Foucault (2007), Boff (2009), Ayres (2004), Freire (1996), Costa ET al. (2007), Cechin e Carvalho (2006), Merhy (2002) (2009), Franco e Merhy (2009), Bub et al. (2006), Pinheiro e Cechin (2006), Costa, Lunardi e Lunardi Filho (2007), Maringuela (2009), Cavalcanti Junior (2009) e Lima (2009).

Com o intuito de compreender o caráter da mudança ocorrido no modo de produção do cuidado por meio das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, pretende-se analisar essas propostas na perspectiva dos dispositivos biopolíticos, que podem ser produzidos nesse processo. Compreende-se dispositivo como um campo de correlações de força onde é posto em operação um conjunto determinado de tecnologias e práticas sanitárias em que não há exterioridade entre técnicas de saber e estratégias de poder. Por sua vez, o termo biopolítico constitui-se em um dispositivo cuja finalidade é “fazer viver e deixar morrer” ou, em outras palavras, produzir a vida ou formas de vida determinadas, num processo generalizado de politização da vida, combinando tecnologias de disciplina – centradas no corpo individual – e tecnologias de segurança – dirigidas às populações (FOUCAULT 1999; FOUCAULT, 2006; AGAMBEN, 2004).

Para melhor entendimento do conceito foucaultiano de poder, torna-se relevante realizar um retrospecto de como esse poder se reproduz em nossa sociedade. Sob a ótica de Foucault, durante os séculos XVII e XVIII, ocorreram várias intervenções nos modos de produção do poder. Cabe explicar que, no processo de incorporação desses poderes, um não substitui o outro, mas o incorpora, interpenetra e o transforma (FOUCAULT, 1999).

Nesse contexto, o poder soberano, descrito pelo autor como centralizador, foi se diluindo e disputando lugar com o poder disciplinar, que se materializa nos indivíduos por meio de técnicas normatizadoras, cuja finalidade está centrada na produtividade, voltada para o

corpo como objeto e alvo de poder (PROGREBINSCHI, 2004). Corpo este que se modela, treina, manipula, torna-se competente, útil e inteligível, impondo-lhe restrições e vetos (FOUCAULT, 2009).

Assim, o poder disciplinar produz corpos submissos e "dóceis", potencializando as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e minimizando-as (em termos políticos de obediência), visando a vigiar o comportamento de cada um, apreciá-lo, sancioná-lo e mensurar atributos e méritos. Assim, organiza um espaço analítico, como se tendesse a cobrir o corpo social inteiro, buscando com isso conhecer, dominar e utilizar o corpo (FOUCAULT, 2009).

A disciplina contemporânea se materializa em arranjos sutis, com formato inocente, mas profundamente suspeito, que obedecem às economias inconfessáveis, ou que procuram coerções discretas. Tudo o que se afasta da regra, os desvios, são comparados, diferenciados, hierarquizados, homogeneizados e, por fim, excluídos. Em suma, a disciplina dita sua maneira de viver e corrigir as distorções verificadas em torno de um exercício de poder menos custoso possível (FOUCAULT, 2009).

Contudo, na metade do século XVIII, outras práticas sociais foram se agregando à modelagem de poder disciplinar e o resignificando, trazendo características que não estavam arraigadas na essência da disciplina, constituindo uma nova forma de poder: o biopoder. Essa nova formulação de poder aplica-se à vida e é conduzida à população e não mais ao indivíduo, na perspectiva de "fazer viver e deixar morrer" (FOUCAULT, 1999).

Cabe ainda ressaltar que Foucault propõe um poder além do disciplinar e do biopoder, no qual há uma tensão entre a ótica negativa e positiva de poder. Dependendo da forma como o poder é produzido nas formas de conduzir a vida, ele pode não ser repressor, mas, sim, um poder libertador. Seguindo essa linha de poder libertador, esse poder transita livremente pelos indivíduos, sem ficar detido nas mãos de ninguém, transformando-se em instrumentos de conhecimento e retenção de saber (PROGREBINSCHI, 2004). A moldura desse poder está no neoliberalismo, em que é balizada a produção de liberdade e práticas biorregulamentadoras (FOUCAULT, 2008).

São alvos da biorregulamentação da biopolítica processos como fecundidade, natalidade, longevidade, entre outros, com finalidade de estabelecer a homeostase coletiva (FOUCAULT, 1999). Portanto, regulamenta-se para assegurar a vida, para prevenir e postergar a morte (PROGREBINSCHI, 2004). Partindo desses princípios, compreende-se que os programas de promoção da saúde e prevenção de doenças no Sistema Suplementar de Saúde podem ser dispositivos dessa biorregulamentação por meio de práticas podem promover a vida, a autonomia e a emancipação da população envolvida.

Nota-se, portanto, que o biopoder não intervém no indivíduo, intervém nos processos coletivos que podem afetar o equilíbrio da população. Dessa forma, o biopoder atua no monitoramento desses processos, com mecanismos reguladores, como aumento da longevidade populacional, redução da mortalidade, entre outros. Esses mecanismos demarcam a otimização da vida pela regulamentação a partir do poder sobre a vida (FOUCAULT, 1999; PELBART, 2003).

Neste trabalho, pretende-se analisar a inserção do usuário nessas teias de poder sobre os modos de conduzir a vida, a partir de sua participação na produção do cuidado, no itinerário terapêutico e suas possíveis resistências ao projeto terapêutico proposto pelo programa de promoção da saúde e prevenção de doenças. O intuito é observar o quanto o usuário está implicado e disputa poder nesse processo, juntamente com outros produtores de atos de saúde, sob a ótica de conceitos de produção do cuidado, cuidado de si e autonomia.

3.5 PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR: (RE)SIGNIFICANDO A PRODUÇÃO DO CUIDADO PELO CUIDADO AUTONOMIZADOR E PELO CUIDADO DE SI

Ainda não há clareza suficiente acerca do que é cuidado, quais são suas características e finalidades. O cuidado tem uma amplitude de concepções que coexistem e influenciam a prática de saúde na atualidade. Não é meramente um ato, mas implica atitude, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro. É uma influência mútua entre sujeitos, visando ao alívio de um sofrimento ou ao alcance de um bem-estar (BUB et al., 2006; BOFF, 2009). Nessa linha, prioriza-se o cuidado social sobre o individual e o desenvolvimento humano, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida (AYRES, 2004). No campo da saúde, o cuidado é sua própria razão de ser; é o meio e o fim de todas as ações desenvolvidas pelos profissionais (MERHY, 2002).

Deseja-se, nessa pesquisa, focar a noção de cuidado não apenas como uma conduta assistencial, mas como uma prática no exercício da atenção à saúde pautada na integralidade, uma prática cuidadora (PINHEIRO; CECHIN, 2006). Entretanto, ainda impera em nosso país a produção do cuidado limitada à realização de procedimentos e centrada no trabalho médico, no qual o usuário é percebido como objeto no qual são realizados os

procedimentos, e sua escuta é substituída pela solicitação de exames, com a não percepção das necessidades do usuário (MERHY, 2002; PINHEIRO; CECHIN, 2006; LIMA, 2009).

A fim de superar essa conformação do cuidado, deve-se investir em sua produção essencialmente relacional, um modelo de atenção centralizado no usuário e em suas necessidades, objetivando a autonomia. Nessa perspectiva, é um direito fundamental do usuário decidir sobre sua vida, sobre o modo de cuidar de si e do que fazer para cuidar-se (COSTA et al., 2007; MERHY, 2009).

Nesse jogo de necessidades/direitos, o usuário se coloca como alguém que busca uma coparticipação na intervenção que lhe permita restaurar ou produzir graus de autonomia no seu modo de caminhar a vida (MERHY, 2009). A produção do cuidado dá-se por uma complexa organização que tem diversos atores (sujeitos individuais e coletivos) imbuídos na disputa de poder, impregnados de subjetividades, parcialidades e que operam no campo social. Nesse cenário, o cuidado se torna a demonstração concreta da articulação entre saberes e práticas, nos quais emergem os velhos e novos conflitos que dizem respeito ao poder, com tensionamentos que permeiam as normativas individuais, os hábitos e a própria vida dos indivíduos (FRANCO; MERHY, 2009; PINHEIRO; CECHIN, 2006; CECHIN; CARVALHO, 2006).

No que tange à produção do cuidado integral e autonomizador, a autonomia é a liberdade de agir e de decidir do sujeito de acordo com seus valores, prioridades, desejos, crenças e autodeterminação, entretanto não se pensa autonomia somente nessa perspectiva, mas como um conceito complexo, relativo e construído sobre processos de interdependências. Esse cuidado autonomizador deve ser construído na relação entre profissional de saúde e usuário, com eixo na escuta como produtora da autonomia (FREIRE, 1996; MERHY, 2009).

Além do eixo analítico da autonomia, há o cuidado de si, que se estrutura na produção do cuidado como expressão de formas de vida da civilização ocidental, no qual o ser do humano resulta de sua ocupação de si como resultado de si. O sujeito se responsabiliza por cuidar-se, no aspecto de responder por si e responder para si a sua existência (AYRES, 2004).

O cuidado de si é uma categoria explorada por Foucault (2007) no momento em que sua produção filosófica se organiza em torno dos conceitos de biopoder e biopolítica. Para o autor, ocupar-se consigo conforma um cuidado de si, tornando progressivamente “uma cultura de si”, descrita:

Por essa expressão é preciso entender que o princípio do cuidado de si adquiriu um alcance bem geral: o preceito segundo o qual convém ocupar-

se consigo mesmo é em todo caso um imperativo que circula entre numerosas doutrinas diferentes; ele também tomou a forma de uma atitude, de uma maneira de se comportar, impregnou formas de viver; desenvolveu-se em procedimentos, em práticas e em receitas que eram refletidas, desenvolvidas, aperfeiçoadas e ensinadas; ele constituiu assim uma prática social, dando lugar a relações interindividuais, a trocas e comunicações, e até mesmo a instituições; ele proporcionou, enfim, um certo modo de conhecimento e a elaboração de um saber (FOUCAULT, 2007, p. 50).

O cuidado de si é descrito como a parceria da alma com a razão para que se possa levar a vida da melhor forma, atendendo às necessidades físicas, mentais e espirituais, na busca de um (re)estabelecimento de um estado de harmonia interna (BUB et al., 2006; AYRES, 2004). Foucault elencou quatro tipos de técnicas que podem ser compreendidas no construto do saber sobre si. Dentre elas, cabe citar: tecnologias de poder na determinação da conduta dos indivíduos e tecnologias de si que garantem aos indivíduos a execução, por si próprios e com auxílio de outrem, de operações sobre seu corpo e sua alma, seus pensamentos, condutas e se automodificando em busca de obter certo estado de felicidade e sabedoria (MARINGUELA, 2009).

A prática de si não é um exercício de solidão, mas uma prática social e, para tal, é necessário tempo para si, algum momento diário de recolhimento para uma autoanálise das atitudes. O grande problema da modernidade com relação ao cuidado de si é o pouco tempo que o sujeito dedica para olhar para si mesmo, para conversar com um amigo, expor o estado da própria alma, solicitar conselhos, ou fornecê-lo a quem necessita. Com essas práticas, percebe-se um elo entre o cuidado de si e a comunicação com outrem (FOUCAULT, 2007).

Estimular a compreensão autônoma do mundo e o exercício da autonomia dos beneficiários do sistema suplementar, no que se refere ao seu processo de cuidar de si, é um componente ético do cuidado que deve ser constantemente estimulado pela apreensão do processo de constituição de si como sujeito social (COSTA; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2007; CAVALCANTE JÚNIOR, 2009).

4 METODOLOGIA

4.1 DESENHO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo de caso de abordagem qualitativa. Esse tipo de pesquisa pretende capturar a totalidade dos sujeitos envolvidos e compreender as relações complexas no processo de produção do cuidado. Segundo Minayo (2008), as chamadas “metodologias qualitativas” possuem importância na formação do conhecimento sobre saúde e busca aprofundar as dimensões que não conseguem ser limitadas por variáveis. Procura-se compreender, nessa abordagem, a realidade a partir dos sujeitos, seu contexto social e uma preocupação com o processo e não simplesmente com os resultados.

Assim, podem-se desvendar os significados das ações motivacionais, aspirações, crenças, valores, atitudes e relações humanas, por meio de um fragmento ou realidade do olhar do pesquisador. O foco é entender e analisar a dinâmica das relações sociais estabelecidas com as vivências diárias, compreendidas dentro das instituições (MINAYO, 2008). Este estudo pode trazer importantes subsídios para a saúde suplementar e propostas de melhoria e reformulações para os programas de promoção e prevenção que têm sido desenhados na atualidade.

4.2 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos do estudo são usuários dos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças operados no Estado do Espírito Santo, dos quais foi capturada a visão com o intuito de observar como vem se produzindo o cuidado, tendo como referencial os dispositivos biopolíticos que podem ser disparados nesse processo.

