

**ANA CLAUDIA PEDROSA DIAS**

**A PERCEPÇÃO DO TRABALHADOR SOBRE  
PROMOÇÃO DA SAÚDE REALIZADA PELO  
ENFERMEIRO NA SAÚDE SUPLEMENTAR**

**BELO HORIZONTE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFMG  
2007**

**ANA CLAUDIA PEDROSA DIAS**

**A PERCEPÇÃO DO TRABALHADOR SOBRE  
PROMOÇÃO DA SAÚDE REALIZADA PELO  
ENFERMEIRO NA SAÚDE SUPLEMENTAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Dra. Marília Alves

**BELO HORIZONTE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFMG  
2007**

Dias, Ana Cláudia Pedrosa  
D541p A percepção do trabalhador sobre promoção da saúde realizada  
pelo enfermeiro na saúde suplementar/Ana Cláudia Pedrosa Dias.  
Belo Horizonte, 2007.

77f.

Dissertação.(mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais.  
Escola de Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Orientadora: Marília Alves

1.Promoção da saúde/tendências 2. Planos de assistência de saúde aos  
trabalhadores 3.Enfermeiras 4.Prática profissional 5.Prevenção de  
doenças 6.Atenção primária à saúde/tendências I.Título

NLM: WY 101

CDU: 616-083

*Ao meu filho Marcelo que, na sua inocência de criança, quantas vezes solicitou por  
atenção que lhe foi privada por esta longa caminhada. Obrigada, por sua presença  
sempre tão afetuosa!*

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por sua divina intercessão...

A minha mãe, Dona LOURDES, quanta atenção, quanta paciência, quantas palavras de carinho e esperança.

Ao meu pai, Sr. NATALINO, suas palavras de força e sabedoria me deram a determinação de que tanto precisei.

Às minhas irmãs, ADRIANA, ANDRÉA e JULIANA, pela amizade e apoio incondicionais.

À Doutora MARÍLIA ALVES, pela orientação, estímulo e carinho. Que pessoa maravilhosa!

À diretoria da Goodlife Saúde, em especial ao Sr. UBIRAJARA, pelo apoio e confiança, sem os quais não seria possível a realização deste projeto.

A todos os meus amigos e familiares que, em algum momento, estiveram presentes me apoiando e estimulando.

## RESUMO

O conhecimento do trabalho do enfermeiro em ações de promoção na saúde suplementar, segmento tradicionalmente voltado para ações centradas no modelo médico centrado, é relevante para a profissão, dada a ampliação da sua atuação em programas de prevenção e promoção da saúde, além de ser um importante campo profissional que se abre. Este estudo teve como objetivos identificar a percepção dos trabalhadores associados a um plano de saúde suplementar sobre o atendimento realizado por enfermeiras no próprio local de trabalho, bem como a dos trabalhadores sobre ações voltadas para a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Optou-se por realizar um estudo de caso de natureza qualitativa em duas empresas, clientes de uma operadora de saúde suplementar, nas quais foi implantado um programa de promoção da saúde, pela operadora, conduzido por enfermeiras. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas com dez trabalhadores inseridos no programa e os resultados foram submetidos à análise de conteúdo. Os resultados mostram que há aceitação do enfermeiro na realização de ações de promoção da saúde, pelos trabalhadores, embora com alguma desconfiança, por não estarem sendo atendidos por médicos. As ações são percebidas inicialmente como cobrança e fiscalização do cumprimento das orientações recebidas, tendo em vista que, antes, não as seguiam. Este estudo mostra, também, que o trabalhador reconhece o trabalho do enfermeiro, às vezes como auxiliar do médico e outras como um profissional em quem pode confiar. No entanto, conhece pouco a capacidade do enfermeiro para atuar de forma autônoma em programas dessa natureza, vinculando seu trabalho ao cumprimento de orientações médicas. Quanto às ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, mostram-se sensibilizados com os cuidados disponibilizados a si próprios, como empregados da empresa, e às suas famílias, esforçando-se por seguir as orientações e mostrar resultados positivos aos enfermeiros. Percebe melhoria, no que diz respeito ao acesso ao serviço e sente-se cuidado. Estabelece comparação com outros planos de saúde que já teve e reconhece essa experiência como inovadora, a qual se traduz em benefícios para ele mesmo. Por outro lado, essa estratégia da operadora poderá auxiliar na melhoria da qualidade de vida dos usuários e possibilitar o alcance de seus objetivos de reduzir os custos assistenciais, decorrentes de intervenções onerosas, em casos de adoecimento.

## ABSTRACT

Understanding a nurse's role in promoting health for health insurance, a segment traditionally related to healing based on a medical model, is relevant for the profession particularly considering the extended role of a nurse in prevention programs and health promotion programs. In addition, it serves as an important field open to nurses. This study is concerned with identifying the perception of employees, linked to a health insurance plan, regarding nurses' services at a specific job location. Second, this study is concerned with understanding the perception of these employees with regard to the promotion of health and the prevention of diseases. Qualitative case studies were conducted in 02 (two) companies that were clients of a health insurance company. A health promotion program was implemented by the insurance company and conducted by the nurses. The data collected included interviews with 10 workers involved in the program. The results were submitted to content analysis. The results show that the workers accept the nurse in actions related to health promotion, although there is some suspicion as to why they are not being treated by doctors. The actions are initially perceived as being the supervision of orders received, keeping in mind that not all were followed. This study also shows that employees know little about a nurse's capacity to act autonomously in programs of such nature, therefore associating a nurse's function with following doctor's orders. With regard to actions related to health promotion programs and disease prevention programs, employees show they are sensitive to the care given to them, as employees of the company, and to their families. Hence they make an effort to follow the orientations given to them and to show positive results to the nurses. The employees perceive an improvement with regard to the access to service and they feel taken care of. In addition, they compare this experience with other health plans they have had and recognize this experience as being innovative, which can be seen as benefits for the employee. On the other hand, this strategy taken by the company can help improve the quality of life of the users and help reach the objectives of reducing costs related to assistance, resulting from costly interventions in cases of sickness.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	1
2 OBJETIVOS.....	8
3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE SUPLEMENTAR.....	9
4 CAMINHO METODOLOGICO.....	25
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	29
5.1 CATEGORIA 1: O papel do enfermeiro na promoção da saúde .....	30
5.2 CATEGORIA 2: Percepção dos trabalhadores sobre ações de promoção da saúde no ambiente de trabalho.....	41
5.2.1 SUBCATEGORIA: Ações de promoção da saúde como controle das doenças ...	41
5.2.2 SUBCATEGORIA: percepção dos trabalhadores diante dos cuidados de si próprios e da família.....	46
5.2.3 CATEGORIA 3: Abordagem inovadora de atenção à saúde .....	54
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	60
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	63
ANEXOS .....	67

## 1- INTRODUÇÃO

Há cerca de oito anos, um plano de saúde identificou, por meio de resultados favoráveis, tanto financeiros quanto de melhora de vida, que a promoção da saúde e a prevenção de doenças seriam o diferencial que possibilitaria o aumento da qualidade dos serviços prestados. O objetivo do plano era o de fidelizar seus usuários a médicos parceiros credenciados, baixando custos assistenciais com a monitorização contínua destes usuários.

Ao longo dos últimos oito anos, essa visão foi se ampliando e várias formas de promover saúde foram utilizadas, sempre com o foco nos titulares do plano. Estes, na grande maioria, eram trabalhadores formais, visto tratar-se de um plano de saúde com contratos corporativos, ou seja, empresariais. Em meados do ano de 2005, várias análises sinalizaram para a necessidade de estender as ações de promoção da saúde para os dependentes dos trabalhadores, ou seja, seus familiares, ampliando a cobertura para toda a família e, conseqüentemente, proporcionando mais tranquilidade para o trabalhador.

A empresa operadora do plano de saúde assumiu a posição de que o profissional mais adequado para realizar ações de promoção da saúde e prevenção de doenças seria o enfermeiro. Assim, reformulou o programa de promoção da saúde, antes realizado por médicos, colocando-o sob a coordenação de uma enfermeira, e com os atendimentos aos trabalhadores também realizados por enfermeiras, na empresa que trabalham. Em sua jornada de trabalho, fazem avaliação de grau de riscos, orientações e monitorização contínua dos usuários participantes do programa, por meio da consulta de enfermagem, além de visitas domiciliares para os familiares. Porém, as ações de

promoção da saúde, pouco valorizadas nos serviços de saúde suplementar geralmente, centrados na cura de doenças, além de realizadas por enfermeira, geraram reações diversas, assim como diferentes níveis de aceitação por parte dos trabalhadores, tradicionalmente acostumados ao modelo médico, centrado, curativo e medicamentoso, chamado modelo biomédico.

O modelo biomédico de atenção à saúde gera custos financeiros altos para o usuário que, em última instância, paga a conta. Além disso, esse modelo separa o indivíduo doente de suas pessoas mais estimadas, inicia o tratamento somente após a instalação dos quadros agudos da doença, ou seja, após o adoecimento do indivíduo, trazendo sofrimentos desnecessários, quando grande parte das doenças que acometem a população pode ser evitada com programas de promoção da saúde e prevenção de doenças. Ações de promoção evitam o sofrimento decorrente das doenças, reduzem custos e proporcionam melhoria da qualidade de vida da clientela.

Considerando-se as vantagens das ações de promoção e prevenção, algumas empresas suplementares de saúde, com o objetivo de diminuir gastos com complicações ou diminuição do uso de seus serviços, buscando melhorar a qualidade, reduzir os custos do atendimento aos pacientes, além de auxiliar sistemas de atendimento médico a alcançar níveis satisfatórios de resultados, segundo Cardoso (2005), investem em ações de promoção de saúde incentivados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A ANS, órgão do Ministério da Saúde que regulamenta as operadoras de saúde suplementar, como planos de saúde e seguradoras, tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais - inclusive quanto às suas relações com prestadores e

consumidores - e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país. A ANS foi criada pela lei 9.961/2000 (BRASIL, 2005a), que estabelece a sua estrutura organizacional, a competência dos seus órgãos, as atribuições dos dirigentes e as demais diretrizes para a sua atuação. Por meio da Resolução Normativa 94, de março de 2005, a ANS passou a incentivar a adoção de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, como meio de melhorar a qualidade de vida dos usuários dos planos de saúde, bem como reduzir a utilização dos serviços de consultas, internações e cirurgias, reduzindo, conseqüentemente, os custos com essas ações de saúde (BRASIL, 2005c).