A amostragem em pesquisa qualitativa merece comentários especiais. Quando uma análise indica uma amostra qualitativa como ideal, essa amostra contempla a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo (MINAYO, 2008). Foram escolhidas duas operadoras que atuam no Estado e que possuem programas de promoção da saúde e prevenção de doenças. O critério de escolha foi baseado nos dados fornecidos pela ANS, privilegiando as operadoras que se encontram no *ranking* das empresas de saúde com maior número de beneficiários inscritos. Seguindo esses critérios, foram escolhidas duas operadoras que possuem programas de promoção da saúde e prevenção de doenças.

O dimensionamento da quantidade de entrevistas seguiu o critério de saturação, compreendido como o conhecimento formado pelo pesquisador no campo de que se conseguiu apreender a lógica interna do grupo de estudo (MINAYO, 2008). Baseado nesse critério, o número de usuários entrevistados foi seis, três de uma operadora de Medicina de Grupo e três de uma operadora de Autogestão. Todos os sujeitos aceitaram participar voluntariamente deste estudo e dos procedimentos de coleta de dados. Os usuários foram entrevistados em suas respectivas residências ou na sede da operadora, de acordo com sua necessidade.

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

A escolha dos usuários foi feita avaliando-se o tempo de permanência no programa e a sua utilização nele. A partir desses critérios, os profissionais dos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças indicaram possíveis entrevistados. Usuários acima de um ano inseridos nesses programas e com maior frequência de acesso ao serviço foram escolhidos para a entrevista. Com base nesses aspectos, os profissionais de saúde do programa de promoção e prevenção de cada operadora indicaram casos traçadores. Para os objetivos desta pesquisa, entende-se como caso traçador o usuário mais inserido, questionador, implicado, reivindicador e mais participante do programa de promoção da saúde e prevenção de doenças.

4.4 CENÁRIO DA PESQUISA

O estudo foi realizado no Estado do Espírito Santo, que possui 37 operadoras com sede no Estado e 433 beneficiários na localidade. O Estado possui 1.056.709 beneficiários do Sistema Suplementar de Saúde. Desse total, no que tange às modalidades existentes, o Estado possui 14,4% de beneficiários na modalidade de autogestão; 34,4% na cooperativa médica; 1,9% na filantropia; 33,1% na medicina de grupo; 6,9% na seguradora de saúde; 1,4% na cooperativa odontológica; e 7,8% na Odontologia de grupo. Cabe ainda ressaltar que o Estado possui 9,8% de beneficiários idosos utilizando o Sistema Suplementar de Saúde (Agencia Nacional de Saúde Suplementar, 2009).

As operadoras de saúde podem ser classificadas em: Administradora, Seguradora Especializada em Saúde, Medicina de Grupo, Odontologia de Grupo, Cooperativa Médica, Cooperativa Odontológica, Autogestão e Filantropia. Mesmo existindo essa divisão, os produtos e serviços ofertados podem ser os mesmos (CECHIN, 2008). Seguindo essa categorização, foram selecionadas duas modalidades: uma operadora de Autogestão e outra operadora de Medicina de Grupo, visto que têm perfis diferentes e surgiram com ideologias divergentes.

A modalidade de operadora de Autogestão surge no Brasil nos anos 40, como modo alternativo de assistência médica com relação à Previdência Social. O primeiro plano de autogestão foi a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI), resultado da iniciativa dos funcionários que buscavam se distinguir de outras categorias e complementar a assistência prestada pela previdência social (CECHIN, 2008).

Essa modalidade normalmente é dirigida por associações e fundações sem fins lucrativos para prestação de serviços de saúde à determinada população. Portanto as autogestões não atuam no mercado comercializando planos de saúde, visto que são vinculadas a determinado grupo predeterminado (CONASS, 2007). Essas empresas operam seus serviços de assistência por intermédio de seu Departamento de Recursos Humanos, responsabilizando-se pelo plano privado de assistência à saúde de seus empregados ativos, aposentados, pensionistas, ex-empregados e respectivos grupos familiares (CECHIN, 2008).

Antes mesmo da regulamentação do setor suplementar, as operadoras de autogestão se diferenciavam das demais com relação à proporção de serviços próprios e coberturas para muitos procedimentos de alto custo, visto que, ideologicamente, não baseava suas ações em regras mercadológicas (CECHIN, 2008; BAHIA, 2001).

Já o segmento Medicina de Grupo originou-se nos antigos Departamentos Médicos das empresas. Grandes empresas, atuantes nos diversos nichos de mercado, demonstraram interesses em manter serviços de assistência médica próprios. Com o tempo e a modernização das grandes companhias, iniciou-se a prática de se comprar produtos ou serviços de terceiros. Assim, as grandes empresas passaram também a comprar serviços médicos de outras empresas, especializadas em prestar esse tipo de serviço (CECHIN, 2008).

A modalidade de Medicina de Grupo é enquadrada no grupo das entidades com fins comerciais. Sua administração é gerida por empresas privadas e normalmente tem por sócios proprietários de unidades hospitalares. Os clientes dessa modalidade são indivíduos e empresas para os quais comercializam planos de saúde (CONASS, 2007). A motivação ímpar para a opção das empresas em aderir à Medicina de Grupo é a estratégia de oferecer benefícios indiretos aos empregados, além de obter isenções fiscais. Assim, o mercado da Medicina de Grupo vem sendo responsável pelo controle de uma fatia exponencial do mercado de planos privados de saúde. (DUARTE, 2003).

4.5 COLETA DE DADOS

A técnica escolhida para a coleta de dados foi a entrevista, com a finalidade de obter informações contidas nas falas dos participantes, relatadas conforme a realidade vivenciada. Os usuários participantes foram entrevistados com o objetivo de analisar os programas de promoção da saúde e prevenção de doenças no sistema suplementar, conforme seus discursos no Estado do Espírito Santo.

Foi elaborado um roteiro semiestruturado (APÊNDICE C) que buscou desvendar a percepção do usuário em relação aos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças em que estão inseridos. Para a validação do instrumento, foi realizado pré-teste com um usuário de uma outra operadora selecionada.

As entrevistas foram realizadas individualmente, em local definido previamente. Além disso, optou-se por gravar as entrevistas em voz e, *a posteriori*, efetuou-se

transcrição, seguindo rigorosamente a estrutura da fala dos usuários, de forma a preservar a fidedignidade dos depoimentos.

O estudo foi desenvolvido no período de dezembro de 2008 a dezembro de 2009, e os dados foram coletados no período de fevereiro a abril de 2009, com duração em média de 40 minutos em cada entrevista.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

O tratamento do material foi realizado por análise de conteúdo, baseado por eixos apontados por Bardin (1979, p. 42) definidos como:

[...] um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores (qualitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

A escolha do método e das técnicas para análise de dados do estudo concebeu um olhar multifacetado sobre a totalidade dos dados recolhidos no período da coleta. Tal fato se deve à pluralidade de significados atribuídos aos dados (CAMPOS, 2004). A análise de conteúdo é a expressão mais utilizada para tratar dados qualitativos, integrando a teoria e prática no campo das investigações sociais (MINAYO, 2008).

Inicialmente, a análise de conteúdo partiu de uma leitura de primeiro plano das falas, depoimentos e documentos, visando a atingir maior grau de profundidade, ultrapassando os sentidos expostos pelo material. Para isso, os procedimentos levam a relacionar significantes com significados dos enunciados e articular a superfície dos enunciados dos textos com fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção de mensagem (MINAYO, 2008).

Na perspectiva da análise de conteúdo, optou-se por utilizar o eixo temático, que consiste em desvendar os núcleos de sentido que compõem uma comunicação na qual a frequência signifique algo para o objeto analítico visado. Normalmente, a

análise temática é feita pela contagem de frequência das unidades de significação, definindo o caráter do discurso. Essa contagem deve ter a presença de determinados temas com pontos relevantes, valores de referência e modelos de comportamento presentes nos discursos (MINAYO, 2008).

O processo de explicitação, sistematização e expressão do conteúdo de mensagens foi organizado em três etapas realizadas em conformidade com três polos cronológicos diferentes. De acordo com Bardin (1979) e Minayo (2008), essas etapas correspondem à:

Pré-análise

Essa fase consistiu na seleção dos documentos a serem analisados e na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa. A etapa foi dividida em: leitura flutuante com contato direto e intenso com o material de campo, deixando impregnar pelo seu conteúdo; constituição do *corpus* que trata do universo estudado em sua totalidade, devendo este responder a algumas normas de validade qualitativa, como a exaustividade, a homogeneidade, a representatividade e a pertinência.

Nesta fase, determinou-se a unidade de registro pela palavra-chave ou frases, a unidade de contexto, os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos que orientam a análise.

Exploração do material

Consistiu em uma operação classificatória com o intuito de alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para isso, buscaram-se categorias que são expressões ou palavras significativas em função do conteúdo de uma fala organizada.

Tratamento dos resultados obtidos e interpretação

Foram propostas interpretações, relacionando com o quadro teórico inicial, e surgiram novas propostas em torno das dimensões teóricas e interpretativas. A análise perpassou pelos passos de ordenação dos dados, classificação e análise final com plena observação das implicações dos achados com o quadro teórico elaborado.

4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Foi elaborado um Termo de Consentimentos Livre e Esclarecido (APÊNDICE D), no qual os sujeitos de pesquisa, após terem sido devidamente esclarecidos sobre a investigação, manifestaram a anuência de sua participação, conforme requerido pela Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os procedimentos concernentes à ética da pesquisa com humanos foram rigorosamente cumpridos. Esta pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, registrada com o nº. 057/2009 (ANEXO A).

5 ARTIGOS

5.1 A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE A OFERTA DE PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS: O CASO DE UMA OPERADORA DE AUTOGESTÃO

A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE A OFERTA DE PROGRAMAS DE PROMOÇÃO SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS: O CASO DE UMA OPERADORA DE AUTOGESTÃO

RESUMO: A coexistência do setor público e privado de saúde no Brasil é antiga e os arranjos percorridos têm contribuído para a construção de um sistema fragmentado e complexo. Na busca por estabelecer políticas setoriais em harmonia com o Sistema Único de Saúde, a Agência Nacional de Saúde Suplementar tem estimulado o desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças no setor. Essas ações são consideradas como um conjunto heterogêneo de estratégias na consolidação de políticas que visem à saúde da população. Este é um estudo de caráter qualitativo que objetiva analisar esses programas em uma operadora de autogestão, com o intuito de compreender se eles disparam dispositivos biopolíticos. Foram coletados os discursos dos usuários dos programas por meio de um roteiro semiestruturado e utilizou-se a técnica de análise de conteúdo. Os resultados mostram que se encontram em curso alguns processos de reestruturação da produção do cuidado e os aspectos relacionais têm sido priorizados nesses programas. Essas ações configuram-se em dispositivos biopolíticos conduzindo formas de viver. É importante a existência de equilíbrio entre as práticas desses poderes e a produção de liberdade, atentando para que não haja intervenções biopolíticas arbitrárias e autoritárias na produção das ações de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde suplementar; Promoção da saúde; Prevenção de doenças; Autonomia, Biopolítica.

THE USERS' PERCEPTION OF A HEALTH PROMOTION AND PREVENTION PROGRAM OFFER: A SELF-MANAGEMENT OPERATOR CASE

ABSTRACT: The coexistence of public and private health care system in Brazil is old and traveled arrangements have contributed to the construction of a fragmented system. In seeking to establish sectoral policies in line with the National Health System, the National Agency of Supplemental Health has encouraged the development of programs for health promotion and disease prevention. These actions are considered as a heterogeneous set of strategies in the policies consolidation for the population health. This is a qualitative study that analyzes these programs on a self management, seeks to understand if they shoot biopolitical devices. Were collected the speeches of programs' users through a semi-structured guide and used the technique of content analysis. On the results, were found in follow up some restructuring process of care production the relational aspects have been targeted in these programs. These actions are configured in biopolitical devices and leading life forms. It is important the existence of a balance between these power practices and the freedom production, considering that there aren't biopolitics arbitrary interventions and authoritarian in the production of health actions.

KEY WORDS: Health care providers; Health promotion; Disease prevention; Autonomy.

INTRODUÇÃO

A convivência e interdependência do setor público e privado de saúde no Brasil são antigas. Diversos autores se dispuseram a analisar historicamente os formatos, as tensões, as disputas e interfaces desse mosaico da assistência pública e privada à saúde no Brasil ao longo da história ¹⁻⁴. É importante ressaltar os modelos e arranjos percorridos durante esse mix público e privado na saúde, que constituíram o alicerce para um sistema fragmentado de saúde na atualidade, visto que o setor privado de saúde operava bem antes da formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) ⁵.

Convive-se com um sistema de saúde dicotomizado e atípico, pois existe um sistema universal que cobre toda a população, o Sistema Único de Saúde (SUS), e um sistema suplementar, ao qual uma parcela da população tem acesso aos serviços de saúde por meio de planos privados, ou o atendimento em caráter particular, em que os usuários pagam diretamente pelos serviços prestados. O Brasil é exceção com referência à importância de cada substrato desse sistema, visto que tanto o setor público quanto o privado são importantes, diferindo-se da maioria dos países onde há predomínio de apenas um setor ⁶⁻⁷.

Diante desse sistema misto de Saúde, o Estado, de forma ambígua, divide sua responsabilidade (saúde como um dever do Estado) com o setor privado. Após a criação do SUS, exacerbou-se a problemática para a concepção de práticas regulatórias desse sistema suplementar, com vistas a preservar os direitos do usuário a uma assistência de qualidade à saúde. Na busca por estabelecer políticas setoriais em harmonia com a política pública de saúde, dez anos após a criação do SUS (1998) foi aprovada a Lei nº 9.656, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde ⁸.

Na prática, o setor atuava sem regulamentação efetiva do Estado, e os usuários continuavam à mercê de regras do mercado de consumo ⁹. Em resposta a pressões sociais lideradas pelo Instituto de Defesa do Consumidor (IDEC) e pelo Programa de Orientação e Proteção ao Consumidor (PROCON), foi criada, em 2000, a Agência Nacional de Saúde

Suplementar (ANS), na esfera do Ministério da Saúde, garantido o direito dos usuários e protegendo os interesses públicos na assistência suplementar ¹⁰.

Mesmo diante de uma arena permanente de conflitos e disputas, a ANS, como órgão estatal regulamentador da Saúde Suplementar, inicia sua prática macrorregulatória, e atualmente tem investido em induzir mudanças nas práticas assistenciais, visando a modificar o modelo vigente no setor (médico-assistencial privatista) ¹¹. Para isso, tem estimulado o desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças pelas operadoras de planos privados de saúde, em busca da racionalização dos modos de produção do cuidado ¹²⁻¹³. Tais ações podem servir como elementos essenciais para o desenvolvimento do setor saúde e do alcance de resultados positivos para os diversos atores do mercado de saúde suplementar ¹⁴.

As ações de promoção e prevenção podem ser consideradas como um conjunto heterogêneo de estratégias de extrema importância na consolidação de políticas que visem à saúde da população e devem ser utilizadas na implementação de modelos de atenção à saúde baseados na produção do cuidado integral e autonomizador. Nessa direção, o setor suplementar tem sido tensionado a se tornar um ambiente de produção de ações de saúde nos territórios da promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos indivíduos ¹².

Em resposta a esse movimento, e na procura por modelagens alternativas das práticas assistenciais, sob a ótica da racionalidade econômica, a saúde suplementar tem incorporado gradativamente esses programas e pode estar conformando um processo de reestruturação produtiva, definido por Franco e Merhy como dinâmica de importantes mudanças no modo de produção do cuidado, mas que não necessariamente rompe com os paradigmas do modelo médico-assistencial privatista e das regras mercadológicas que operam na saúde privada ¹⁵.

Com o intuito de compreender o caráter dessa mudança no modo de produção do cuidado, por ações de promoção e prevenção, pretende-se analisar se essas propostas se

conformam em dispositivos biopolíticos, que podem ser disparados nesse processo. O termo biopolítico corresponde a um dispositivo cuja finalidade é “fazer viver e deixar morrer” ou, em outras palavras, produzir a vida ou formas de vida determinadas, num processo generalizado de politização da vida, combinando tecnologias de disciplina – centradas no corpo individual – e tecnologias de segurança – dirigidas às populações ¹⁶⁻¹⁸.

O objetivo deste estudo é analisar os programas de promoção e prevenção de uma operadora de autogestão atuante no Estado do Espírito Santo, buscando apreender se as ações desenvolvidas são dispositivos dessa biorregulamentação. Pretende-se analisar a inserção do usuário nessas teias, a partir de sua participação na produção do cuidado. O intuito é observar o quanto o beneficiário está implicado e disputa poder nesse processo com outros produtores de atos de saúde, sob a ótica de conceitos de produção do cuidado, cuidado de si e autonomia.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso, de abordagem qualitativa. Os sujeitos do estudo são usuários dos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças de uma empresa de autogestão atuante no Estado do Espírito Santo. O critério de escolha foi baseado nos dados fornecidos pela ANS, privilegiando a operadora com um dos maiores números de beneficiados inscritos dentro da modalidade no Estado.

Operadoras na modalidade autogestão normalmente são dirigidas por associações e fundações sem fins lucrativos para prestação de serviços de saúde à determinada população e não atuam no mercado comercializando planos de saúde ¹². Seus serviços de assistência são operados por intermédio do Departamento de Recursos Humanos. Responsabilizam-se pelo plano privado de assistência à saúde dos empregados ativos, aposentados, pensionistas, ex-empregados e respectivos grupos familiares ⁷.

Para que a amostra qualitativa contemplasse a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo, o dimensionamento da quantidade de entrevistas seguiu o critério de saturação, que compreende o conhecimento formado pelo pesquisador no campo de que conseguiu compreender a lógica interna do grupo de estudo ¹⁹. Baseado nesses critérios, o número de usuários entrevistados totalizou três, dois de um Programa de Qualidade de Vida e um do Programa de Gerenciamento de Casos. Os usuários foram entrevistados em suas respectivas residências ou na sede da operadora, de acordo com sua necessidade.

A partir desses critérios, os profissionais dos programas de promoção e prevenção indicaram possíveis entrevistados. Os critérios de inclusão foram baseados no tempo de adesão ou inclusão do usuário nos programas. Usuários acima de um ano inseridos nesses programas e com maior frequência de acesso ao serviço foram selecionados para entrevista.

Um aspecto relevante a ser registrado preliminarmente diz respeito ao fato de os profissionais da operadora serem responsáveis pela indicação dos usuários, podendo constituir um viés para este estudo, visto que existe uma tendência implícita de indicar usuários mais adaptados ao programa ofertado pela operadora. Embora os esforços da pesquisadora para minimizar essa situação tenham sido grande, esse viés pode ter acontecido e, de certa forma, contribuído para que usuários mais questionadores e que tensionam os programas não fossem indicados para participar da pesquisa.

A técnica escolhida para a coleta de dados foi a entrevista, com a finalidade de obter informações contidas nas falas dos participantes, relatadas conforme a realidade vivenciada. Essas entrevistas seguiram um roteiro contendo perguntas semiestruturadas, que buscaram desvendar a percepção do usuário dos programas de promoção e prevenção em que estão inseridos.

As entrevistas foram realizadas individualmente, em local definido previamente, e optou-se por gravar as entrevistas em voz com gravador digital e, *a posteriori*, efetuou-se transcrição seguindo rigorosamente a estrutura da fala dos usuários, de

forma a preservar a fidedignidade dos depoimentos. Os dados foram coletados no período de abril a julho de 2009, com duração em média de 40 minutos para cada entrevista.

Para início da análise, foi realizada a transcrição integral das falas dos usuários. O tratamento do material seguiu o método de análise de conteúdo. Optou-se por utilizar a análise temática, que consiste em desvendar os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja frequência signifique algo para o objeto analítico visado ¹⁹⁻²⁰. Inicialmente, partiu-se de uma leitura de primeiro plano das falas e depoimentos, buscando atingir maior grau de profundidade. A análise perpassou pelos passos de ordenação dos dados, classificação e análise final com plena observação das implicações dos achados com o quadro teórico elaborado.

Esta pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, registrada com o número 057/2009. Todos os entrevistados aceitaram participar voluntariamente deste estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

MODELAGENS E ASPECTOS ORGANIZACIONAIS DOS PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Algumas características merecem ser destacadas em relação ao perfil dos beneficiários: a operadora atende servidores de órgão público, estáveis de longa data, seus dependentes e os aposentados, constituindo uma carteira com número expressivo de idosos, pois esse fato se alia ao aumento da longevidade da população brasileira.

No que tange à prestação de assistência de serviços de saúde aos idosos, existe uma premissa técnica para a otimização de custos: a utilização de programas de gerenciamento de crônicos, de grupo de risco e programas de promoção e prevenção. Essas estratégias possibilitam que os idosos vivam mais e com mais qualidade ⁷. Correspondendo a essa premissa, o convênio oferece duas modelagens de programa distintas: um programa de gerenciamento de casos (PGC) e um programa de qualidade de vida.

O PGC, possui características de um programa de prevenção de doenças por meio da produção de cuidado na atenção domiciliar. É direcionado aos pacientes que possuem alguma limitação para se deslocarem aos serviços que a operadora oferece. A equipe multiprofissional é composta por médicos, enfermeiras, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas e fonoaudiólogos e, conforme a necessidade dos beneficiários, as visitas domiciliares se efetivaram: *“Eles me acharam no hospital, eu fiquei internada por quatro meses e começaram a cuidar de mim. Vêm enfermeiros, médicos e terapeutas na minha casa. Os médicos e enfermeiros, que são os gerenciadores de caso, vêm uma vez ao mês.”*

Contrariando a conformação da atenção à saúde centrada no saber e na pessoa do médico, o PGC tem uma importante característica multiprofissional. Contudo, na multidisciplinaridade, não há cooperação e interligação entre as disciplinas, cada profissional utiliza seu saber instrumental para solucionar as demandas do usuário²¹, constituindo-se em um modelo insuficiente para superar os problemas de fragmentação do cuidado.

O programa de qualidade de vida tem características de estratégia de promoção da saúde, e possui a seguinte modelagem: Médicos Vinculadores Assistenciais (MVA), que são responsáveis por um número específico de beneficiários. Esses profissionais normalmente têm formação generalista, ou são geriatras, acompanham e monitoram o beneficiário e, quando necessário, encaminham o paciente para o médico especialista.

Os usuários referem que os MVA possuem capacidade de acolhida e escuta, o que é um componente diferencial na produção do cuidado integral e autonomizador. O olhar holístico e focado na integralidade também corrobora para que a formação de vínculo e confiança

entre profissional e usuário se solidifique: *“Gostei demais da MVA. Ela trata de uma forma geral. Eu vou mais ou menos de quatro em quatro meses e é ela que define esse prazo. Eu acho que essa médica é completa, cuidando do cliente de um modo geral. Por exemplo, eu fui no ortopedista porque eu tava com uma dorzinha na perna, ele olhou só aquilo ali. Já o tempo de consulta com minha MVA demora 40 a 50 minutos, ela conversa bastante e quer saber de tudo”*.

Fica claro que a “superespecialização” dos profissionais de saúde não garante a satisfação do usuário, pois a fragmentação do cuidado, no qual o ser humano é tratado como um “saco de órgãos”, constitui-se em uma situação profundamente danosa, uma prática de dissecção do corpo de sinais e sistemas orgânicos que têm sido característica preponderante para potencializar a fragmentação do cuidado ²². O olhar generalista e o tempo da consulta citado pela usuária como prática da MVA denotam que, para a produção do cuidado, é necessário escutar, pois não é um membro do indivíduo que adocece e sim várias dimensões. A doença significa um dano à totalidade da existência. Não é o joelho que dói, é a totalidade existencial em desequilíbrio ²³.

Nesse sentido, torna-se necessário repensar e ressignificar o processo de formação do profissional de saúde, articulando sua relação não só com os aspectos da doença, os técnico-científicos e os instrumentais, mas também com a saúde, a vida, a felicidade, o afeto e a produção do cuidado fomentador de cidadania, a solidariedade e a inclusão dos atores envolvidos ²⁴.

O programa de qualidade de vida também oferece palestras com diversos profissionais, enfocando o autocuidado e mudanças no estilo de vida. Também são proporcionadas diversas atividades: *yoga*, ginástica laboral, aula de artesanato, dança de salão, coral, *Ikebana*, passeios culturais, contador de histórias e convênio com a faculdade da terceira idade na Universidade Federal do Espírito Santo (UNATI): *“Eu acho o coral maravilhoso, é o dia mais feliz porque eu vou cantar”*.

A expressão artística, o trabalho com abordagens corporais e mesmo outros dispositivos terapêuticos são estratégias ímpares na construção da pluralidade dialógica em busca de rearranjos tecnológicos e enriquecimento da racionalidade médica no sistema de saúde. Com a abertura de espaços assistenciais e a incorporação de outras ciências e saberes, pode-se superar a conformação individualista em rumo a âmbitos que privilegiem a coletividade ²⁵.

Nesse cenário diferenciado de terapias, os beneficiários consideram, como principais fatores de adesão ao programa de qualidade de vida, a busca por um momento para si e formas de lazer, grupos de amizade, momentos para esquecer os sofrimentos da vida e os problemas de doença, conhecer pessoas, praticar exercícios, sair de casa e reativar a memória: *“Lá, na UNATI, eu conheci outras pessoas. Você começa a perceber que você passa por um momento de tristeza, mas você conhece a história do outro e vê que aquilo que você passou não é nada e começa a dar mais valor pra sua vida”*. Percebe-se que a necessidade do beneficiário e o motivo de adesão ao programa estão completamente voltados a terapêuticas relacionais.

Os usuários buscam muito mais que resolver dores físicas, procuram criar vínculos e laços de afetividade que os ajudem a alcançar seu equilíbrio: *“Eu entrei porque, há seis anos, eu tive uma passagem muito triste na minha vida. Eu fiquei muito angustiada, então procurei a assistente social e expliquei a situação, ela me convidou a fazer parte do coral, daí eu não parei mais. A gente passa a ser outra pessoa. Esse programa me levantou muito”*.