Nesse sentido tem sido possível observar que programas de promoção da saúde na saúde suplementar têm sido especialmente dirigidos a trabalhadores de empresas cliente, são considerados altamente eficientes do ponto de vista do mercado e constituem um dos elementos estratégicos centrais no sentido de equilibrar a crescente espiral de gastos com assistência médico-hospitalar nas empresas (CZERESNIA, 2003b).

A promoção da saúde em saúde suplementar é comumente usada em países da América do Norte que, comprovadamente, são eficazes na promoção da saúde e prevenção de doenças dos trabalhadores, gerando, conseqüentemente, uma redução significativa dos custos para as operadoras e as empresas contratantes. O caso do Canadá, país que possui vasta experiência nesse campo de atuação, é comumente citado como experiência mundial bem sucedida.

Algumas operadoras de saúde suplementar no Brasil já realizam programas de promoção da saúde com resultados positivos. Como exemplo, podemos citar a AMIL, com os programas Amil Qualidade de Vida e Total Care; a Unimed, com o Unibaby e a Goodlife com o Viva Bem. Algumas filiais de empresas norte-americanas

também desenvolvem programas de promoção da saúde em filiais brasileiras, como a Ford Motor Company, a Gessy Lever e a IBM, entre outras. Algumas empresas brasileiras, como a Petrobrás, também possuem programas com a mesma finalidade. Assim, percebe-se que esse é um conceito que vem crescendo também no Brasil e, com isso, abrindo um novo campo de atuação para o enfermeiro. Seu papel passa a ser essencial nesse novo processo, tendo em vista que em seu processo de formação desenvolve habilidade e capacidade em gerenciamento e promoção da saúde, cada vez mais reconhecidas e valorizadas pelo mercado de trabalho, tanto no setor público quanto privado.

No entanto, a avaliação da saúde pessoal, dos fatores de risco e a estimativa do risco de o trabalhador desenvolver uma doença crônica é um processo complexo, tendo em vista que, em uma população empresarial, existe, além dos fatores de risco ocupacionais no ambiente de trabalho aos quais estão expostos todos os trabalhadores, também os fatores sociais particulares de cada indivíduo.

No entanto, a cultura do atendimento por meio de consultas médicas, valoriza o tratamento medicamentoso que foi introjetado nos hábitos de vida como eficaz no combate a doenças. Além disso, há pouco conhecimento sobre as possibilidades de não ficar doente, ou seja, adotar ações de promoção e prevenção, evitando a doença. Há, portanto, uma cultura de que os serviços de saúde, em qualquer nível e local, são organizados, principalmente, para curar doenças. Essa crença generalizada traz algumas dificuldades para a implantação de programas de natureza preventiva, considerando que a população tem uma idéia introjetada do modelo medicamentoso e médico centrado.

A postura dos trabalhadores diante de uma avaliação que objetiva a promoção e a prevenção fica clara quando se observa, em algumas circunstâncias, a insatisfação dos trabalhadores ao sair de uma consulta de enfermagem na saúde suplementar sem requisição de exames ou prescrição de medicamentos. Parece haver um condicionamento de que o serviço existe para realizar tratamento de doenças e não para intervenções promotoras de saúde, as quais os trabalhadores julgam desnecessárias.

Para Paim, citado por Alves (2004), a abordagem de um “novo” modelo em uma empresa tradicionalmente centrada no modelo antigo de atenção à saúde, hegemônico e medicamentoso, agora com ações de promoção, prevenção e assistência, pode causar conflitos que interferem nas ações de promoção à saúde. Este modelo, resultante de uma combinação complementar e, ao mesmo tempo antagônica, do modelo médico assistencial privatista e do modelo assistencial “sanitarista”, dicotomiza assistência e prevenção.

Portanto, a tendência, nesta última década, é de uma mudança no perfil da saúde, com ações que priorizem a promoção da saúde e prevenção de doenças. Nesse sentido, a formação do enfermeiro tem valorizado esta área. Promover saúde, para o enfermeiro, é uma tentativa de diminuição da incidência de doenças típicas de países em desenvolvimento que ainda castigam a população brasileira, além da busca por controle dos fatores de risco de agravos do mundo moderno, como a hipertensão arterial, diabetes, obesidade, entre outros. Alcançar níveis de aceitação da população para estas ações de promoção é, na atualidade, um grande desafio para o enfermeiro e para os serviços de saúde no interior das empresas.

Para isso, o enfermeiro pauta-se na educação para a saúde, como um processo dialógico, formativo e transformativo, supondo uma transmissão e uma

aquisição de conhecimentos, além do desenvolvimento de competências, hábitos e valores que constituem o conteúdo da educação (GAZZINELLI et al, 2006). A educação em saúde supõe uma reprodução do saber e da cultura, além da produção de novos saberes e de novas expressões culturais. Porém, segundo Gazzinelli et al (2006), a dificuldade encontrada pelo enfermeiro nas ações de educação em saúde, pauta-se na permanência ainda do modelo hegemônico na prática profissional, que preconiza a adoção de novos comportamentos, como o parar de fumar, vacinar-se, ter melhor higiene, entre outros, e de estratégias coletivas, como a comunicação de massa, cabendo às pessoas, informadas sobre os riscos de adoecimento, a responsabilidade de adotar um novo estilo de vida mais saudável. No entanto, segundo Gazzinelli et al (2006, p.30),

*Desconsidera-se que no processo educativo lida-se com histórias de vida, um conjunto de crenças e valores, a própria subjetividade do sujeito que requer soluções sustentadas sócio-culturalmente. As soluções provenientes do exterior muitas vezes são incorporadas pelos “sujeitos” que passam a defender os interesses dominantes, como mais medicalização, convênios de saúde, construindo nova subordinação.*

As diretrizes da Educação para a saúde ainda definem Educação em saúde como “uma atividade planejada que objetiva criar condições para produzir as mudanças de comportamento desejadas em relação à saúde” (BRASIL, 1980). Portanto, subentende-se que a Educação em saúde tal como definida pelas diretrizes, tem como intenção nítida reforçar padrões de saúde concebidos pelo governo para a população (GAZZINELLI et al, 1996).

Nesse sentido, o conhecimento da atuação do enfermeiro em ações de promoção da saúde na saúde suplementar, segmento tradicionalmente voltado para ações curativas centradas no modelo biomédico, é relevante para a profissão,

considerando a possibilidade de ampliação dessa atuação e o aproveitamento de suas habilidades e conhecimentos na educação para a saúde e em programas dessa espécie. É importante ressaltar que esse campo que se abre para o enfermeiro está em consonância com as políticas de universalização da assistência e redução de quadros mórbidos que, além do desgaste pessoal, são onerosos para os serviços de saúde. Por outro lado, as habilidades do enfermeiro na promoção da saúde na saúde suplementar, especificamente na saúde do trabalhador e de seus familiares, se tornarão inócuas se não tiverem boa aceitação por parte dos usuários.

Assim, este estudo se justifica por buscar conhecer a aceitação dos trabalhadores quanto às ações de promoção da saúde realizadas por enfermeiros, que poderão auxiliar na elaboração de estratégias para a melhoria da qualidade de vida dos usuários e redução de custos assistenciais decorrentes das intervenções, em casos de adoecimento, evitando tratamentos onerosos, do ponto de vista financeiro, social e emocional.

Torna-se importante, também, abordar a percepção do trabalhador em relação à sua saúde, seus temores e expectativas, bem como em relação à mudança de enfoque do modelo individual médico centrado, para ações de promoção da saúde realizadas pelo enfermeiro. Essa percepção tem aplicação a curto prazo, se houver necessidade de revisão dos planos de ação na empresa em que o estudo é realizado. A médio prazo, pode ser utilizada para orientar planejamentos, focalizando as crenças e os valores dos trabalhadores relacionados às intervenções de saúde e dos profissionais necessários e adequados a cada tipo de intervenção, ampliando a compreensão dos usuários.

## 2- OBJETIVOS

**Os objetivos deste trabalho foram:**

- identificar a percepção dos trabalhadores associados a um plano de saúde suplementar em relação ao atendimento realizado por enfermeiras no próprio local de trabalho e extensivo às suas famílias, por meio de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças;
- conhecer a percepção dos trabalhadores associados a um plano de saúde suplementar a respeito das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

### 3- PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE SUPLEMENTAR

O termo promover, segundo Ferreira (1986), significa dar impulso, fomentar, originar, gerar. De acordo com Leavell e Clark (1976), promover saúde refere-se à adoção de medidas que não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais. As ações de promoção da saúde devem enfatizar a modificação das condições de vida e de trabalho.

A definição de promoção da saúde tem sido tema de discussão em várias conferências internacionais. Três importantes conferências internacionais sobre o tema, realizadas entre 1986 e 1991, em Otawa, em 1986, Adelaide em 1988 e Sundsvall em 1991, estabeleceram as bases conceituais e políticas contemporâneas da promoção da saúde (BUSS, 2004).

Um importante movimento que deu origem a discussões mais consistentes no âmbito da promoção da saúde originou-se no Canadá. O movimento canadense de promoção da saúde teve seu início na década de 70 do século passado, quando o então ministro da saúde canadense, Marc Lalonde, publicou, em 1974, um documento no qual introduzia a idéia de que uma abordagem estruturalista, ambiental e comportamental, com mudanças no estilo de vida, poderia resultar em significativa redução da morbimortalidade (SOUZA, 2004). A proposta da promoção da saúde, lançada pelo Relatório Lalonde, serviu de base para a ampliação dos serviços e ações comunitárias, por meio de uma medicina simplificada, mas socializada, propondo-se a combater os problemas de saúde da parcela mais pobre da população. Neste Plano, ressalta a melhor relação

custo-efetividade das intervenções sobre os estilos de vida e sobre o meio ambiente quando comparada à atenção curativa pelos serviços de saúde.

Segundo Becker (2001), Lalonde afirmava que, até aquele momento, a maioria dos esforços da sociedade para melhorar a saúde, e a maior parte dos gastos em saúde, se concentrava na organização do cuidado médico. Apesar disso, quando se identificavam as causas principais de adoecimento e morte, no Canadá, verificava-se que a sua origem estava nos três outros componentes do conceito de campo: a biologia humana, o meio ambiente e o estilo de vida. O modelo canadense de promoção da saúde tem como base a afirmação do social na determinação do processo saúde-doença, a busca da superação do modelo biomédico e o compromisso com a saúde como um direito da cidadania (CARVALHO, 2002).