Independentemente da ótica redutora de custos e de consumo que motivam a operadora a ofertar essa modelagem de cuidado, há uma nova relação com o campo das necessidades dos usuários, pois, quando se sentem desprotegidos e pouco acolhidos, eles tendem a buscar novamente os serviços, duplicando, assim, o trabalho e os custos assistenciais. Reduzir custos operacionais da saúde está intimamente ligado ao maior cuidado, no sentido do cuidado acolhedor, o que deve significar maiores graus de autonomia do usuário ²⁶.

REESTRUTURAÇÃO ASSISTENCIAL EM SAÚDE E A PRODUÇÃO DE VÍNCULO COMO PRÁTICA DO CUIDADO

As mudanças ocasionadas pela oferta de modelagens alternativas de cuidado merecem ser consideradas, porém cada programa deve ser analisado distintamente em decorrência de suas diferenças estruturais.

No PGC, a MVA e a enfermeira responsável conduzem o projeto terapêutico e os outros profissionais fazem atendimentos conforme a patologia do usuário. Nessa vertente, o espaço do domicílio torna-se o lugar do encontro, sobretudo na dimensão relacional, em que o vínculo é indicador de positividade nas relações de cuidado, constituindo uma alteração no modo de produzir saúde e no processo de trabalho ²⁷, porém o *modus operandi* continua focado em um saber técnico e instrumental de cada profissional que faz a visita domiciliar, como se pode notar na fala do usuário: *“Quando eu preciso ir ao hospital ou no consultório eles me levam. Eles fazem pra mim tudo que uma pessoa doente precisa. A minha médica me ouve, me olha, quer que eu fale tudo que estou sentindo. Todos eles me tratam com muito carinho. Eu fico muito feliz quando eles chegam na minha casa, conversam comigo e me tiram da solidão. Eles me entendem quando eu não quero fazer um exercício da terapia”*.

No caso do PGC, o processo em curso indica uma reestruturação produtiva, sem uma inversão das usuais tecnologias utilizadas no processo de produção do cuidado, ou seja, o modelo continua médico-hegemônico e o trabalho centrado na lógica instrumental. Já no programa de qualidade de vida, nota-se que também há um processo de reestruturação produtiva em curso, conduzindo a uma transição tecnológica, que pode ser compreendida como um novo padrão de produção da saúde que modifica não apenas o modo de organização do processo produtivo, mas inverte o núcleo tecnológico do cuidado, configurando hegemonia das tecnologias mais relacionais a partir de novos sujeitos, capazes de disparar processos de subjetivações que afetam os outros e, ao mesmo tempo, constroem a si mesmos como sujeitos desse processo ²⁸.

Os locais de encontro com os profissionais não são percebidos como o lugar de tratar a doença, mais sim de fazer amigos, de construir vínculos, de aprender coisas novas e de ser feliz. O foco das atividades está em capacitar e autonomizar os usuários a lidar com os condicionantes do processo saúde- doença, de lidar com sua doença e viver. Houve clara inversão da busca do usuário que anteriormente procurava por exames, medicamentos e diagnóstico, e agora encontra escuta e laços de afetividade nos quais são disparados processos de subjetivação: *“Quando eu participo e convivo com outras pessoas, eu me considero uma pessoa saudável. Antes eu não ficava mais doente, mas eu ficava mais triste e eu já tive um problema de depressão, e agora não. Eu não tomo um remédio, eu não tomo mais nada”*.

(DES)COBRINDO A VIDA E VALORIZANDO O CUIDADO DE SI

Os programas ofertados pela operadora visam à qualidade de vida em saúde e à adoção de estilos saudáveis, com foco na capacitação da população para viver sem doenças ou para superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade²⁹. O objetivo para o sujeito é a construção de sua saúde por meio do cuidado de si e do cuidado com os outros, utilizando essa capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida³⁰.

Após a entrada no programa, os usuários afirmam que se sentiram mais seguros, autônomos e menos tímidos para tomar suas próprias decisões no modo como conduzem suas vidas. Referem ter aprendido a viver bem, a conviver com dores da alma e do corpo, que são inevitáveis, e a cuidar de si mesmos. Descobriram que se cuidar vai muito além de tomar medicamentos e existem outros modos de cuidar como: viajar, passear e fazer amigos: *“Agora me sinto preparada para tomar decisões. Eu sempre fui muito tímida, e a timidez faz com que a gente fique um*

pouco retraída, e hoje não. Ontem a gente cantou na praça em uma viagem. Você vê as pessoas olhando para você e isso ajuda a sair daquela timidez”.

Os usuários participantes do PGC, que possuem limitações para exercer sua autonomia e autocuidado, também declaram se sentir mais motivados em lidar com suas limitações: *“Eu ainda não consigo cuidar de mim, não tenho força. Mas eu quero muito. Eu não tenho coordenação motora mais. É muito ruim ser inútil. Sinto-me assim porque eu não posso fazer nada, fico trêmula. Mas agora eu já me movimento mais”.* Padecer de uma doença crônica não significa que a pessoa não possa gerir sua própria vida e ver o seu dia a dia de forma independente. O que pode haver são limitações na realização de atividades da vida diária, as quais necessitam ser trabalhadas para promover a independência possível ³¹.

Percebe-se que, nesses programas, buscam-se capacitar os indivíduos e coletivos para responder aos desafios da vida social pelo do compartilhamento de poder entre os profissionais de saúde e os usuários nos modos de conduzir a vida. Esse processo analisado por Carvalho e Gastaldo, é denominado de “empowerment” e, com essa prática de poder, podem-se produzir sujeitos autônomos e críticos ³². Essa forma de poder pode ocorrer tanto no nível da promoção da saúde como da prevenção, reabilitação e cura ³²⁻³³. Em conformidade com essa definição, Fleury-Teixeira et al. identificam a autonomia como categoria norteadora da atuação em promoção da saúde e considera-se esta o cerne da proposição de “empowerment” individual e coletivo ³⁴. Em suma, a produção do cuidado autonomizador visa a ampliar a capacidade dos indivíduos e coletivos para intervir sobre seus determinantes de saúde.

O grande risco da “capacitação” pelos programas é a tendência implícita de responsabilizar o indivíduo por não adotar um estilo de vida saudável e pela “piora” de sua doença, rotulando o doente como um desviante ³⁵. Com relação à autonomia, segundo percepção dos usuários, além de se sentirem mais autônomos, também possuem liberdade com os

profissionais de saúde para posicionar-se quanto à forma como querem ser cuidados e até mesmo negar-se a uma proposta terapêutica ofertada pelo profissional, conforme relatos: *“A gente tem a liberdade de falar com todos. A gente coloca o que a gente pensa, o que a gente quer, qual a ajuda a gente quer.”*; *“Eles me entendem quando eu não quero fazer um exercício da terapia. Vinha nutricionista na minha casa, mas aí eu falei que eu não quero mais. Eles me respeitam”*.

A autonomia é a liberdade de agir do sujeito de acordo com seus valores, prioridades, desejos, crenças e autodeterminação, entretanto não se pensa autonomia somente nessa perspectiva, mas como um conceito complexo, relativo e construído sobre processos de interdependências. Esse cuidado autonomizador deve ser construído na relação entre profissional e usuário, com eixo na escuta como produtora da autonomia ^{23,36}.

Além do eixo analítico da autonomia, há o cuidado de si, que se estrutura na produção do cuidado como expressão de formas de vida, em que o ser humano resulta da ocupação de si como resultado de si ²⁵. O cuidado de si é uma categoria analisada por Foucault no momento em que sua produção filosófica se organiza em torno dos conceitos de biopoder e biopolítica, com nuance no cuidado do outro ³⁷. É descrito como a parceria da alma com a razão para que se possa levar a vida da melhor forma, atendendo às necessidades físicas, mentais e espirituais, na busca do (re)estabelecimento de um estado de harmonia interna ^{25,38}.

Os usuários relatam que o tempo que passam envolvidos nas terapias alternativas ofertadas pelo convênio são momentos em que cuidam de si, um tempo destinado para eles: *“Eu era muito ocupada, eu trabalhava muito. Eu acho que é o momento da gente se dar um pouquinho de tempo de lazer. A partir do momento que você trabalha, precisa parar um pouco, agora eu preciso e estou dedicando um tempo pra mim”*.

Também descrevem que, após a criação de laços de afetividade nos grupos, conseguem perceber a dor do outro e oferecer ajuda, pois esse “cuidado do outro” é uma forma como cuidam de si: *“Minha qualidade de vida melhorou, sim, porque, a partir do momento que*

você convive com outras pessoas, vê o seu semelhante de forma diferente, aprende a tolerar mais as coisas e a ver a limitação de cada um, mas sempre ajudando naquilo que precisam de mim. Você acaba aconselhando e a qualidade de vida melhora, porque você se sente muito útil em ajudar alguém”.

Estimular a compreensão autônoma do mundo e o exercício da autonomia dos beneficiários, no que se refere ao seu processo de cuidar de si, é um componente ético do cuidado que deve ser constantemente estimulado pela apreensão do processo de constituição de si como sujeitos sociais ³¹⁻³⁹.

DISPOSITIVOS DE PODER DISPARADOS NA PRODUÇÃO DO CUIDADO

Buscaremos apreender se os programas de promoção e prevenção ofertados pela operadora estão operando como dispositivos biopolíticos. Dispositivo entendido como um campo de correlações de força, onde opera um contíguo específico de tecnologias e de práticas sanitárias, em que não há exterioridade entre técnicas de saber e estratégias de poder. A Biopolítica é uma nova formulação de poder que se aplica à vida, com o propósito de conduzir a população e não mais o indivíduo, na perspectiva de “fazer viver e deixar morrer” ¹⁶. O eixo do seu conceito está posto sobre uma ótica positiva de poder, e dependendo da forma como de utilização deste poder, pode produzir um poder não repressor, mas um poder libertador, e os seus instrumentos são o conhecimento e a retenção de saber ⁴⁰.

Diante das falas dos usuários do programa de qualidade de vida, nota-se que existe a procura em ampliar o cuidado de si e o conhecimento do grupo. São ofertadas palestras que ensinam formas de viver bem na terceira idade, adoção de estilos de vida saudáveis e o aprendizado das aulas de arte terapia. Além desses, o convênio com a UNATI é uma forma clara de estratégia de saber: *“Cada aula a gente aprende uma coisa, porque as palestras*

são todas com profissionais da saúde, tudo que fala sobre doença e relacionado a benefício da terceira idade eles fazem”.

Esse programa tem enfoque nas ações coletivas, configurando um dispositivo biopolítico. No caso das consultas com a MVA, o caráter assistencial é voltado para a disciplina, com monitoramento individual e regulação do processo saúde-doença. Assim, Foucault deixa claro que esses poderes se incorporam e um não substitui o outro, mas o interpenetra e o transforma, podendo ocorrer a manifestação dos dois poderes na produção do cuidado ¹⁶.

Para Foucault, a moldura da Biopolítica está no neoliberalismo, em que é balizada a produção de liberdade e práticas biorregulamentadoras ⁴¹. Regulamenta-se para assegurar a vida, para prevenir e postergar a morte ⁴⁰. A estratégia biorregulamentadora que norteia as ações dessa operadora está calcada na lógica da redução de custos, buscando também a longevidade e a postergação da morte com mecanismos que demarcam a otimização da vida com a regulamentação a partir do poder sobre a vida ^{16,42}.

O poder disciplinar, manifestado no programa de qualidade de vida na regulação das consultas individuais, materializa-se nos indivíduos por meio de técnicas normatizadoras, cuja finalidade está centrada na produtividade, voltada para o corpo como objeto e alvo de poder, buscando modelar, treinar, tornar competente, útil e inteligível, impondo-lhes restrições e vetos ^{40,43}.

Tudo isso ocorre de forma sutil, talvez imperceptível a princípio, porém nota-se que a intenção de monitorar é evidente, visto que quem define a periodicidade da consulta é o médico, conforme maior ou menor necessidade de monitoramento. Assim, Foucault descreve que essa vigilância auxilia na verificação do número real de doentes e em suas identidades, para, posteriormente, regulamentar as idas e vindas. Nota-se que o usuário acaba abandonando algumas práticas em prol de manter um corpo saudável conforme os estilos de vida preconizados ⁴³: *“Eu aprendi que tenho que sair, porque, para a saúde é importante, e também preciso tomar o medicamento. O colesterol tava muito alto porque eu tava comendo muito chocolate diet, mas eu aprendi que chocolate diet tem muita gordura, e*

aí eu parei de comer. Eu gosto de chocolate, mas você pode viver sem ele, para poder cuidar da sua saúde”.

Percebe-se que a disciplina atua na produção de corpos submissos e dóceis, potencializando as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e minimizando-as (em termos políticos de obediência), visando a vigiar o comportamento de cada um, apreciá-lo, sancioná-lo ⁴³.