Essa nova perspectiva desencadeou uma série de iniciativas pela Organização Mundial de saúde (OMS), como a declaração de Alma Ata, em 1977, enfatizando a atenção básica como recomendação chave e, em 1986, com a I Conferência Internacional em Promoção da Saúde, resultando na Carta de Ottawa.

Segundo Buss (2004), a Carta de Ottawa define promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle deste processo. Assume, ainda, que a equidade em saúde é um dos focos da promoção da saúde, cujas ações objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde da população e no acesso a recursos diversos para uma vida mais saudável (BUSS, 2004).

Após mais de quinze anos da divulgação da Carta de Ottawa, um dos documentos fundadores do movimento de promoção à saúde, o termo associa-se a um conjunto de valores relativos a vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia,

cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros (BUSS, 2004). Está diretamente ligado a um esforço da comunidade para alcançar políticas que melhorem as condições de saúde da população.

De acordo com Buss (2004), a Carta de Ottawa enfatiza que as ações comunitárias serão efetivas se for garantida a participação popular na direção dos assuntos de saúde, bem como o acesso total e contínuo à informação e às oportunidades de aprendizagem nesta área. O desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais favoráveis à saúde em todas as etapas da vida encontra-se entre os campos de ação da promoção à saúde. Para isso, é importante a educação para a saúde, seja ela no lar, na escola, no trabalho ou em qualquer espaço coletivo. E, ainda,

*A reorientação dos serviços de saúde na direção da concepção da promoção à saúde, além do provimento de serviços assistenciais, está entre as medidas preconizadas na Carta de Ottawa. A carta preconiza também uma visão abrangente e intersetorial, ao recomendar a abertura de canais entre o setor saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais. A percepção de que tais mudanças devem ser acompanhadas na formação dos profissionais de saúde também está presente na declaração resultante dessa conferência (BUSS, 2004. p.27).*

Portanto, a carta de Ottawa aponta questões muito amplas como condições e recursos fundamentais para a saúde, como paz, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.

Estratégias em prol de políticas públicas voltadas para a saúde, destacando-se ações para políticas públicas saudáveis, equidade, acesso e desenvolvimento social, além de acesso a bens e serviços promotores de saúde, foram recomendadas na Conferência de Adelaide, realizada em abril de 1988, que manteve a direção

estabelecida pela Carta de Ottawa na promoção da saúde (BRASIL, 2001). A terceira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Sundsvall, em 1991, reafirmou e clarificou a relevância e o significado da promoção da saúde. Com o tema Ambientes Favoráveis à Saúde, identificou muitos exemplos e abordagens para se criar ambientes favoráveis e promotores de saúde, que podem ser usados por políticos e governos, ativistas comunitários e outros setores da saúde e do meio ambiente. A Conferência reconheceu que todos têm um papel na criação de ambientes favoráveis e promotores de saúde (BRASIL, 2001).

A proposta de promoção da saúde concebe a saúde como produção social e, dessa forma, abrange um espaço de atuação que extrapola o setor saúde, apontando para uma articulação com o conjunto dos outros setores da gestão municipal e para o estímulo à participação social (BRASIL, 2001). Um dos eixos básicos do discurso da promoção da saúde é fortalecer a idéia de autonomia dos sujeitos e dos grupos sociais. Promover saúde alcança uma abrangência muito maior que o campo específico da saúde, incluindo o ambiente, atravessando a perspectiva local e global, além de incorporar elementos físicos, psicológicos e sociais (CZERESNIA, 2004).

Candeias (1997) define promoção da saúde como uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam atingir ações e condições de vida conducentes à saúde. Ele se refere a determinantes ambientais, sociais e de saúde que vão muito além do estudo do ambiente físico ou dos serviços médicos destinados à população. Segundo Buss (2004), partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, a promoção da saúde propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução. Segundo Souza (2004), a idéia de

promover saúde tem se tornado uma força vital no novo movimento de saúde pública, em que ela é concebida também como um fenômeno social que diz respeito à qualidade de vida e capital social.

Alguns autores têm definido promoção da saúde como um processo que se diferencia da prevenção em alguns aspectos básicos. No entanto, mesmo para profissionais da área, a diferença conceitual de prevenção de doenças e promoção de saúde ainda não está muito clara. Compreender esses conceitos, e especificamente a diferença entre eles, pode facilitar as ações desses profissionais na prática da promoção da saúde.

A promoção da saúde implica um processo abrangente e contínuo, que envolve prevenção, educação e a participação de diferentes setores da sociedade na elaboração de estratégias que permitam a efetividade da educação para a saúde (SOUZA, 2004). Assim, pode-se dizer que a promoção da saúde será mais efetiva se realizada coletivamente, tendo em vista que a educação para a saúde, fator essencial nas ações nesse sentido, visa à mudança de comportamento e à adoção de estilos de vida mais saudáveis. Por meio da promoção da saúde, grupos de indivíduos com risco comum para o desenvolvimento de agravos à saúde podem ser formados e esses riscos trabalhados de forma coletiva.

De acordo com Czeresnia (2005), há uma pequena diferença entre “prevenção” e “promoção” da saúde. Pequena porque as práticas em promoção, da mesma forma que as de prevenção, fazem uso do conhecimento científico. A promoção vem sendo entendida como um subproduto da prevenção, envolvendo condutas individuais, como alimentar-se bem, fazer exercícios físicos e não fumar, ou ações governamentais coletivas, como implantação de redes de saneamento básico, construção

de escolas, melhora de transportes coletivos, entre outros. Segundo a mesma autora, os projetos de promoção da saúde valem-se igualmente dos conceitos clássicos que orientam a produção do conhecimento específico em saúde-doença, transmissão e risco, cuja racionalidade é a mesma do discurso preventivo. Este é um fator que pode gerar certa confusão e, até, uma inexistência de diferenciação entre promoção e prevenção, mesmo porque os serviços de saúde não costumam exercer as duas práticas de forma clara, elas, geralmente, são exercidas conjuntamente,

*A idéia de promoção envolve a de fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde. Vai além de uma aplicação técnica e normativa, aceitando-se que não basta conhecer o funcionamento das doenças e encontrar mecanismos para seu controle. Essa concepção diz respeito ao fortalecimento da saúde por meio da construção de capacidade de escolha, bem como à utilização do conhecimento com o discernimento de atentar para as diferenças e singularidades dos acontecimentos (CZERESNIA, 2004. p.47-48).*

Para Lefevre e Cavalcante (2004), a promoção, para se diferenciar da prevenção, caracterizaria uma intervenção ou conjunto de intervenções que, diferentemente da prevenção, teria como horizonte ou meta ideal a eliminação permanente ou, pelo menos, duradoura da doença, porque buscaria atingir suas causas mais básicas e não apenas evitar que as doenças se manifestem nos indivíduos e nas coletividades de indivíduos. Os indivíduos e as coletividades precisam ser tratados das doenças e ser protegidos contra elas. A promoção da saúde, então, propõe que as doenças sejam minimizadas, eliminadas do meio ambiente, das cidades, enfim, do meio social. Assim, segundo Lefevre e Cavalcante (2004), com a promoção da saúde, os indivíduos ficariam sem doença não porque as doenças foram, por meio do tratamento,

afastadas deles ou porque, pela prevenção, as doenças foram impedidas de chegar até eles, mas porque foram, elas próprias, atacadas para serem erradicadas, eliminadas ou minimizadas.

Lefevre e Cavalcante (2004, p.38-40) esquematiza a diferença entre promoção e prevenção em dois grandes grupos: o primeiro referindo-se às estratégias curativa e preventiva de enfrentar a doença e obter a saúde, e o segundo referindo-se às estratégias da promoção da saúde, como colocado a seguir:

Estratégias curativas e preventivas:

- as doenças sempre existiram e sempre existirão;
- as doenças são estados alterados ou carenciais do organismo humano;
- os estados carenciais e desequilibrados do organismo humano devem ser enfrentados por profissionais de saúde;
- os profissionais de saúde devem enfrentar as doenças nos indivíduos ou evitar que essas doenças os atinjam, usando máquinas, produtos e serviços baseados na ciência e na tecnologia;
- com base em ensinamentos desses profissionais, os indivíduos leigos devem se comportar de modo a evitar a presença da doença em seus organismos;
- para ter saúde, reobter saúde e se proteger das doenças é preciso consumir produtos e serviços que ofereçam saúde e proteção contra as doenças.

Estratégias de promoção da saúde:

- as doenças sempre existiram e algumas, provavelmente, continuarão existindo para sempre;
- muitas doenças podem deixar de existir ou ter seus efeitos minimizados para sempre;
- muitas doenças são estados alterados ou carenciais do organismo humano que têm como causas evitáveis:, comportamentos inadequados e ou erros, desajustes, desequilíbrios na biologia do ser humano, no meio ambiente natural e no meio ambiente social onde esses indivíduos vivem;
- doenças podem ser enfrentadas pelos indivíduos com vistas à sua erradicação, com base em ensinamentos e informações técnicas, quando eles indivíduos adotam, voluntariamente, um estilo de vida saudável;
- doenças podem ser enfrentadas, com vistas à sua erradicação, por intervenções ou conjunto de intervenções de natureza médico-sanitária ou extra-sanitária, isto é, política, administrativa, gerencial, urbanística, educacional, informativa, etc. (tendo sempre, neste caso, o setor de saúde como indispensável retaguarda técnica, nos organismos humanos, no meio ambiente natural e no meio social, visando atingir as causas mais básicas das doenças).

A promoção da saúde busca modificar condições de vida para que sejam dignas e adequadas, e aponta para a transformação dos processos individuais de tomada de decisão para que sejam favoráveis à qualidade de vida e à saúde (Silveira, 2005). Por outro lado, a prevenção, segundo Silveira (2005), orienta-se mais em direção às ações

de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco ou fatores causais de grupos de enfermidades; seus focos são a doença e os mecanismos para atacá-la. A linha divisória que separa a prevenção da promoção apresenta maior precisão no conteúdo teórico que na prática. As práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças fazem uso do conhecimento técnico e científico da área da saúde, e os profissionais que a utilizam, geralmente, estão envolvidos com as duas, com ações simultâneas de promoção e prevenção.

Além da dificuldade em diferenciar ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, os profissionais da área de saúde estão, ainda, centrados em uma cultura curativa de atenção a saúde. De acordo com Torres (2002), o desenvolvimento da medicina no Brasil manteve a predominância de uma prática individual, com enfoque curativo dos problemas de saúde e as dicotomias teoria-prática, psíquico-orgânico e indivíduo-sociedade. Segundo Rizzotto (1999):

*A ênfase na medicina curativa teve sua origem em conceitos gerados na compreensão do “Normal e do Patológico”, em que a doença aparece como uma “alteração quantitativa, para mais ou para menos, dos fenômenos fisiológicos correspondentes” (p.44).*

De acordo, ainda, com Rizzotto (1999), a hegemonia da medicina, presente no campo da saúde, foi construída durante séculos, a partir de alguns processos que deram legitimidade e poder a essa ciência,

*Inicialmente isso se deu através da incorporação do saber popular sobre as doenças e as curas ao nascente saber médico. A introdução e consolidação da ótica positivista na medicina como método que possibilitava a produção objetiva e neutra do*

*conhecimento, reforçou a posição dominante já exercida por essa profissão no campo da saúde (RIZZOTTO, 1999, p.27).*

A medicina, que havia se apropriado com exclusividade da milenar arte de curar, foi se legitimando socialmente como a profissão que detinha o saber e o poder dessa cura, se firmando como a verdadeira ciência da saúde, e os médicos seus legítimos representantes. A estreita vinculação entre a concepção biologicista e o modelo biomédico prossegue até hoje, apesar de essa abordagem ter se mostrado inadequada para resolver inúmeros problemas de saúde, principalmente quando se trata de problemas de saúde pública (RIZZOTTO, 1999). As intervenções individualizadas, específicas, centradas no hospital e na medicina curativa desenvolveram uma progressiva especialidade médica que levou a medicina a ações de cunho predominantemente biológico. Assim, a lógica da medicina curativa manteve-se hegemônica até os dias atuais, com um aumento progressivo das tecnologias, encarecendo o sistema de saúde. Segundo Rizzotto (1999):

*Não se pode desconsiderar que as atividades humanas sempre foram mediadas pela tecnologia e que ela é necessária para o desenvolvimento da humanidade. O que parece crucial é a distorção que sofreu no campo da saúde, onde a tecnologia de ponta é vista como a melhor ou única alternativa para a melhoria da qualidade de saúde (p.43).*

Segundo Koifman (2001), a medicina atual é oscilante quanto à questão da doença e do sofrimento; o médico preocupa-se com o seu desempenho técnico e, em sua formação, recebe informações ambíguas sobre o que valorizar nas queixas dos pacientes. Em determinadas situações, a demanda do paciente se faz exclusivamente pelos exames complementares, o que acaba por onerar o tratamento. O mesmo autor

afirma que a influência da tecnologia, exercida sobre o exame físico, repercute na relação médico-paciente. Para Koifman (2001), a introdução da tecnologia na medicina se insere em um processo mais amplo. Parece não haver espaço, nessa estrutura, para as questões sociais, psicológicas e para as dimensões comportamentais das doenças. As doenças passam a ser resultado ou de um processo degenerativo dentro do corpo ou de agentes químicos, físicos ou biológicos que o invadem ou, ainda, da falha de algum mecanismo regulatório do organismo. Portanto,

*Partindo do princípio concernente a esse modelo, de que a saúde e a vida saudável emergirão automaticamente da ciência, os tratamentos médicos consistiriam em esforços para reestruturar o funcionamento normal do corpo, para interromper processos degenerativos, ou para destruir invasores (KOIFMAN, 2001. p.54).*

A abordagem reducionista do modelo biomédico não leva em conta os problemas que interferem direta ou indiretamente na saúde, como os fatores sociais, econômicos, do meio-ambiente, entre outros. A saúde envolve inúmeras variáveis relativas ao indivíduo e ao meio em que ele está interagindo, portanto, este enfoque reducionista de um modelo hegemônico precisa abrir espaço para uma abordagem mais ampla. Os movimentos de promoção da saúde não se opõem a esse modelo, mas procuram preencher uma lacuna e propõem uma abordagem em que a prevenção, o tratamento das doenças e a mudança de comportamento, proporcionem a melhora da qualidade de vida. Essa abordagem requer medidas de foro ambiental, econômico, sócio-cultural e legislativo para sua efetivação (SOUZA, 2004).

Esta prática médica reducionista contribuiu para a fragmentação do indivíduo, levando a um modelo médico centrado e hegemônico, que esteve sempre

muito presente nos usuários e prestadores de serviços no campo da saúde suplementar. Pagar um plano de saúde para usá-lo quando houver a necessidade de um tratamento médico é a visão que a maior parte da população possui sobre a saúde suplementar. O avanço tecnológico dos recursos disponíveis, tanto na propedêutica como na terapêutica, com custos cada vez mais elevados, projeta uma expectativa de inviabilização da prática médica pelas operadoras de planos de saúde.

A realidade médica brasileira tem, hoje, dois sistemas de atendimento à disposição da população: o sistema público, com a insuficiência de verbas ou subaproveitamento dos recursos disponíveis e o sistema privado, suplementar, calcado no modelo biomédico, curativo, baseado na doença e suas conseqüências. Segundo Miranda (2003), na área privada da saúde, as operadoras de saúde vivem uma situação que, com raras exceções, é quase falimentar. O modelo de assistência à saúde no Brasil está focado na doença e não na saúde, gerando custos altos, onerando os sistemas de saúde, tanto públicos quanto privados.

A definição de Plano Privado de Assistência à Saúde, também chamado de Saúde Suplementar, segundo a Lei nº 9.656/98, é a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais, a preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando à assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor (BRASIL, 1998).

No Brasil, o setor de saúde suplementar é formado por: empresas que operam os planos de saúde, prestadores de serviços de saúde, profissionais de saúde e usuários dos serviços que são vinculados às empresas que operam os planos (BRASIL, 2005a). Essas empresas são classificadas em administradoras, cooperativas médica e odontológica, odontologia de grupo, medicina de grupo, filantropia, de autogestão e seguradoras (MACERA; SAINTIVE, 2004). Segundo dados do IBGE, este mercado abrange mais de 38 milhões de usuários, ou cerca de 24,5% da população brasileira (IBGE, 2000). Como um quarto dos brasileiros tem acesso aos serviços de saúde por meio do setor de saúde suplementar, isso demonstra a importância que este setor assume, diminuindo a demanda por atendimento via Sistema Único de Saúde, desafogando a procura por serviços públicos de assistência à saúde.

O sistema de saúde suplementar é regulamentado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que foi criada pela lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. A ANS é um órgão do Ministério da Saúde de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde (BRASIL, 2005a). De acordo com Czeresnia (2003a),

*A finalidade institucional da ANS, segundo o artigo 3º da lei nº 9.961, é promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País (pág.12).*

Com este propósito, existem, atualmente, conjuntos de protocolos técnicos que determinam formas de atuação, tempo de permanência hospitalar, custo médio de despesas entre outros, que permitem estabelecer com segurança todos os procedimentos

médicos disponíveis para as mais diversas condições médico-cirúrgicas do universo médico-terapêutico e propedêutico. De modo geral, pode-se dizer, segundo Macera e Saintive (2004, p.06), que a regulação no campo de saúde suplementar atende a três objetivos principais, que são: a) a manutenção da estabilidade do mercado segurador, o que inclui a definição de padrões de entrada, operação e saída das empresas; b) regulação das relações paciente-seguradora/operadora-provedor, tendo em vista os problemas de assimetria de informações e c) maximização do bem-estar do consumidor, garantindo maior justiça e equidade no acesso aos serviços de assistência médico-hospitalar.

Uma atenção integral à saúde suplementar precisa garantir cobertura integral aos beneficiários dos planos de saúde, envolvendo ações de prevenção, controle e recuperação das doenças, assim como promoção da saúde. Nesse sentido, o incentivo a ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, no âmbito da saúde suplementar, corresponde à competência da ANS (CZERESNIA, 2003a). No entanto, a cultura biomédica e o desconhecimento dos usuários geram um uso indiscriminado dos serviços credenciados, seja consulta médica ou exames de baixa, média ou alta complexidade, causando gastos relevantes para as operadoras e refletindo de forma negativa para a sua estabilidade financeira. Devido a isso, a regulação das operadoras de planos de saúde realizada pela ANS impede o aumento excessivo do custo assistencial médico que acumula tecnologias.

Devido a isso, a ANS implantou uma resolução normativa, a RN 94, de 23 de março de 2005, que, baseada nas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças como alternativa para uma melhor qualidade de vida dos usuários de planos de saúde, aliada a uma utilização mais criteriosa dos órgãos credenciados, dispõe sobre os

critérios para o diferimento da cobertura com ativos garantidores da provisão de risco condicionada à adoção, pelas operadoras, de programas de promoção à saúde e prevenção de doenças de seus beneficiários (BRASIL, 2006). Assim, a ANS aumenta os prazos para a provisão de reserva técnica para as operadoras que implantarem programas de promoção da saúde. A reserva técnica é uma obrigatoriedade que as operadoras têm, de acordo com as normas da ANS, de prover uma reserva financeira de 50% de seu faturamento bruto, que garanta a assistência dos usuários na rede credenciada, em caso de falência da empresa que opera o plano de saúde. Portanto,

*A aproximação destes objetivos de melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida dos segurados e de redução dos gastos com assistência médica de alto custo seria um desafio para a ação regulatória do estado com a intenção de gerar eficiência, responsabilidade e qualidade da atenção à saúde. O desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças no mercado poderia ser um campo propício ao estabelecimento de estratégias cooperativas com os agentes privados do setor saúde, harmonizando as metas de regulação com orientações de eficiência (CZERESNIA, 2003a, p.13).*

Para Czeresnia (2003a), duas perspectivas apresentadas no discurso da promoção da saúde e prevenção de doenças, que são a melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida e a conseqüente redução dos gastos com assistência médica de alto custo, são um estímulo ao desenvolvimento de programas com este enfoque, que convergem em benefícios de interesse público e do mercado. Nesse sentido, os programas de promoção da saúde, na saúde suplementar, visam preencher uma lacuna existente neste setor e propõem uma abordagem em que a prevenção, o tratamento das doenças e a mudança de comportamento proporcionem a melhoria da qualidade de vida

e a conseqüente redução de custos para as operadoras de planos, seguindo uma tendência mundial de promoção da saúde e prevenção de doenças.