Já no programa de gerenciamento de casos, no qual diversos profissionais vão à casa do beneficiário ditar e prescrever cuidados, o poder disciplinar é visualizado como prática de produção de cuidado, visto que tudo que ocorre durante as visitas é anotado e transmitido aos superiores, são distribuídas orientações e exerce-se um controle regulador ⁴³. Nesse processo, o usuário disputa poder e pode não aceitar algumas normativas dos profissionais. Se não quer, não faz a dieta alimentar prescrita, não faz alguns exercícios fisioterápicos, não obedece ao projeto terapêutico recomendado.

Partindo desses princípios, compreende-se que os programas de promoção e prevenção da operadora pesquisada atuam como dispositivos biopolíticos e também disciplinares, utilizando práticas que conduzem a forma de viver do beneficiário, que podem promover a vida, a autonomia e a emancipação da população envolvida. O mais importante, nesse processo de poder, é a existência de um equilíbrio entre as práticas biorreguladoras e a produção de liberdade, para que o usuário se corresponsabilize pela sua saúde e seu cuidado, vinculado ao exercício da autonomia individual, atentando para não sofrer intervenções biopolíticas arbitrárias e autoritárias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora ainda se possam perceber limitações nesse setor, há que se reconhecer que importantes avanços já ocorreram no sistema suplementar de saúde após a regulamentação

pela ANS. Caminhos até pouco tempo privilegiados, como a implantação de programas de promoção e prevenção por operadoras de saúde em todo o País, vêm se organizando, alguns mais consolidados e outros ainda com ações incipientes. Nesse sentido, observam-se muitas alternativas e caminhos para o cuidado integral, na medida em que as operadoras levem em consideração o modo de “andar a vida” dos usuários nos contextos em que estão inseridos.

A produção da integralidade do cuidado deve buscar uma perspectiva que potencialize a realização de um projeto de vida e felicidade dos sujeitos e aumente a capacidade dos indivíduos para que consigam lidar com os determinantes de saúde. A operadora analisada vem tendo avanços significativos na reestruturação da produção do cuidado e seus desdobramentos na incorporação de distintas tecnologias, embora os embates nos modelos imponham ao PGC ainda operar nos moldes hegemônicos na forma de cuidar, fazendo com que o poder disciplinar esteja muito implicado nas práticas que organizam a lógica da gestão e dos processos de trabalho nesse programa.

Nota-se que os programas de promoção da saúde e prevenção das doenças têm balizado a corresponsabilização do usuário na produção do cuidado e nas práticas de produção de autonomia. É preciso manter um olhar crítico sobre a implementação desses programas, para que as práticas de cuidado produzidas nesse processo sejam também produtivas de emancipação a partir do autogoverno dos usuários, para participar do projeto terapêutico idealizado pela operadora de saúde por meio dos profissionais de saúde.

Dessa forma, torna-se imprescindível dispensar atenção às demandas e necessidades que levam os usuários, em determinado momento, muitas vezes de fragilidades e sofrimentos de suas vidas, a “aderirem” à oferta de serviços disponibilizados a eles como usuários. Deve-se estar alerta aos modos como vêm se produzindo as práticas de cuidado e às tecnologias no sentido dado por Merhy³⁶, que têm sido mais ou menos acionadas nessa produção.

Esse processo tem sido um movimento dinâmico, o que leva a supor as possibilidades de haver retrocessos e avanços conforme os recortes interessados dos vários atores que

disputam poder nesse cenário. Acredita-se que essas mudanças estão alterando as tecnologias na produção do cuidado: os saberes instrumentais e médico-centrados voltados para o consumo de alta tecnologia disputam poder com outras racionalidades, nas quais a produção do cuidado é construída por relações compartilhadas e respeitadas entre usuários e trabalhadores.

REFERÊNCIAS

- 1- Aciole GG. A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado. São Paulo: Hucitec; 2006.
- 2- Menicucci TMG. Público e Privado na política de assistência à Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
- 3- Menicucci TMG. Relação público-privado no sistema de saúde brasileiro: opacidade cognitiva e analítica. Rev C S Col 2008; 13(5): 1400-1403.
- 4- Heinann LS, Ibanhes LC, Barboza R. O público e o privado na saúde. São Paulo: Hucitec; 2005.
- 5- Gerschman S. Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto de sistemas público de saúde: União Européia e Brasil. Rev C S Col 2008; 13(5):1441-1451.
- 6- Lobato LVC, Giovanella L. Sistemas de Saúde: Origens, componentes e Dinâmica. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho A I Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 107-140.
- 7- Cechin J. A história e os desafios da saúde suplementar: 10 anos de regulação. São Paulo: Saraiva; 2008.
- 8- Lei nº 9656 de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 1998; 04 jun.
- 9- Albuquerque C. et al. A situação atual do mercado de saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. Rev C S Col 2008; 13(5): 1421- 1430.
- 10- Campos CJG. Método de análise de conteúdo: ferramenta para análise de dados qualitativos no campo da saúde. Rev Bras Enferm. 2004; 57(5): 611-614.
- 11- Santos FP, Malta DC, Merhy EE. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. Rev C S Col 2008; 13(5): 1463-1475.

12- Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar: manual técnico. 2ª ed. Rio de Janeiro: ANS, 2007.

13- Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Panorama das Ações De Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar. 1ª ed. Rio de Janeiro: ANS, 2008.

14- Silveira LS. Prevenção de Doenças e Promoção da Saúde: diferenciais estratégicos na conjuntura do mercado de saúde suplementar. [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, 2004.

15- Franco TB, Merhy EE. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo de reestruturação produtiva. Rev C S Col 2008; 13 (5): 1511-1520.

16- Foucault M. Em defesa da sociedade. São Paulo: Martins Fontes; 1999.

17- Foucault M. A hermenêutica do sujeito. São Paulo: Martins Fontes; 2006.

18- Agamben G. Homo Sacer: O poder soberano e a vida nua. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2004.

19- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 6ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

20- Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: edições 70; 1979.

21- Japiassú H. Interdisciplinaridade e Patologia do Saber. Rio de Janeiro: Imago; 1976.

22- Ceccim RB, Carvalho YM. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. IN: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA. Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO / CEPESQ; 2005.

23- Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 39ª Ed. São Paulo: Paz e Terra; 1996.

24- Lima RCD. SUS e as teias de diálogos "(Im)pertinentes para transformar a formação dos trabalhadores de saúde com vistas à humanização das práticas. Interface – Com, Sal, Educ. 2009; 13(Supl. 1): 789-791.

25- Ayres JRJM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. Interface, Com, Sau. Educ. 2004; 8,(14): 73-92.

- 26- Merhy EE, Franco TB. Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde: debate necessário para a compreensão do processo de “financeirização” do mercado na saúde. 2009 [acesso em 2009 out 08]. Disponível em URL: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulo.4.pdf>.
- 27- Merhy EE, Franco TB. Reestruturação produtiva em saúde. In: Dicionário da Educação profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 225-230.
- 28- Franco TB. Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde: um olhar a partir do cartão nacional de saúde. [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2003.
- 29- Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Rev C S Col 2000; 5(1):7 -18.
- 30- Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, 1986.
- 31- Costa VT, Lunardi VL, Lunardi Filho WD. Autonomia versus cronicidade: uma questão ética no processo de cuidar em enfermagem. Rev Enferm UERJ 2007; 15(1): 53-58.
- 32- Carvalho SR, Gastaldo D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. Rev C S Col 2008;13(Supl. 2): 2029-2040.
- 33- Carvalho SR. Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: Sujeito e mudança. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
- 34- Fleury-Teixeira P, Vaz FAC, Campos FCC, Álvares J, Aguiar RAT, Vinícius A. O. Autonomia como categoria central no conceito de promoção da saúde. Rev C S Col 2008; 13(Supl. 2): 2115-2122.
- 35- Luz MT. É a promoção da saúde um novo paradigma. IN: Ordem Social, Instituições e Políticas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO; 2007.
- 36- Merhy EE. O desafio da tutela e da autonomia: uma tensão permanente do ato de cuidar. 2009. [acessado em 2009 out 08]. Disponível em URL: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados.11.pdf>.
- 37- Foucault M. A História da sexualidade III: o cuidado de si. Rio de Janeiro: Graal, 2007.
- 38- Bub MBC, Medrano C, Silva CD, Wink S, Liss PE, Santos EKA. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. Texto Contexto Enferm 2006;15 (Esp): 152- 157.

39- Cavalcanti Junior JG. O cuidado de si: por uma hermenêutica mais próxima do sujeito. 2009. [acesso 2009 out 08] Disponível em URL: http://fap.com.br/fapciencia/002/edicao_2008/007.pdf.

40- Pogrebinschi T. Foucault, para além do poder disciplinar e do biopoder. Lua Nova. Rev Cultura Pol 2004; 63: 129-202, 2004.

41- Foucault M. Nascimento da Biopolítica: curso dado no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes; 2008.

42- Pelbart PP. Vida Capital: Ensaio de biopolítica. São Paulo: Iluminuras; 2003.

43- Foucault M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. 36ª Ed. Petrópolis: Vozes; 2009.

5.2 PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR: UM DISPOSITIVO DE AUTONOMIA NO ANDAR DA VIDA DO USUÁRIO? O CASO DE UMA OPERADORA DE MEDICINA DE GRUPO

PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR: UM DISPOSITIVO DE AUTONOMIA NO ANDAR DA VIDA DO USUÁRIO? O CASO DE UMA OPERADORA DE MEDICINA DE GRUPO

RESUMO: A Agência Nacional de Saúde Suplementar tem pautado suas ações regulatórias nas questões assistenciais das operadoras de saúde, visando a romper com o cuidado fragmentado vigente no setor. Para tal, tem estimulado a implantação de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças. Este trabalho objetiva analisar as ações de promoção e prevenção ofertadas por uma operadora da modalidade de Medicina de Grupo, no Estado do Espírito Santo, sob a percepção dos usuários participantes. Objetivou-se observar a inserção do usuário nas teias de poder para produção dos atos de saúde e o seu grau de autonomia no modo de levar a vida. Foram coletados os discursos dos usuários dos programas por um roteiro semiestruturado e utilizou-se a técnica de análise de conteúdo. Os resultados evidenciam que os programas têm enfoque apenas em estratégias de mudanças na conduta individual e na redução de fatores de risco de doenças específicas. Essa conformação remete-se ao poder disciplinar e à normalização. As mudanças na forma de produção do cuidado são aparentes, organizacionais e provavelmente não conduzirão a uma inversão de tecnologias. Qualquer esforço que não articule avanços tecnológicos no tratamento de doenças com investimentos em mudanças nos padrões relacionais entre profissionais de saúde e usuários não provocará mudanças na qualidade do atendimento às necessidades dos usuários.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde suplementar; Promoção da saúde; Prevenção de doenças; Biopolítica.

HEALTH PROMOTION AND DISEASES PREVENTION PROGRAMS IN SUPPLEMENTAL HEALTH: AN AUTONOMY DEVICE IN THE LIFE USER? THE MEDICINE GROUP OPERATOR CASE

ABSTRACT: The National Agency for Supplementary Health has focused its regulatory actions on assistance issues of healthcare providers, aiming to overcome the fragmented care onsite. To this end, has stimulated the development of programs of health promotion and disease prevention. This paper aims to analyze the actions of promotion and prevention offered by a Medicine Group Operator, on Espírito Santo state, in the users' perception. The goal was to observe the user insertion in the network power for health acts production and the autonomy degree for the way of life. Were collected the users' speeches of programs using a semi-structured script and the technique of content analysis. The results showed the programs have only focused on strategies to change individual behavior and reducing risk factors for specific diseases. This configuration refers to the disciplinary power and normalization. The changes in the way of care production are apparent, organizational, and probably will not lead to a technologies reversal. Any effort that does not articulate technological advances in the diseases treatment with investment in patterns changes between local health professionals and users will not cause changes in the quality of care to the users needs.

KEYWORDS: Health insurance; health promotion; prevention of diseases.

INTRODUÇÃO

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) tem pautado suas ações regulatórias nas questões assistenciais das operadoras de saúde, visando a romper com o modelo hegemônico médico centrado e com o cuidado fragmentado vigente no setor. Esse modelo dominante vai de encontro às diretrizes do Sistema Único de Saúde e corrobora para seu enfraquecimento. Há, dessa forma, necessidade do direcionamento de ações em um mesmo sentido, buscando agregar forças sociais, éticas e políticas capazes de vencer as gigantescas dificuldades do financiamento, das inovações no modelo de gestão voltadas para a qualidade e eficiência e para o cuidado integral do indivíduo ¹.

Dentre as iniciativas da ANS para a introdução de novas tecnologias de cuidado à saúde, inserem-se os programas de promoção da saúde e prevenção de doenças. Como uma das maneiras de estimular as operadoras a implantar esses programas, a ANS condicionou a extensão do prazo de constituição de reservas econômicas à incorporação dos programas pelas operadoras ².