#### 4- CAMINHO METODOLOGICO

Optou-se pela realização de um estudo de caso descritivo de natureza qualitativa, o qual permite um maior aprofundamento do objeto pesquisado com maior flexibilidade na condução da pesquisa. Segundo Yin (2005), o estudo de caso é preferido quando o tipo de questão de pesquisa é da forma “como” e “por que”; quando o controle que o investigador tem sobre os eventos é muito reduzido ou quando o foco temporal está em fenômenos contemporâneos, dentro do contexto de vida real. Portanto, a opção pelo estudo de caso facilitou a realização da pesquisa, que visava entender um fenômeno social complexo e relativamente novo na saúde suplementar.

Segundo Minayo (1996), qualquer pesquisa social que pretenda um aprofundamento maior da realidade não pode ficar restrita ao referencial apenas quantitativo. Quando se trabalha com fenômenos sociais, trabalham-se significações, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores. Para a autora, esse conjunto de dados qualitativos necessita de um referencial de coleta e de interpretação de outra natureza.

Nos estudos qualitativos em geral, e no estudo de caso em particular, o ideal é que a análise esteja presente durante os vários estágios da pesquisa, pelo confronto dos dados com questões e proposições orientadoras do estudo. Nesse sentido,

*Basear-se em proposições teóricas – referencial teórico – é a forma mais comum para se analisar as evidências de um caso. As proposições podem fornecer a orientação teórica que direcionará a análise do estudo. Isso ajuda a focalizar a atenção sobre certos dados e a ignorar outros, além de auxiliar a organizar o estudo como um todo e a definir explicações alternativas a serem examinadas – perguntas do tipo “como?” e “por quê?” podem ser úteis para direcionar a análise do estudo de caso (Yin, 2005, p.4),*

A coleta de dados foi feita por meio de entrevistas realizadas com dez trabalhadores de duas empresas, nas quais foi implantado um programa de promoção da saúde pela operadora da qual são clientes. A escolha das empresas se deu pela implantação recente deste programa e pelo fato de as ações serem realizadas por enfermeiras. A abordagem dos trabalhadores para participar do programa de saúde foi feita em conjunto com o departamento de recursos humanos da empresa, que cooperou na identificação dos trabalhadores, de acordo com seu potencial de risco para o desenvolvimento de agravos à saúde, além das informações que o sistema operacional da operadora disponibiliza da procura pela rede credenciada pelos trabalhadores e o uso dos serviços pelos mesmos, sendo um critério de seleção para participar das ações de promoção aquele trabalhador que usou o plano de saúde por várias vezes, ou está “perdido” na rede credenciada, sem um médico referência. Esses trabalhadores foram convidados e aceitaram participar do programa, passando, então, por freqüentes avaliações da enfermeira, seguidas de orientações para a saúde, visando o autocuidado e a melhoria da qualidade de vida, por meio de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Uma das empresas participantes é uma multinacional, produtora de peças automotivas, que possui cerca de 250 funcionários, cuja maior parte dos trabalhadores do sexo masculino. O ambiente de trabalho é estressante, com produção em série e atividades que levam a movimentos repetitivos, além do alto nível de ruído. A outra empresa é uma transportadora que presta serviço a uma montadora de veículos, na qual também há predomínio de trabalhadores do sexo masculino, com funções sedentárias e carga horária elevada, além de um alto nível de estresse. Em ambas as empresas, as ações de promoção da saúde são realizadas por enfermeiras, com foco individual e

coletivo, estendendo a assistência aos familiares, também beneficiários do plano de saúde. Os familiares, por uma questão operacional, não fizeram parte da pesquisa.

Os sujeitos da pesquisa foram trabalhadores antes habituados somente às rotinas dos programas de saúde do trabalhador, com uma assistência médica individualizada, centrada em consultas médicas e que usavam o plano de saúde que a empresa disponibiliza somente em casos agudos de doenças. Ao se inserirem no programa de promoção da saúde, passaram por avaliações das enfermeiras que buscam intervenções coletivas e individuais para o trabalhador e sua família. As ações individuais realizadas nas empresas se dá por meio de consultas de enfermagem, com base na educação para a saúde e monitorização das ações, e as intervenções coletivas através de palestras e cursos. As intervenções aos familiares dos trabalhadores, também beneficiários do plano de saúde, são realizadas no próprio domicílio.

Foram realizadas duas entrevistas de pré-teste com trabalhadores do plano de saúde para ajuste e validação do roteiro de entrevistas. Em seguida foram realizadas entrevistas com os dez trabalhadores que aceitaram participar da pesquisa e os critérios de inclusão no estudo foram: estarem no programa há, pelo menos, seis meses, serem atendidos e acompanhados por enfermeiras e submetidos a intervenções coletivas ou individuais de promoção da saúde. A amostra foi definida obedecendo-se ao critério de saturação, ou seja, encerraram-se as entrevistas quando nenhuma informação nova estava sendo acrescentada. As entrevistas seguiram um roteiro e foram realizadas em local reservado. Solicitou-se autorização para gravação e todos concordaram em assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, no qual explicita-se a garantia de sigilo das informações. Posteriormente, as entrevistas gravadas foram transcritas na íntegra e iniciada a análise. O termo de consentimento livre e esclarecido assinado obedece à

Resolução 196/96, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMG, sob o número CAAE-0003.0.203.000-06.

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo que, de acordo com Minayo (1996), é a expressão mais comumente usada para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa. Segundo Bardin (1977, p.42), a análise de conteúdo pode ser definida como:

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

Para Minayo (1996), a análise de conteúdo parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado, que ultrapassa os significados manifestos. A autora afirma que a análise deve articular a superfície dos textos descrita e analisada com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem. No processo de análise, o conteúdo das entrevistas, agrupado por unidades temáticas, passou a constituir as categorias centrais.

No processo de análise, emergiram as categorias: 1) o papel do enfermeiro na promoção da saúde; 2) a percepção dos trabalhadores sobre as ações de promoção no ambiente de trabalho, que se subdividiu nas subcategorias ações de promoção da saúde como controle de doenças e o sentimento diante dos cuidados de si próprios e da família e 3) a abordagem inovadora de atenção à saúde.

## 5- APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Visando compreender as expressões dos entrevistados sobre ações de promoção da saúde realizadas por enfermeiras, torna-se importante uma breve caracterização dos entrevistados. Esta caracterização é relevante, tendo em vista que a maneira de pensar um determinado fenômeno guarda estreita relação com as características pessoais e modos de viver de um determinado grupo.

TABELA I

Características dos entrevistados, Belo Horizonte, 2006

ENTREVISTADO	IDADE	SEXO	FUNÇÃO	ESTADO CIVIL	Nº FILHOS
E1	27	M	Auxiliar de almoxarife	Casado	01
E2	55	M	Eletricista	Casado	04
E3	53	F	Operadora de máquina	Casada	02
E4	50	M	Técnico operacional	Casado	03
E5	30	F	Telefonista	Solteira	01
E6	35	M	Motorista	Casado	0
E7	53	M	Motorista	Casado	03
E8	37	M	Encarregado de contabilidade	Casado	01
E9	67	M	Supervisor de recebimento	Casado	02
E10	34	M	Soldador	Casado	05

Fonte: Entrevistas

Os dados do Tabela 1 mostram que, dos dez entrevistados, somente um não é casado, e nove têm filhos. A grande maioria é do sexo masculino e a faixa etária compreendida entre 27 e 67 anos. Todos são trabalhadores formais, assalariados, que têm baixa remuneração, ocupam cargos de menor privilégio na empresa, mas de grande

relevância para o processo de produção, e dependem do emprego para o sustento da família. Esses trabalhadores demonstraram, no momento da entrevista, as dificuldades que encontram em seu dia a dia em relação às condições sócio-econômico-culturais em que estão inseridos. Dificuldades com moradia, educação, longas jornadas de trabalho, pouco tempo de convívio com a família, enfim, demonstraram angústias que são comuns entre eles e que influenciam sua capacidade de lidar com o cuidado e desenvolvimento de agravos à saúde.

As entrevistas foram categorizadas após a análise de conteúdo. Segundo Bardin (1977, p.117), a categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero, com os critérios previamente definidos. A seguir são apresentadas as categorias encontradas na análise das entrevistas:

### **5.1- CATEGORIA 1: O papel do enfermeiro na promoção da saúde**

O enfermeiro que atua no âmbito da promoção da saúde preocupa-se, essencialmente, em proteger e promover a saúde dos indivíduos. Depara-se, a todo o momento, com a necessidade de desenvolver continuamente atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças, como, por exemplo, a educação para a saúde, que é uma atividade essencial para a promoção. Contudo, promover e proteger a saúde de cada cidadão e da comunidade não são tarefas fáceis, pois não dependem exclusivamente do trabalho dos profissionais de saúde, mas também de outros fatores, como estilo de vida, fatores sociais, econômicos, culturais e psicológicos. Nesse contexto, a saúde está

implícita em todos os aspectos da vida humana e é resultado do equilíbrio entre o indivíduo e seu meio.

Na categoria ‘o papel do enfermeiro na promoção da saúde’ foi possível identificar a percepção dos trabalhadores, segundo a qual as ações do enfermeiro convergem para fiscalização, cobrança, ajuda psicológica e estímulo ao autocuidado, embora alguns tenham relatado desconhecer o trabalho do enfermeiro. A cobrança é explicitada nas falas a seguir:

*...eu acho que eu vindo aqui com elas, elas vão me dar a garantia de que o que eu fiz... fiscal, né? Fala que você está fazendo não tá valendo não, puxa a orelha, aí a gente vai e faz (E2).*

*...os puxões de orelha... fez com que eu ficasse mais atento, desse mais atenção a saúde...(E4).*

Os entrevistados mostram que foram orientados sobre o que fazer, mas, como ainda não incorporaram as ações em seu cotidiano, necessitam do monitoramento do enfermeiro. Como se trata de um processo educativo, que envolve mudança de comportamento dos trabalhadores em relação à sua saúde, o enfermeiro necessita desenvolver habilidades para conduzir o processo. A repetição das orientações deve ser vista como natural, assim como o monitoramento. A atividade educativa está inserida no contexto do cuidado de enfermagem. Para Freire (1993), é necessário que a educação permita que o homem chegue a ser sujeito, construir-se como pessoa, tendo a possibilidade de transformar sua história e a educação deve levar o sujeito a refletir sobre seu meio, levando-o a tomar consciência de sua realidade para mudá-la. De

acordo com este mesmo autor, o homem, na sua relação com o meio, tem capacidade de decidir e intervir sobre este. O enfermeiro, consciente de seu papel como educador, necessita usar o processo de repetição das orientações, que é visto pelo entrevistado como cobrança e fiscalização, para atingir o objetivo do autocuidado.

O enfermeiro orienta, ensina, indica os caminhos do cuidado à saúde, permitindo ao sujeito cuidar de sua própria saúde, em vez de delegar o cuidado aos profissionais de saúde. Ele deve estar sempre atento à integralidade de suas ações como promotor da saúde e estimulador de ações de autocuidado e, para isso, o monitoramento das ações é parte da rotina do serviço, como fica claro na fala abaixo:

*...toda vez que elas vêm, elas falam comigo: está tomando o remédio direitinho. Assim, elas estão sempre me puxando pro meu lado, porque, às vezes, a gente, que é mãe, a gente se esquece da gente, e cuida do filho, cuida do marido e esquece da gente (E3).*

Este depoimento também evidencia os múltiplos papéis que a mulher ocupa na sociedade. Além do trabalho fora de casa, relata o seu papel de cuidadora no âmbito doméstico, onde cuida dos filhos e do marido, esquecendo-se de cuidar de si própria. O enfermeiro deve estar atento a essas questões, fazendo com que os trabalhadores se lembrem que as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças necessitam ser incorporadas como ações cotidianas. Segundo Freire (1993), toda ação educativa deve ser planejada por meio de reflexão sobre o homem e sua realidade. O enfermeiro necessita conhecer a realidade do sujeito antes de planejar as ações educativas, caso contrário, corre o risco de suas orientações não serem seguidas e seu objetivo, no âmbito da promoção da saúde, não ser atingido.

As ações de promoção da saúde e prevenção de doenças realizadas pelo enfermeiro estão se tornando uma realidade cada vez mais presente, seja no atendimento domiciliar, em empresas públicas e privadas e em outras instituições, deixando transparecer as mudanças que têm dado um novo significado ao papel do profissional. Muitas vezes, na promoção da saúde, a capacidade de escuta e as condutas de orientação do enfermeiro levam o indivíduo a uma percepção de que estão recebendo ajuda psicológica, como evidenciado a seguir:

*...Eu acho que a gente conversar com o enfermeiro é bem mais aconselhável do que conversar com outra pessoa que, às vezes, não entende o nosso padrão... (E8).*

*Agora já vai regularizando, né? Até a conversa que a gente tem com a pessoa, a gente vai soltando os problemas da gente, apesar que ela não tem nada a ver com isso, e a gente fica só enchendo a cabeça delas. Mas é bom você, não é?, você soltar com uma pessoa assim, que eu sei que não vai comentar nada com ninguém. Então, eu conto pra elas as minhas coisas, eu sei que ali eu posso confiar (E3).*

*Eu senti mais liberdade pra abrir, não sei por que, mas eu tive mais liberdade pra abrir, colocar os pontos de dúvidas que eu tinha, e..., até mesmo, abrir minha relação de casamento de todos os pontos, os problemas que eu estava tendo. Então, foi uma espécie de um psicólogo que eu estava abrindo... (E1).*

De acordo com os entrevistados, o enfermeiro é um profissional com o qual é mais “aconselhável” falar de sua vida e de seus problemas, pois ele tem a capacidade de entender suas subjetividades, sua maneira de viver. Eles relatam confiança no profissional e liberdade para se abrir e, portanto, uma possibilidade de falar de suas questões mais íntimas, esclarecer dúvidas ou simplesmente falar. Essa parece uma

conquista importante do enfermeiro em relação a outros profissionais de saúde, ou seja, a possibilidade de fazer uma escuta qualificada e favorecer a formação de vínculo usuário-profissional. O enfermeiro é capaz de entender todos os gestos, expressões, posturas, olhares, às vezes muito mais pronunciados do que a própria fala. A qualidade das relações interpessoais nas estruturas de saúde depende de voltar a atenção ao não verbal e prestar mais atenção às pessoas de forma inteira (SILVA, 1998). É preciso aprender a estar com as pessoas e a prestar mais atenção nelas, a escuta é importante para o desenvolvimento do trabalho do enfermeiro, e a capacidade de comunicação exerce influência direta sobre os indivíduos, tornando possível a manifestação e a exteriorização do que se passa na vida interior (L. FILHO *et al.*, 1997).

Assim, a postura do enfermeiro, associada à confiança do trabalhador, parece-nos um elemento facilitador da implementação de programas e ações de promoção da saúde.

A percepção de ajuda psicológica se estende para além dos problemas de saúde do trabalhador, incluindo os conflitos que existem com seus familiares mais próximos que, na realidade, fazem parte de sua vida e sua compreensão é essencial para a melhoria da qualidade de vida, como verificado abaixo:

*Muito interessante ajuda psicológica, atendimento pra gente se abrir com elas, ter tempo e... colocar a família da gente no meio, abrir todos os campos (E1).*

Essa percepção de ajuda psicológica, por parte do enfermeiro, contribui para desenvolver uma confiança do trabalhador no profissional, facilitando o processo de

orientação para o autocuidado, considerando que a confiança é uma base importante para a formação de vínculo.

A orientação é reconhecida e seguida pelos entrevistados, quando os problemas extrapolam a esfera de atuação do enfermeiro, como no caso de conflitos familiares. Mas, o papel do enfermeiro no incentivo ao autocuidado é percebido pelos trabalhadores, que seguem suas recomendações, reafirmando confiança no profissional que passa a ter mais possibilidade de intervir na realidade de saúde do trabalhador.

*...por exemplo, remédio pra pressão... elas, por exemplo, fizeram aquela rotina. Duas vezes por semana tinha que estar aqui, medindo minha pressão...Fez com que eu me conscientizasse mais...(E4).*

*... eu não sabia que eu tinha hipoglicemia quando eu fui atendida, quando eu comecei a passar muito mal, e a enfermeira desconfiou e eu fui ao médico... (E5).*

*... me incentivou a procurar um médico, né? que eu não tava procurando (E7).*

As falas evidenciam que havia problemas de saúde que, antes da atuação do enfermeiro, não tinham sido diagnosticados ou não recebiam, a devida importância, do ponto de vista curativo e muito menos no âmbito da promoção e da prevenção. As orientações que são transmitidas ao trabalhador geram a procura por médicos para diagnóstico e tratamento, e um seguimento por parte da equipe de saúde, levando ao autocuidado.

De acordo com a Conferencia Internacional de Promoção da Saúde de Santafé de Bogotá (BRASIL, 2001), promover saúde é impulsionar a cultura da saúde, modificando valores, crenças, atitudes e relações que permitam chegar tanto à produção

quanto ao usufruto de bens e oportunidades para facilitar opções saudáveis. A promoção da saúde do trabalhador visa o autocuidado, mas, para isso, é necessário que ele crie a cultura de cuidar de sua própria saúde.

A essência profissional do enfermeiro está no cuidar, mas suas atribuições vão além de cuidados restritos ao paciente no leito. Porém, uma boa parte da população reconhece o papel do enfermeiro atribuído ao cuidar, principalmente no âmbito hospitalar, desconhecendo seu papel como sujeito que promove saúde. As falas a seguir expressam essa percepção:

*...é muito relativo, né?...evidente, se fosse uma coisa mais, né? Pressão é grave, claro, mas eu não levei, assim, a questão de não ser um médico, ser uma enfermeira... (E4).*

*...e sim elas dando um auxílio pra gente ou caso elas não tenham condições de dar um diagnóstico... uma indicação pra um local com especialista...(E6).*

O fato de não ser atendido por um médico e sim por uma enfermeira deixa claro o valor social das profissões, a forte influência do modelo biomédico pautado na doença e, ainda, o limite do trabalho do enfermeiro. Para Rizzotto (1999), a hegemonia da medicina foi construída durante séculos, a partir da incorporação do saber popular sobre as doenças e as curas pelo saber médico. Segundo a autora, a medicina se apropriou com exclusividade da milenar arte de curar e foi se legitimando socialmente como a profissão que detinha o saber e o poder da cura. Os entrevistados percebem o enfermeiro como um profissional capaz de mostrar um caminho para o tratamento, com indicação de médicos especialistas. Reconhecem a importância do atendimento, mas como um primeiro passo para a busca por tratamento médico; não têm conhecimento de

que os enfermeiros são profissionais articuladores das equipes de saúde que promovem a interação com os demais profissionais da área, conquistando visão ampliada das ações, sejam elas em instituições hospitalares, em centros de saúde ou em espaços menos tradicionais, como órgãos públicos, onde atuam na formulação de políticas de saúde ou em empresas privadas, nas quais trabalham focalizando a saúde dos trabalhadores.

Torna-se importante ressaltar que os enfermeiros recebem, em sua formação acadêmica, fundamentação teórica e prática voltada para as mais diversas áreas de atuação. Porém, percebe-se que há um desconhecimento do processo de formação do enfermeiro, por parte dos sujeitos da pesquisa:

*Enfermeira, enfermeiro seria o quê? O auxiliar de médico, acho que tem esse suporte também pra clínica, mas acho que seria mais ideal o médico (E2).*

*Assim, porque ela não é formada, né? Igual os outros médico é, então, elas pode adiantar aí pra gente (E7).*

*Enfermeira também precisa dum suporte médico, né? Ela sozinha, ela precisa estudar, só com médicos, né? no início do curso pra vocês. Não?(E2).*

Para os entrevistados, a enfermeira não tem estudo suficiente para atuar de forma autônoma, respeitando os limites das profissões e sua formação é suficiente para agir sempre dependendo do médico. Demonstram, ainda, a visão tradicional de que enfermeira é ajudante de médico, que não pode agir de forma independente e que sua atuação está pautada no cumprimento de ordens médicas. Segundo Rizzotto (1999), a medicina se firmou, ao longo da história, como a verdadeira ciência da saúde, e os médicos os seus legítimos representantes. As outras profissões que compõem a equipe de saúde se tornariam auxiliares no processo de tratamento e cura, considerando que os

médicos são responsáveis por elas, dominam o saber e têm o poder de definir as diretrizes e o trabalho em saúde.