Somando-se esse incentivo à ótica redutora de custos, as operadoras de saúde, em todo o País, têm desenvolvido programas de promoção da saúde e prevenção de doenças. Acredita-se que a implantação desses programas pode ajudar as operadoras de planos de saúde a estreitar os laços com seus beneficiários, tendo a oportunidade de aliar objetivos empresariais aos objetivos que permeiam a atenção à saúde de modo integral na busca por um modelo assistencial com foco nas necessidades do usuário como eixo condutor das ações de saúde, visando à melhoria da qualidade de vida dos beneficiários de planos de saúde ³⁻⁵.

Essas estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças possuem diferenças mais presentes no campo teórico e conceitual do que nas intervenções práticas. Conceitualmente, a promoção da saúde visa a modificar as condições de vida para a transformação dos processos individuais e coletivos de tomada de decisão, apontando para

práticas favoráveis à qualidade de vida e de bem-estar. Por sua vez, a prevenção possui conceito arraigado nas estruturas contemporâneas da epidemiologia, e seus projetos contemplam a redução de riscos de adquirir enfermidades nas recomendações normativas e na mudança de hábitos de determinada população ⁵⁻⁶.

A incorporação dessas novas tecnologias para a produção do cuidado no sistema suplementar de saúde pode configurar-se em um processo de reestruturação produtiva, definido por Franco ⁷ como inovações na organização da produção em saúde pela incorporação de tecnologias e/ou pela mudança no processo de trabalho, sem essencialmente modificar o cerne da produção do cuidado, podendo, assim, ocorrer sob o modelo hegemônico de atenção à saúde, ainda centrado na produção de procedimentos.

Diversas mudanças no modo de produzir o cuidado têm se desenvolvido no sistema suplementar de saúde, e algumas delas são decorrentes de um processo de reestruturação produtiva que incorpora os programas de promoção da saúde e prevenção de doenças como núcleo reestruturante na condução de suas ações.

Este trabalho objetiva analisar as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças ofertadas por uma operadora da modalidade de Medicina de Grupo, no Estado do Espírito Santo, sob a percepção dos usuários participantes. Almeja-se observar a inserção do usuário nas teias de poder para a produção dos atos de saúde e o seu grau de autonomia no modo de levar a vida, a partir de sua participação na produção do cuidado. A finalidade é desvelar o protagonismo dos usuários nas distintas disputas que conformam as práticas de cuidado na relação com os atores envolvidos.

Pretende-se desvendar se essas ações se constituem em dispositivos biopolíticos, que podem ser disparados nesse processo. Dispositivo compreendido como um campo de correlações de força onde é posto em operação um conjunto determinado de tecnologias e práticas sanitárias em que não há exterioridade entre técnicas de saber e estratégias de poder ⁸. O termo Biopolítico, na ótica foucaultiana, é a articulação da vigilância panóptica e da sanção normalizadora com uma nova modalidade de poder, o poder sobre a vida e não

somente sobre os corpos, poder de “fazer viver e deixar morrer”. É proposto um poder além do disciplinar e seu conceito provém de uma ótica positiva de poder, não repressora, mas libertadora. Seus instrumentos são o conhecimento e a retenção de saber e regulamenta-se para assegurar a vida e postergar a morte⁹⁻¹².

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso, de abordagem qualitativa, em que se pretende verificar as singularidades da realidade e examinar o conjunto das relações em diferentes variáveis necessárias à compreensão de um fenômeno, pois este estudo trabalha com uma problemática contemporânea inserida no contexto social. Sendo assim, a potência explicativa desta pesquisa não decorre da quantidade de observações, mas da profundidade e da análise do caso¹³.

Os estudos de casos são avaliados pela qualidade teórica e pela adequação entre os modos de análise utilizados e o modelo teórico escolhido¹³. Não se pretende alcançar uma generalização estatística, mas explorar um quadro teórico relacionado com a compreensão de um determinado problema em diferentes situações. Participaram do estudo três usuários dos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças de uma operadora na modalidade de Medicina de Grupo no Estado do Espírito Santo, selecionados pela indicação dos profissionais desses programas e entrevistados em suas respectivas residências ou na sede da operadora, de acordo com a necessidade do usuário. Como critério de seleção dos entrevistados, optou-se por usuários inseridos nos programas há mais de um ano e com maior frequência de acesso ao serviço.

Selecionou-se uma operadora que atua no Estado que possui programas de promoção da saúde e prevenção de doenças. O critério de escolha foi baseado nos dados fornecidos pela ANS, privilegiando a operadora com um dos maiores números de beneficiários inscritos dentro da modalidade.

Um aspecto relevante a ser registrado preliminarmente diz respeito ao fato de os profissionais da operadora serem responsáveis pela indicação dos usuários, podendo constituir um viés para este estudo, visto que existe uma tendência implícita de indicar usuários mais adaptados ao programa ofertado pela operadora. Apesar dos esforços da pesquisadora para minimizar essa situação, esse viés pode ter acontecido e, de certa forma, contribuído para que usuários mais questionadores e que tensionam os programas não fossem indicados para participar da pesquisa.

A modalidade de Medicina de Grupo enquadra-se no grupo das entidades com fins comerciais. Sua administração é gerida por empresas privadas e normalmente tem por sócios proprietários de unidades hospitalares. Os clientes dessa modalidade são indivíduos e empresas para os quais comercializam planos de saúde ¹⁴. O mercado da Medicina de Grupo vem sendo responsável pelo controle de uma fatia exponencial do mercado de planos privados de saúde. A motivação ímpar para a opção das empresas em aderir a essa modalidade é a estratégia de oferecer benefícios indiretos aos empregados, além de obter isenções fiscais ¹⁵.

A técnica escolhida para a coleta de dados foi a entrevista com um roteiro contendo perguntas semiestruturadas, que buscou desvendar a percepção do usuário com relação ao programa de promoção da saúde e prevenção de doenças em que se encontra inserido.

As entrevistas foram realizadas individualmente, no período de abril a julho de 2009, em local definido previamente e optou-se por gravar as entrevistas em voz com gravador digital e, *a posteriori*, efetuou-se transcrição seguindo rigorosamente a estrutura da fala dos usuários, de forma a preservar a fidedignidade dos depoimentos.

Para analisar os dados e melhor compreender os significados veiculados pelos depoimentos dos usuários, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo na modalidade de análise temática. Essa estratégia metodológica pode ser considerada a mais apropriada para essa

pesquisa. A análise temática, operacionalmente, desdobrou-se em três etapas, constituídas por: pré-análise, exploração com organização dos dados obtidos e interpretação com base no referencial teórico adotado ¹⁶⁻¹⁷.

Esta pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, registrada com o nº. 057/2009, de acordo com a Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A adesão dos participantes ocorreu mediante a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que lhes assegura os direitos éticos, inclusive o de desistir da participação na pesquisa em qualquer tempo, sem nenhuma penalização ou prejuízo.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

DIMENSÃO ESTRUTURAL E ORGANIZATIVA COM FOCO NA ATENÇÃO À DOENÇA

O formato do programa de promoção da saúde e prevenção de doenças ofertado pela operadora merece ser analisado quanto a seus aspectos estruturais e organizacionais. O programa é nomeado pela operadora como Medicina preventiva e possui os seguintes profissionais em sua composição: médica coordenadora, médica endocrinologista, enfermeiros, técnicos de Enfermagem, assistente social, psicólogo e nutricionista.

Nesse sentido, notam-se alguns avanços na operadora ao agregar equipe multiprofissional no programa. Entretanto, é importante realçar que a incorporação das várias profissões só se constitui efetivamente em avanço e mudança de paradigma, se os profissionais dialogarem entre si em busca dos projetos terapêuticos que melhor atendam às necessidades do usuário, caso contrário, a multiprofissionalidade manterá a fragmentação do cuidado. Para proporcionar a integralidade na atenção à saúde, é necessário romper com

o isolamento dos núcleos de competência profissional, pois, sozinhos, não conseguem responder às necessidades de saúde da população ¹⁸.

Assim, as atividades desenvolvidas pelo programa englobam: visitas domiciliares; monitoramento por telefone; palestras nas empresas e na sede da operadora sobre as doenças como forma de reduzir os agravos e adoção de estilos de vida saudável; consulta com endocrinologista e psicólogo quando indicada pela enfermeira responsável pelo grupo. A inserção dos usuários nos programas normalmente ocorre por ligações telefônicas para convite, captação em hospitais por um de sistema de gerenciamento das internações ou pelo encaminhamento do médico do paciente: *“[...] Foram eles que me acharam, ligaram para o meu trabalho e falaram comigo que havia esse programa e que estavam me escrevendo, perguntando já quais os dias que eles podiam ir”; “[...] O meu médico me passou para a Medicina Preventiva, porque eu tenho diabetes, e estava altíssima, para que elas me ajudassem no que fosse preciso, e hoje, graças a Deus, ela [a diabetes] já está bem controlada”*.

Os programas ofertados obedecem à lógica de grupos considerados portadores de riscos, ou de doenças crônicas que são passíveis de tratamento. Os grupos são divididos por patologia: diabéticos, hipertensos, asmáticos, gestantes (preferencialmente de risco) e pacientes sequelados de acidentes vasculares encefálicos: *“Eu sou diabética e as enfermeiras da preventiva vão à minha casa me medicar e me atendem muito bem. Elas tiram minha pressão, olham minha diabetes e conversam”; “[...] Olha, eles fazem um acompanhamento às gestantes, pois, no meu caso, sou hipertensa”*.

Essa conformação de grupos de portadores de riscos e doenças nos remete ao poder disciplinar, que se materializa pela comparação, diferenciação, exclusão e normalização por uma tática sutil, com formato inocente, mas profundamente suspeito, que obedece a economias inconfessáveis, ou que procuram coerções discretas. A disciplina dita a forma de viver e corrigir as distorções verificadas em torno de um exercício de poder menos custoso possível para a operadora de saúde ¹⁹.

A adoção de programas específicos para diferentes doenças crônicas, adotados como estratégia de promoção da saúde e prevenção de doenças pela operadora, apresenta o risco de as iniciativas serem implementadas de forma dicotomizada. A crítica a esse modelo deve-se ao fato de a divisão de grupos de doença (como programas de diabetes) potencializar a fragmentação do cuidado e estigmatizar o usuário como o “do grupo dos diabéticos”. Também é uma recomendação da ANS que os programas de promoção da saúde e prevenção de doenças sejam estruturados por área de atenção e por linhas de cuidado, como a saúde do idoso, do adulto, da mulher, de prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, entre outros ⁴.

Nota-se, por exemplo, no programa de gestante, que as usuárias com complicações são o alvo para participação e, logo após a gestação, essa mulher “não tem mais perfil do programa”. *“Eu tive muita pressão alta na minha gestação, tive até um começo de depressão, eu precisei realmente de acompanhamento da Medicina Preventiva em casa e no trabalho. Eu fui acompanhada pelo programa a partir dos dois meses de gestação até um mês depois do parto”*. Essas ações teriam maior impacto na saúde das beneficiárias e na diminuição de partos cesáreos, se fossem voltadas à área de atenção à saúde da mulher, pois, assim, o programa poderia aliar ações coletivas e individuais e teria uma abordagem integral à saúde.

Quando a usuária relata que, um mês após a gestação, ela não podia mais participar do programa, deve-se questionar: O “risco” que cessou foi o de prematuridade fetal, que levaria a gastos para o convênio ou será que as necessidades de saúde da usuária terminaram? É preciso repensar que prevenção é essa. De doenças ou de despesas financeiras para a operadora?

Outra análise dessa conformação do programa ofertado relaciona-se com o fato de as ações terem como alvos preferenciais beneficiários doentes, apenas com o intuito de reduzir a incidência de intercorrências e complicações relativas às doenças abordadas. Os usuários com alguma doença já instalada devem ter uma assistência integral bem conduzida,

contudo, se as ações possuírem somente esse foco, não se conformam em programas de promoção e prevenção e sim em gestão de crônicos. As estratégias devem cobrir de forma integral a saúde em todos os âmbitos: promoção da saúde, prevenção da doença, reabilitação e cura.

Há que se destacar que as ações voltadas somente a grupos considerados de risco ou em situação de vulnerabilidade pela normatização de estilos saudáveis não possuem foco na concepção de saúde e constituem-se em um modelo insuficiente para atender às necessidades do usuário ²⁰. Hoje muitas ações são nomeadas de promoção da saúde, mas são apenas estratégias de mudanças na conduta individual e na redução de fatores de risco de doenças específicas ²¹.

(RE)CONSTRUINDO VELHAS PRÁTICAS DA PRODUÇÃO DO CUIDADO “USANDO” NOVOS CENÁRIOS

No que diz respeito à reestruturação produtiva em curso pelos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, cabe avaliar a diversificação das tecnologias do cuidado e as mudanças ocasionadas por essa oferta. Nota-se que, apesar dos avanços do programa em utilizar equipe multidisciplinar, de o cenário dos cuidados romper com a usualidade e utilizar o domicílio como local em que o cuidado é produzido e, também, o local de trabalho ser um lugar no qual o usuário pode receber informações sobre adoção de estilos de vida saudáveis, a lógica que ainda opera se dá a partir de uma razão instrumental com atos prescritivos: “[...] *Eles vêm na casa e me acompanham e também vão ao meu trabalho para estar olhando a pressão, a glicose, para ver se está direitinho. Isso é muito importante pra quem trabalha o dia todo*”; “[...] *Eles tiram minha pressão e me examinam. Eles olham tudo da doença, fazem diagnóstico e não fazem mais nada*”.