Em relação à enfermagem, essa visão biomédica pode ser explicada pela história da profissão no Brasil, que foi voltada para o sistema hospitalocêntrico, e subordinada à visão curativa da medicina. De acordo com Rizzotto (1999), na origem do ensino de enfermagem no Brasil, na escola Anna Nery, mais de 60% das disciplinas teóricas eram dadas por médicos, reforçando, portanto, o modelo biomédico.

As falas evidenciam o desconhecimento não só da formação do enfermeiro, mas também da amplitude de sua atuação. Barbosa *et al.* (2004) afirmam que a atuação da enfermagem no contexto brasileiro acontece, na maioria das vezes, sem que as pessoas percebam o que realmente esses profissionais desenvolvem e qual é o seu potencial para implantação, manutenção e desenvolvimento de políticas de saúde, tanto em âmbito curativo quanto preventivo. A enfermagem tem sido eixo importante, senão o principal, na implementação de políticas de saúde que tenham como objetivo uma assistência de qualidade.

O modelo biomédico de atenção à saúde continua fortemente presente entre os trabalhadores, que procuram assistência médica quando há o adoecimento. No Brasil, o trabalho médico curativo sempre foi quantitativamente superior à atenção primária. A estreita vinculação entre a concepção biologicista e o modelo biomédico prossegue até hoje, apesar de essa abordagem ter se mostrado inadequada para resolver inúmeros problemas de saúde, principalmente quando se tratam de problemas de saúde pública (RIZZOTTO, 1999). Isso fica explicitado na fala abaixo:

*Mas, no caso de alguma doença, assim, aí, lógico, tem que ser o médico, né? (E2).*

Dimensionar o âmbito de atuação das diversas categorias parece difícil para o entrevistado. Nem toda doença necessita de médico, embora a visão corrente seja a de que o médico resolve todos os casos de doenças. Há, portanto, uma hierarquia, em cujo topo está o médico, podendo o enfermeiro ser responsável por coisas mais simples.

O desconhecimento do papel do enfermeiro na promoção da saúde, aliado à cultura do modelo biomédico, gera certo desconforto no trabalhador, ao ser atendido por um enfermeiro. O trabalhador espera pela consulta médica, pelo pedido de exame, pela prescrição de medicamentos e, quando se vê diante de um atendimento com ações voltadas para a promoção da saúde feita por enfermeira, se sente constrangido, como é percebido nas falas dos entrevistados:

*A questão desse acompanhamento, mesmo por ser enfermeiro, né?, poderia, no caso, porque não é médico, exatamente um médico, é, não sei, eu acho que, por ser enfermeiro, é fácil, né? Se o plano tiver possibilidade de estar colocando um médico e uma enfermeira pra ta fazendo esses acompanhamentos, melhor, é lógico... (E4).*

*De certa forma a gente se sente constrangido, né? Porque a gente tem, geralmente, a gente é atendido por um médico... (E8).*

As falas reforçam, novamente, o papel subalterno do enfermeiro. Os entrevistados se sentem constrangidos, diminuídos por serem atendidos por uma enfermeira e explicitam o desejo da presença do médico como garantia de qualidade da atenção. No âmbito da promoção da saúde, o enfermeiro ocupa espaço fundamental,

pois é capaz de reconhecer os problemas, as situações de saúde/doença e de intervir neles, como promotor da saúde integral do ser humano. Mais uma vez, a cultura do modelo biomédico dificulta a percepção do trabalhador quanto à importância do papel do enfermeiro na promoção da saúde.

Nesse sentido, de acordo com Rizzotto (1999, p.42), “a medicalização da sociedade levou a uma restrição da autonomia das pessoas para se autocuidarem, a tal ponto que praticamente qualquer ousadia em tratar os problemas de saúde sem a orientação médica é condenada.” Além do constrangimento de serem acompanhados por uma enfermeira, os entrevistados sentem que o plano de saúde está fazendo economia em não colocar um médico para fazer os atendimentos, o que não deixa de ser verdade, assim como o é o fato do enfermeiro ser um profissional mais adequado para as ações de promoção da saúde. Para Barbosa *et al.* (2004), o enfermeiro tem uma posição privilegiada porque confere unidade ao processo de trabalho e integra as ações da enfermagem às ações dos demais profissionais.

As percepções explicitadas mostram que os trabalhadores ainda desconhecem o real papel do enfermeiro nas ações promotoras da saúde e valorizam o modelo centrado na figura do médico e a cultura curativista dominante. Os trabalhadores desconhecem a formação do enfermeiro como agente não só fiscalizador das ações de saúde, mas como um importante sujeito na promoção da saúde e prevenção de doenças. Há, ainda, um longo caminho a percorrer até a consolidação das políticas de saúde do país, pois implica em processos educativos e mudança de comportamento da população e dos profissionais.

## **5.2- CATEGORIA 2: Percepção dos trabalhadores sobre ações de promoção da saúde no ambiente de trabalho**

A segunda categoria aborda a percepção dos trabalhadores sobre as ações de promoção da saúde no ambiente de trabalho. A categoria foi dividida em duas subcategorias, a primeira abordando as ações de promoção da saúde como controle das doenças e a segunda, a percepção dos trabalhadores diante dos cuidados de si próprios e da família.

### **5.2.1- SUBCATEGORIA: Ações de promoção da saúde como controle das doenças**

Na primeira subcategoria, foi analisada a percepção dos trabalhadores quanto ao monitoramento, ao alerta e ao controle das ações de saúde em seu ambiente de trabalho, como fica explícito nas falas abaixo,

*Os puxões de orelha, você ta entendendo, fez com que eu ficasse mais atento, desse mais atenção à saúde. Eu, por exemplo, ah, remédio pra pressão, remédio pra pressão que nada. Elas, por exemplo, fizeram aquela rotina (E4).*

*A importância, pra mim, eu acho que é mais puxão de orelha mesmo, né? Que a gente desvia mesmo, não tem jeito. Eu acho que dificilmente, se eu encontrar uma pessoa que segue ali na risca dieta. Então, os puxões de orelha, pra poder jogar a gente de novo na linha (E2).*

*...falaram que pra eu cuidar, tal e coisa, tira a pressão, pressão tava um pouco alta, não sei o quê, tem que ter mais cuidado, mas, a gente esquece da saúde (E9).*

Os “puxões de orelha” tão freqüentes nas falas se referem ao papel do enfermeiro de orientar repetidas vezes sobre o autocuidado e sobre o seguimento das orientações. O entrevistado sabe que necessita do medicamento, mas o seu uso só se torna rotina a partir das várias abordagens que a enfermeira faz em seu local de trabalho, tomando como base a educação para a saúde, que considera o ser humano sujeito da construção de sua autonomia, na busca de bem estar, como melhoria da qualidade de vida (MERHY e ONOCKO, 1997). O entrevistado sabe da importância do autocuidado para uma melhor qualidade de vida e reconhece que nem sempre segue as orientações que recebe. Portanto, afirma que as constantes abordagens são importantes, pois direcionam para o cuidado com a sua própria saúde.

Reconhecer-se como o principal responsável por sua saúde é um passo importante para levar ao autocuidado, como explicitado pelo seguinte entrevistado:

*Apesar de que o primeiro a preocupar com minha saúde tem que ser eu realmente, né? Mas, aí, o pessoal realmente cobrou, procurou orientar também nesse sentido (E8).*

O trabalho cotidiano do enfermeiro é importante no que diz respeito ao reconhecimento, por parte do trabalhador de que é responsável por sua saúde, embora seja um processo lento. Os trabalhadores reconhecem a importância de se preocupar em preservar uma boa saúde e colocam que, durante o atendimento, a enfermeira se preocupou em orientá-los quanto aos comportamentos necessários. Ter uma boa saúde como objetivo é um passo importante para cuidar dela e, parece-nos, que os trabalhadores vêm incorporando esse valor,

*O importante é essa cobrança e a minha saúde em si que é o objetivo maior, e cuidar dela. Porque, hoje em dia, do jeito que ta aí, a gente já vai chegando numa certa idade e tem que realmente cuidar mesmo, principalmente na parte arterial, na parte de pressão alta, hipertensão (E8).*

A promoção da saúde ainda está relacionada ao controle de doença já instalada, o que nos remete à importância do controle de doenças e não dos riscos de adoecer. Percebe-se também que, à medida que se envelhece, aumentam os riscos de desenvolver agravos que podem levar a complicações e seqüelas com conseqüente diminuição da capacidade produtiva e da qualidade de vida. Os trabalhadores reconhecem essa fragilidade do corpo humano e demonstram a preocupação em se cuidarem, principalmente no aspecto cardiovascular, atribuindo às ações de orientação da enfermeira na promoção da saúde, um sentido de monitoramento permanente. Segundo Czeresnia (2003a), ao longo das duas ou três últimas décadas, conseguiu-se demonstrar que a grande maioria dos problemas de saúde que afeta a população é, na maioria das vezes, passível de prevenção e, ainda, que vem ocorrendo significativa diminuição de mortalidade por doenças coronarianas e cerebrovasculares, como evidências desta afirmação.

O ritmo acelerado de trabalho e o excesso de carga horária são grandes vilões no combate às doenças, pois os trabalhadores, ao se dedicarem por muitas horas ao trabalho, cuidam menos da saúde, como é colocado pelo entrevistado,

*Teve importância sim, no aspecto de cobrança de, às vezes, a gente descuida um pouco em relação à saúde. Porque a gente ta acostumado no ritmo de trabalho hoje, que é bem acelerado, né? (E8).*

Percebe-se que a intensificação do trabalho é um fator que exige esforços maiores da enfermeira em estar repetindo orientações e cobrando resultados dos cuidados com a saúde por parte dos trabalhadores. Assim, o ritmo de trabalho acelerado, o excesso de horas extras e a cobrança das empresas por produtividade podem levar o trabalhador a se esquecer de cuidar de sua saúde ou não cuidar dela por passar a maior parte de seu tempo absorvido pelo trabalho. Nesse sentido, programas de promoção da saúde desenvolvidos na empresa por planos de saúde aumentam as possibilidades dos trabalhadores de se cuidarem e terem uma melhor qualidade de vida no trabalho (CZERESNIA, 2003a).

Os trabalhadores percebem que o atendimento do enfermeiro conduz à identificação da necessidade do cuidado à saúde, pois, além da repetição das orientações e do monitoramento contínuo, cria estratégias para o controle das doenças.