Segundo Franco ⁷, os processos de reestruturação produtiva podem ou não conduzir a uma transição tecnológica, que altera não apenas o modo de organização do processo produtivo, mas inverte o núcleo tecnológico do cuidado, conformando a hegemonia das tecnologias mais relacionais. Assim, a assistência opera-se com sentidos diferentes do modelo “médico hegemônico” e as ações dirigem-se ao campo de necessidades dos usuários. Verifica-se, portanto, que a reestruturação produtiva, neste caso, restringe-se a mudanças aparentes, organizacionais, que provavelmente não conduzirão a uma inversão de tecnologias.

Essa conformação apresentada pela operadora não é suficiente para reverter o alto consumo de procedimentos, pois, sem inversão do núcleo tecnológico do cuidado por meio de terapias mais relacionais e processos de subjetivação, não há real proposta de mudança de modelo. Torna-se necessário pensar em mudanças que realmente priorizem o acolhimento, a formação de vínculo e a autonomização dos usuários, pois estas são estratégias eficazes para solucionar a fragmentação do cuidado e frear o ímpeto tecnológico que torna a saúde com custo impagável em nosso país. Não existem saídas duradouras e sólidas para a atual crise na saúde sem uma mudança no modo de organizar a produção do cuidado a partir de processos de reestruturação produtiva que levem à transição tecnológica no setor ²².

Mesmo diante das limitações do formato apresentado e da hegemonia do modelo médico-assistencial, os usuários relatam sentir-se mais seguros, confiantes e com menos medo no que tange à forma de conviver com suas doenças e também referem maior sensação de autonomia: “[...] quando eu saía, alguém tinha que ir comigo por causa das tonteiras, agora eu ando, agora sozinha, sem medo”; “[...] Minha autoestima melhorou. Eu me sinto mais tranqüila e mais confiante, antes eu tinha medo de tudo; “[...] Depois que eu entrei no programa me sinto mais segura, por causa das orientações que recebi. Tinham coisas que eu ficava em dúvida e eles vinham e me explicavam”.

Os usuários citam, como principal vantagem do programa, as informações e as ações educativas. Existe uma crença de que ações educativas têm potência para moldar comportamentos, melhorar a qualidade de vida e autonomizar os sujeitos em seu modo de “andar a vida” ²³ : “[...] *Quando você aprende a se alimentar, a cuidar de você, sua vida melhora, ganha uma qualidade*”. Contudo, quando essas ações são implantadas de forma isolada, somente com o intuito de ensinar o usuário o autocuidado e hábitos de vida saudáveis, produzem uma normatização na vida das pessoas que pode gerar conflitos e resistências na aceitação de tais orientações: *“Tem hora que desobedeço às orientações, porque quero viver um pouquinho*”. Sabe-se que o ensino por si não significa necessariamente mudanças na forma de os sujeitos envolvidos conduzirem a vida ²³ .

Outro aspecto relevante observado refere-se à estratégia equivocada das ações educativas como tentativa de responsabilizar o usuário por sua doença e eximir o sistema suplementar de compartilhar responsabilidades. O usuário relata o fato de, há um ano, ter que fazer hemodiálise por agravamento da hipertensão arterial e culpabiliza-se: “[...] *O plano fez tudo por mim e a responsabilidade da doença ter piorado é minha*”. O grande problema do modelo preventivista e biomédico, com foco na prevenção ou retardamento das doenças, são as ações prescritivas que responsabilizam fundamentalmente os indivíduos pelo fardo das doenças e tornam o doente um desviante. Esse modelo não corrobora a tomada de decisão do usuário, nem desenvolve sua autonomia ^{20, 24-25} .

Torna-se necessário transcender as metodologias preventivas e deslocar o foco do doente da erradicação ou minimização das doenças evitáveis do contexto humano e caminhar para capacitar os indivíduos e coletivos para responder aos desafios da vida social com o compartilhamento do poder entre os profissionais de saúde e os usuários nos modos de

conduzir a vida. Essa compreensão implica a transformação dos processos de tomada de decisão e desenvolvimento da autonomia ²⁴⁻²⁶.

NOVAS TECNOLOGIAS DO CUIDADO COMO PRODUTORAS DE MONITORAMENTO CONTÍNUO

Busca-se desvelar se os programas de promoção da saúde e prevenção de doenças ofertados estão operando como dispositivos biopolíticos e quais são as disputas de poder que conformam as práticas de cuidado. O ponto de partida da análise é o fato de o programa ter foco no indivíduo e não na coletividade e também ter ações voltadas à normatização dos comportamentos dos usuários. Esses fatores aproximam-se mais do dispositivo disciplinar, descrito por Foucault ¹⁹ como um construto de tecnologias centradas na disciplina do corpo individual, por meio de técnicas normatizadoras para se modelar, treinar, manipular e tornar o corpo competente, útil e inteligível, impondo-lhe restrições e vetos: *“Elas me ajudam e me cobram, puxam a minha orelha e vigiam se eu faço a dieta certinha, mas a gente nunca faz, nunca consegue. Às vezes, eu escapulo”*.

Partindo do fato de as enfermeiras irem à casa da paciente semanalmente para “medir” a glicemia, ela sabia que, se não fizesse a dieta, seria descoberta na hora do exame. Esse modelo de monitoramento sistemático é comparado por Foucault com um panóptico de Bentham, um espaço arquitetônico esquematizado para oferecer máxima visibilidade dos indivíduos sob vigilância. Atualmente a estrutura do panóptico estendeu-se e não necessita mais de espaço físico para materializar-se. Somente a sensação de estar sendo vigiado é o que conta, mais do que a real ação de vigiar ²⁷.

Ao analisar comportamentos como o da usuária supracitada, que se “desviou” do esquema de vigilância imposto pela operadora de saúde, percebe-se uma capacidade de resistência

do indivíduo às práticas disciplinares impostas pela sociedade moderna. Essa potência do “desviante” em não se submeter às regras traz consigo um desafio da ressignificação das práticas do cuidado, visando à adesão pelos sujeitos que se “desviam” dos projetos terapêuticos propostos.

A disciplina por meio do controle contínuo aplicada neste caso contrapõe-se à autonomia do sujeito e traz consigo problemas éticos. Quando um indivíduo está sob vigilância permanente, perde a capacidade de decidir sobre o modo de “andar sua vida” e torna-se passivo em expressar sua opinião e seus desejos: “*Dou, sim, minha opinião, mas eu sempre aceito a opinião delas*”. O usuário torna-se um espectador de sua história e deixa de protagonizar sua vida por medo de uma punição (mesmo que velada) e não por realmente acreditar que não deve fazer tal prática.

Assim, o poder disciplinar produz corpos submissos e “dóceis”, potencializando as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e minimizando-as (em termos políticos de obediência), visando a vigiar o comportamento de cada um, apreciá-lo, sancioná-lo e mensurar atributos e méritos. A disciplina organiza um espaço analítico, como se tendesse a cobrir o corpo social inteiro, buscando conhecer, dominar e utilizar o corpo ¹⁹.

Isso não significa que os profissionais de saúde não devem informar aos usuários as consequências dos estilos de vida para o tratamento das doenças. Contudo, o usuário é quem deve ponderar sobre as implicações de suas ações e decidir sobre como deseja conduzir a vida. É preciso ter cautela para não formar-se “pacientes obedientes”, devido à vigilância contínua, sem a produção de singularidades, criticidade e autonomia da população.

Torna-se imperativo, portanto, buscar práticas de cuidado com foco nas necessidades do usuário, visando à sua coparticipação no projeto terapêutico e a produção de graus de autonomia no seu modo de “caminhar a vida” ²³. Deve-se, pelo compartilhamento de poder entre profissionais de saúde e usuários, buscar a produção de um cuidado autonomizador

que amplie a capacidade dos indivíduos e coletivos em intervir sobre seus determinantes de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebem-se avanços discretos na forma de organizar a produção do cuidado, havendo ambiguidades e dilemas nessa operadora. É real que existe uma tendência de se reconstruir velhas práticas e concepções em novos cenários, entretanto esses movimentos ainda são tênues e não têm apontado realmente uma inversão das tecnologias hegemônicas, voltadas para a produção de procedimentos técnicos e com foco na doença. A incorporação de novas tecnologias na produção do cuidado é uma demanda do mercado, do SUS e da ANS e deve ser assimilada não apenas para reduzir custos, mas precisa ser impulsionada pelas necessidades do usuário na garantia ao direito a uma vida autônoma e feliz.

Para que ocorra uma mudança real na forma de produzir o cuidado, visando a emancipar o usuário, devem-se relativizar as ações normativas, fixadoras de regras disciplinares, em busca de ações com caráter apenas regulador, que potencializem a capacidade de indivíduos e coletivos, criando e disseminando subsídios para a tomada de decisão ²⁸.

Para libertar o usuário das amarras desse modelo disciplinar gerador de passividade, que conhecemos cada vez menos e contra o qual se torna mais difícil rebelar-se, é necessário interação entre os serviços e usuários, buscando a garantia da autonomia, o exercício da solidariedade e o reconhecimento da liberdade de escolha do cuidado e da saúde que se deseja obter ²⁸⁻²⁹.

Quando se comparam os investimentos que a operadora faz em tecnologias diagnósticas de alta precisão, nota-se que o investimento em tecnologias relacionais ainda está muito aquém das necessidades dos usuários e dos próprios trabalhadores, apresentando-se totalmente atrelado às estratégias de *marketing*. Qualquer esforço que não articule avanços tecnológicos no tratamento de doenças com práticas de humanização e investimentos em

mudanças nos padrões relacionais entre profissionais de saúde e usuários ou dos profissionais entre si não provocará mudanças na qualidade do atendimento às necessidades dos usuários ⁴.

Portanto, acredita-se que, embora avanços tenham ocorrido, existe ainda um caminho longo para superar a fragmentação do cuidado e para obter melhores resultados com custos suportáveis no sistema suplementar de saúde. Esse caminho deve basear-se na oferta de redes de cuidados articuladas, focadas nas necessidades dos usuários e com abertura para as subjetividades e aflições dos beneficiários.

REFERÊNCIAS

1. Santos NR. Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. Rev C S Col 2008; 13(Supl. 2): 2009-2018.
2. Santos FP, Malta DC, Merhy EE. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. Rev C S Col 2008; 13(5): 1463-1475.
3. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar: manual técnico. 2ª ed. Rio de Janeiro: ANS, 2007.
4. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Panorama das Ações De Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar. 1ª ed. Rio de Janeiro: ANS, 2008.
5. Silveira LS. Prevenção de Doenças e Promoção da Saúde: diferenciais estratégicos na conjuntura do mercado de saúde suplementar. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2004.
6. Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM. (org.). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p.39-53.
7. Franco TB. Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde: um olhar a partir do cartão nacional de saúde. [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2003.
8. Aganbem G. Homo Sacer: O poder soberano e a vida nua. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2004.

9. Foucault M. Nascimento da Biopolítica: curso dado no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes; 2008.
10. Pogrebinski T. Foucault, para além do poder disciplinar e do biopoder. Lua Nova. Rev Cultura Pol 2004; 63: 129-202, 2004.
11. Foucault M. Em defesa da sociedade. São Paulo: Martins Fontes; 1999
12. Pelbart PP. Vida Capital: Ensaio de biopolítica. São Paulo: Iluminuras; 2003.
13. Hartz ZMA. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997.
14. Conass. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Saúde Suplementar / Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Brasília: CONASS; 2007.
15. Duarte, EJA. As operadoras de planos privados de assistência à saúde no marco do novo modelo de regulação. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), 2003.
16. Campos CJG. Método de análise de conteúdo: ferramenta para análise de dados qualitativos no campo da saúde. Rev Bras Enferm. 2004; 57(5): 611-614.
17. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1979
18. Almeida MCP, Mishima SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. Interface – Com, Saúde e Educ. 2001; 5(3): 151-153.
19. Foucault M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. 36ª Ed. Petrópolis: Vozes; 2009.
20. Luz MT. É a promoção da saúde um novo paradigma. IN: Ordem Social, Instituições e Políticas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO; 2007.
21. Buss PM. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM. . Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005. p. 15-37.
22. Franco TB, Merhy EE. Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica na Saúde. 2009. [acessado 2009 jun 24]. Disponível em: <
http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/reestruturacao_produtiva_e_transicao_tecnologica_na_saude_emerson_merhy_tulio_franco.pdf
23. Ferreira VSC, Andrade CS, Franco T, Merhy EE. Processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde e a reestruturação produtiva. Cad Saúde Pública 2009; 25(4): 898-906.

24. Lefèvre F, Cavalcanti AMC. Crítica da saúde como positividade ou saúde como negação da negação. In: Lefèvre F, Cavalcanti AMC. Promoção de saúde: a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira & Lent; 2004. p. 26-47.
25. Santos LM, Daros MA, Crepaldi MA, Ramos LR. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. Rev Saúde Pública 2006; 40(2): 346-352.
26. Carvalho SR, Gastaldo D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. Rev C S Col 2008;13(Supl. 2): 2029-2040.
27. Veiga LM, [Monteiro TP](#). Zonas Livres - regiões invisíveis as sociedades de controle nas quais emergem produções de subjetividade estéticas. In: Anais do 18º Encontro Nacional da Associação Nacional de Pesquisadores em Artes Plásticas; 2009. Salvador. p. 809-823.
28. Ayres JRCM. Risco e imponderabilidade: superação ou radicalização da sociedade disciplinar? Cad Saúde Pública 2001; 17(6):1297-1298. Debate sobre texto da autoria da professora Mary Jane Spink.
29. Pinho IC, Siqueira JCBA, Pinho LMO. As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. Rev. Eletr. Enf. 20

6 REFERÊNCIAS

ACIOLE, G. G. **A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado**. São Paulo: Hucitec, 2006.

AGAMBEN, G. **Homo sacer: o poder soberano e a vida nua**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2004.

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

ANDRADE, M. V.; MAIA, A. C. Demanda por planos de Saúde no Brasil. In: Encontro Nacional de Economia. 2006, Salvador. **Anais do XXXIV Encontro Nacional de Economia**, Salvador, 2006.

AYRES, J.R.C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface, Comunicação, Saúde e Educação**, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004.

BAHIA, L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2001.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra**. 4. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. art. 199, p. 163-164.

BRASIL. Lei nº 9656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 4 de junho de 1998. Disponível em: < <http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 19 jun 2009.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar: manual técnico**. 2. ed. Rio de Janeiro: ANS, 2007.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Panorama das ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2008.

BUB, M. B. C. et al. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, v.15, p. 152- 157, 2006.

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

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. . **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p. 15-37.

CAMPOS, C.J.G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 611-614, 2004.

CARTA DE OTTAWA. **Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde**. Ottawa, 1986.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 20, p. 1088 -1095, 2004a.

CARVALHO, S. R. **Saúde coletiva e promoção da saúde**: sujeito e mudança. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, Supl. 2, p. 2029-2040, 2008.

CARVALHO, E. B.; CECÍLIO, L. C. O. A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2167-2177, 2007.

CAVALCANTE JÚNIOR, J.G. O cuidado de si: por uma hermenêutica mais próxima do sujeito. Disponível em: < http://fap.com.br/fapciencia/002/edicao_2008/007.pdf >. Acesso em: 8 out. 2009.

CECHIN, J. **A história e os desafios da saúde suplementar**: 10 anos de regulação. São Paulo: Saraiva: Letras & Lucros, 2008.

CECCIM, R.B.; CARVALHO, Y.M. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B.; MATTOS, R.A. **Ensinar saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO / CEPESQ, 2005.

COSTA, V.T.; LUNARDI, V.L.; LUNARDI FILHO, W.D. Autonomia versus cronicidade: uma questão ética no processo de cuidar em enfermagem. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 15, n. 1, p. 53-58, jan./mar. 2007.

CONASS. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. **Saúde suplementar**. Brasília: CONASS, 2007.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D., FREITAS, CM. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 39-53.

DIAS, M. R. et al. Promoção da saúde: o renascimento de uma ideologia? **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 22, n. 3, p. 463-473, 2004.

DUARTE, Eduardo Jorge Araújo. **As operadoras de planos privados de assistência à saúde no marco do novo modelo de regulação**. 2003. 102 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, ENSP, Rio de Janeiro, 2003.

FLEURY-TEIXEIRA, P. et al. Autonomia como categoria central no conceito de promoção da saúde. **Rev. Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, Supl. 2. p. 2115-2122, 2008.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p.1511-1520, 2008.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde. Disponível em: <
http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/reestruturacao_produtiva_e_transicao_tecnologica_na_saude_emerson_merhy_tulio_franco.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2009.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 39. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FOUCAULT, M. **A História da sexualidade III**: o cuidado de si. Rio de Janeiro: Graal, 2007.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FOUCAULT, M. **Nascimento da biopolítica**: curso dado no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. 36. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

GERSCHAMAN, S. Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto de sistemas público de saúde: União Européia e Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**, v.13, n.5, p.1441-1451, 2008.

HEIMANN, L. S.; IBANHES, L. C.; BARBOZA, R.(Org.). **O público e o privado na saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 2005.

LOBATO, L. V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 107-140.

MALTA, D. C.; et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 433-444, 2004.

MARIGUELA, M. **Sexualidade e a ética do cuidado de si**. Disponível em:< [HTTP://www.cecemca.rc.unesp.br/ojs/index.php:educacao/article/viewFile/1401/1161](http://www.cecemca.rc.unesp.br/ojs/index.php:educacao/article/viewFile/1401/1161) >.. Acesso em: 8 out. 2009.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

MENICUCCI, T. M. G. Relação público-privado no sistema de saúde brasileiro: opacidade cognitiva e analítica. **Ciência Saúde Coletiva**, v.13, n. 5, p. 1400-1403, 2008.

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

MERHY, E.E. **O desafio da tutela e da autonomia**: uma tensão permanente do ato de cuidar. 2009. Disponível em: < <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados.11.pdf> >. Acesso em: 8 out. 2009.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. **Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde**: debate necessário para a compreensão do processo de “financeirização” do mercado na saúde. Disponível em: < <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulo.4.pdf> >. Acesso em: 8 out. 2009.

MERHY, E.E. **Realizar no micro a luta macro**: o ato de cuidar, um agir tutelar e autonomizador. Disponível em: < <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexado.1.pdf> >. Acesso em: 8 out. 2009.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7 -18, 2000.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 6. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2008.

PELBART, Peter Pál. **Vida capital**: ensaios de biopolítica. São Paulo: Iluminuras, 2003.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B. Experienciação, formação, conhecimento e cidadão: articulando conceitos, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. **Ensinar saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO / CEPESQ, 2005.

POGREBINSCHI, Thamy. Foucault, para além do poder disciplinar e do biopoder. **Lua Nova**, Revista de Cultura e Política, São Paulo, v. 63, p. 129-202, 2004.

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

SANTOS, Nelson Rodrigues. Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. **Rev. Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, Supl. 2. p. 2009-2018, 2008.

SILVEIRA, Luciana Souza. **Prevenção de doenças e promoção da saúde**: diferenciais estratégicos na conjuntura do mercado de saúde suplementar. 2004. 113 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Suplementar)- Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Carta de Apresentação da Pesquisa nas Empresas

Prezado(a) Senhor(a)

Por meio da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), estou desenvolvendo uma investigação acerca dos modelos de incorporação tecnológica na saúde suplementar, intitulada: A percepção dos usuários sobre a oferta de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças no sistema suplementar de saúde no Estado do Espírito Santo.

A pesquisa tem como objetivo analisar a conformação interna do dispositivo de promoção e prevenção no âmbito da saúde suplementar no estado do Espírito Santo. Está sob a coordenação da professora Dr^a. Rita de Cássia Duarte Lima. Para isso pedimos a autorização para realizarmos nesta Instituição a coleta de dados necessária, com a realização de entrevistas com os usuários dos programas.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo e foi firmado o compromisso do uso restrito dos dados e informações para a pesquisa e divulgação dos seus resultados por meio de trabalhos técnico-científicos, colocando-os à disposição da instituição.

Certos de contar com a atenção de V. S^a. Coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos e solicito que envie, em tempo breve, a resposta a esta solicitação além do Termo de Autorização (anexo) assinado.

Atenciosamente,

Prof^a. Dra. Rita de Cássia Duarte Lima

APÊNDICE B - Termo de Autorização das Empresas Para Realização da Pesquisa

Eu, _____ (nome)
_____ (cargo/função) autorizo

a realização da pesquisa “A percepção dos usuários sobre a oferta de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças no sistema suplementar de saúde no Estado do Espírito Santo” nesta instituição. Afirmando que fui devidamente orientado sobre a finalidade e objetivo do estudo, bem como da utilização dos dados exclusivamente para fins científicos e sua divulgação posterior. Foi informado que meu nome será mantido em sigilo.

Local e data

Assinatura e carimbo da instituição

APÊNDICE C - Pesquisa: Promoção e Prevenção na Saúde Suplementar

Roteiro de entrevistas semi-estruturada: USUÁRIO DO PROGRAMA DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO

Nome da Operadora:

Nome do Usuário:

Sexo:

Idade:

Diagnóstico referido:

Estado Civil:

Endereço completo:

Telefone:

Tempo de contrato com o plano:

Coordenador da equipe que assiste:

1. Como é o Programa de Promoção e Prevenção?
2. Como você ficou sabendo do Programa de Promoção e Prevenção?
3. Há quanto tempo têm assistência do Programa de Promoção e Prevenção?
4. A sua entrada no Programa ocorreu por quê?
5. Conte a história de sua entrada no programa.
6. Qual sua opinião sobre o programa?
7. Quais as principais vantagens do Programa?
8. Das vantagens, selecione as três mais importantes para você e justifique?
10. Quais as dificuldades para utilizar o programa?
11. Você tem alguma sugestão para melhoria do programa?
12. Após sua entrada, você notou alguma diferença em relação a sua saúde?
13. Você se sente mais independente, autônomo?

14. Qual é a sua opinião em relação ao funcionamento do programa?
15. Você vivencia situações de conflito na sua relação com os profissionais do programa? Cite.
16. Se você fosse sugerir alterações no programa, que sugestões você daria?
17. A equipe do Programa de Promoção e prevenção leva em conta a sua opinião em relação à assistência que vai ser prestada a você?
18. Além do programa, você acessa outros serviços de saúde? (benzedeira, terapias alternativas, igreja)
19. Você utiliza algum serviço do SUS? Com qual Frequência? O que você pensa sobre o SUS?
20. O que você faz para seu auto-cuidado, para cuidar de você? (cuidado de si)
21. Você participa de alguma forma expressando sua opinião de como gosta de ser cuidado? (participação no projeto terapêutico)
22. A entrada no programa melhorou sua qualidade de vida? Explique
23. Há alguma questão que gostaria de falar e não foi abordada?

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Dados de identificação

Título da Pesquisa: Promoção da Saúde e Prevenção de doenças no Sistema Suplementar de Saúde: A visão dos usuários.

Pesquisador Responsável: Rita de Cássia Duarte Lima

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável:

Universidade Federal do Espírito Santo

Telefones para contato: (27) 3335-7287 (27) 9316-7281

Nome do voluntário: _____

Idade: _____ anos

R.G. _____

O Sr. (a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças no Sistema Suplementar de Saúde: A visão dos usuários”, de responsabilidade do pesquisador Rita de Cássia Duarte Lima. O objetivo principal deste estudo é analisar os Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de doenças no Sistema Suplementar através dos dispositivos discursivos dos usuários desse sistema no estado do Espírito Santo. Você foi selecionado por participar de um Programa escolhido para estudo, mas sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com os pesquisadores, com o Programa ou a operadora que você está vinculado, nem com a Agência Nacional de Saúde.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em ser entrevistado, por um período de trinta minutos a uma hora, sobre a sua participação no programa, considerando-se um roteiro de entrevista previamente definido. Os riscos relacionados com sua participação estariam relacionados ao sigilo sobre a sua participação e a confidencialidade das informações obtidas através dessa pesquisa. Isso será controlado procedendo-se a uma

codificação em que cada entrevista receberá um número, não sendo divulgado o nome dos entrevistados ou qualquer informação que permita a sua identificação. As entrevistas serão gravadas e, posteriormente, transcritas, sendo destruídas as gravações e as transcrições, após a análise das mesmas, como medida complementar de proteção para garantir a sua privacidade. Não existem benefícios individuais relacionados com a participação na pesquisa, mas você estará colaborando para que entendamos melhor o funcionamento do Programa e os benefícios obtidos com o mesmo.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Eu, _____, RG nº _____

declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Vitória, _____ de _____ de 2009.

Nome e assinatura do entrevistado

Nome e assinatura do responsável
por obter o consentimento

ANEXO

ANEXO A - Folha do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Vitória-ES, 28 de Maio de 2009

Da: Profa. Ethel Leonor Noia Maciel
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde

Para: Profa. Rita de Cássia Duarte Lima
Pesquisadora Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: **“Promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos no sistema suplementar de saúde: a visão dos usuários”**

Senhora Pesquisadora,

Informamos à Vossa Senhoria, que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar Projeto de Pesquisa, Nº de registro no CEP – 057/09, intitulado: **“Promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos no sistema suplementar de saúde: a visão dos usuários”** e o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, **APROVOU** o referido projeto, em Reunião Ordinária realizada em 27 de Maio de 2009.

Gostaríamos de lembrar que cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra “c”.

Atenciosamente,



Profa. Ethel Leonor Noia Maciel
COORDENADORA
Comitê de Ética em Pesquisa
Centro de Ciências da Saúde/UFES