*O importante, me incentivou a procurar um médico, né?, que eu não tava procurando (E7).*

*Ajudam, ajudam muito, porque eu parei de passar mal, entendeu? As meninas me deram as orientações, eu sigo corretamente a alimentação (E5).*

*De uns tempos pra cá eu melhorei demais. Não sei se porque, assim, a gente pensa que a gente vai ter uma outra entrevista com elas, a gente quer mostrar que a gente melhorou, a gente quer mostrar que a gente tá, né? Então, eu to sentindo assim, sabe?, eu acho muito legal (E3).*

Destaca-se, nos relatos, a necessidade de orientações simples e convincentes que criam a necessidade, nos trabalhadores, de mostrarem resultados positivos para o

enfermeiro. A vigilância parece exercer grande importância no controle de doenças entre eles.

A promoção da saúde acontece por meio da educação para a saúde, que é uma estratégia da promoção. As ações de promoção da saúde só se revertem em resultados positivos significativos se ações educativas ocorrerem simultaneamente, com a participação da enfermeira e do trabalhador. Quando essa sintonia acontece, é perceptível a melhora no estilo e na qualidade de vida, como colocado pelos entrevistados, que sentiram a mudança em sua situação de saúde. Ao seguirem as orientações, tiveram os sintomas reduzidos ou eliminados e se sentiram estimulados ao perceberem que a melhora ocorreu devido ao seu próprio esforço. Sentem-se, ainda, motivados a mostrar à enfermeira os resultados positivos em sua saúde e reconhecem a importância das constantes cobranças e alertas feitas pela enfermeira. Assim, o cuidado passa a ser feito com o trabalhador e não somente para o trabalhador. Resultados positivos em promoção de saúde devem levar em conta a participação do principal interessado:

*Eu não entendo desse negócio direito não, mas é igual mesmo eu tava te falando, sabe? Incentiva a pessoa, né? (E7).*

Os trabalhadores percebem que, seguindo as orientações da enfermeira, podem diminuir os riscos de agravamento de uma doença, como relatado a seguir,

*De aumentar o risco de doenças mais graves, aumentar o risco de proliferar mais a doença, né? Evitar ela antes que ela possa aumentar o grau de gravidade na gente, na vida da gente (E10).*

Acho importante porque previne realmente uma doença maior, né? Posteriormente, uma doença que até possa não ter cura (E5).

*Bem interessante, porque você possa até mesmo estar expondo doenças que possam ta ocorrendo com você no seu trabalho... Ajuda a gente nisso mesmo, com conselhos, orientando a gente mesmo (E1).*

Os entrevistados relacionam as ações de saúde na empresa com as doenças já existentes, em termos de possibilidade de agravamento, mas também como prevenção de futuros quadros mórbidos. Parece que, aos poucos, está sendo internalizada a noção de prevenção de doenças e promoção da saúde.

Nessa perspectiva, mudanças de estilo de vida ou comportamentos relativos a alimentação, exercícios físicos, fumo, drogas, álcool e conduta sexual são reafirmadas nas estratégias de promoção da saúde propostas pela enfermeira por meio de orientações e aconselhamentos. Além disso, resgata-se a compreensão do papel fundamental das condições gerais de vida sobre a saúde (CZERESNIA, 2003b). A promoção da saúde só se concretiza com a mudança de comportamento para estilos de vida saudáveis. Nesse sentido, a enfermeira torna-se um profissional indispensável para educar, no sentido de promover saúde melhorando as condições de vida do trabalhador.

### **5.2.2- SUBCATEGORIA: percepção dos trabalhadores diante dos cuidados de si próprios e da família**

Na segunda subcategoria, o trabalhador demonstra o sentimento de estar sendo cuidado em seu local de trabalho e a importância da extensão desse cuidado para a sua família. Ser atendido em seu local de trabalho é um facilitador para desenvolver as ações de saúde, como se pode perceber nas falas abaixo:

*Na verdade, eu percebo de forma mais direta, né? Porque a gente, às vezes, não teria condições de estar deslocando pra poder ir em outro lugar pra fazer essa entrevista (E8).*

*...uma das vantagens é que tá vindo até a gente. 'Cê' não tem que deslocar, ir no hospital, né?, pra resolver alguma coisa nesse sentido. Então, vem até a gente... (E2).*

Um dos grandes problemas que os trabalhadores enfrentam para cuidar de sua saúde é relacionado ao deslocamento até os serviços que, geralmente, estão abertos nos horários de trabalho e as empresas não os liberam, a não ser que apresentem quadros agudos. Assim, a necessidade de que as ações de saúde estejam mais próximas do trabalhador são colocadas por eles, que sentem dificuldade em se ausentar do trabalho para buscar o atendimento e o deslocamento para outro local fora de seu local de trabalho impossibilitaria as ações de promoção da saúde. Ausentar-se do trabalho significa, para a empresa, queda na produção, com conseqüente diminuição nos lucros. Assim, o trabalhador é inibido e, interromper suas tarefas até mesmo para ir ao médico. Portanto, a importância do atendimento realizado no local de trabalho é expressada pelos trabalhadores como uma importante estratégia do plano de saúde que gera satisfação e um sentimento de proteção com o acesso facilitado:

*Eu acho bom isso porque aí a gente não perde tempo. Não precisa estar pedindo o chefe da gente pra sair e coisa e tal e eles mesmos já sabem, eles mesmo mandam a gente, né? Então, a gente pode ficar mais à vontade (E7).*

A pressão para manter a produção gera, no trabalhador, o medo de se ausentar do trabalho e do que seu chefe poderá pensar ou fazer, o medo da punição. Assim, torna-se comum trabalhar doente, sem procurar assistência médica, gerando maiores riscos à saúde e dificuldade no controle das doenças existentes. A ocorrência de distúrbios físicos e psíquicos entre trabalhadores está relacionada a determinadas formas de organização da produção e do trabalho, bem como às condições físicas e objetivas em que este trabalho é executado (MORAES *et al.*, 1995). Ser atendido em seu local de trabalho, em comum acordo com sua chefia, traz tranquilidade para o trabalhador, que se sente mais à vontade para cuidar da sua saúde. Além disso, o trabalhador pode criar outras prioridades que o desviam do cuidado à sua saúde, ao ter que conciliar trabalho, família e estudo. A proximidade do atendimento em seu local de trabalho tem sido um elemento facilitador para as ações de saúde, resultando em maior acesso, cobertura e acompanhamento dos progressos, no que se refere ao autocuidado e ao controle dos riscos, mantendo a força de trabalho hígida, mais satisfeita, além de menores custos para o plano de saúde.

*Olha, essa intervenção dela vem pra ajudar bastante, porque, às vezes, você fica até mesmo com preguiça de estar indo no médico. Você não tem tempo de ir no médico. Você tem uma carga horária, você é casado, você tem que trabalhar, você chega em casa, eu, por exemplo, tenho que estar com meu filho pra minha esposa ir pra escola. Então, esse contato mais próximo de estar indo na empresa (E1).*

O trabalhador coloca suas dificuldades de se ausentar do trabalho para procurar assistência médica. A fala do trabalhador deixa claras as múltiplas funções que os sujeitos possuem em sua vida diária, mostrando, também, que, atualmente, os papéis

desempenhados em casa, como cuidar dos filhos e estudar, se alternam, ficando o homem cuidando da casa e do filho, enquanto a mulher estuda, o que antes não era tão comum. Há também a expressiva carga horária no trabalho que, aliada às atividades domésticas com a família, dificulta o empenho do trabalhador no cuidado com a saúde. Quando as ações de saúde são oferecidas em seu local de trabalho, torna-se um facilitador para o cuidado, além da satisfação diante da disponibilidade de orientações, quando sentir necessidade.

Quando houver necessidade de especialistas, a indicação de locais mais próximos de sua residência ou trabalho também é um facilitador para a procura do cuidado.

*...igual especialistas, localidades que eles podem atender a gente mais próximo, entendeu? E, caso não houver, a gente possa entrar em contato pra elas indicar o mais fácil, um local mais perto assim (E6).*

Em alguns casos, a dificuldade de procurar atendimento médico, para si ou para familiares, é explícito, diante da realidade de cada um no seu dia-a-dia, seja em casa ou no trabalho. Nesses casos, estender o atendimento para a família traz segurança para os trabalhadores.

*Acho bom, né? Que, pelo menos, chega, dá uma orientação pra gente no decorrer do atendimento delas aqui e, se possível, né?, elas dão orientação familiar também. Igual no meu caso, por exemplo, que ficaram de comparecer em casa por causa da gravidez da minha esposa. Foram, auxiliaram tudo direitinho sem nenhum problema, conforme o que me prometeram aqui (E6).*

*Ah, tipo assim, é uma coisa que é pra mim, não só pra mim diretamente, mas pra minha família em si. No caso, foi importante, e tá sendo importante... (E4).*

Percebe-se, pelos relatos, que há confiança por parte dos trabalhadores em relação às promessas feitas e cumpridas pelas enfermeiras. Nesse sentido, parece-nos estar havendo fortalecimento do vínculo do trabalhador com o serviço de saúde, diante do comprometimento da enfermeira na extensão de cobertura à família, como preconizado pelas políticas de saúde vigentes no país.

Segundo Czeresnia (2003a), as propostas de promoção da saúde privilegiam ações educativas voltadas para indivíduos, famílias e grupos. Portanto, ações de promoção da saúde realizadas para os trabalhadores devem se estender para os familiares, buscando o cuidado da família e a tranquilidade do trabalhador, que percebe a importância desse atendimento, resgatando a melhoria das condições gerais de vida e de saúde, de si mesmo e de seus familiares. Muitas vezes, a ausência do cuidado com a saúde está diretamente relacionada a fatores socioeconômicos que dificultam o acesso ao serviço de saúde, reforçando a importância da extensão do atendimento para a família do trabalhador, como colocado na fala abaixo,

*Ah! A importância é que evita, né? Igual eu falei pra você, evita a gente precisar ir no médico antes de saber a causa, né? No caso, nós, que temos 5 meninos, fica difícil pra ficar deslocando pra ir no médico. Não tem carro, né? (E10).*

Condições socioeconômicas desfavoráveis constituem uma barreira importante na procura por ações de saúde, sejam elas curativas ou preventivas. Nesse sentido, o trabalhador procura, nas ações de promoção da saúde implementadas pela

empresa para trabalhadores e familiares, o estabelecimento de uma relação que lhes permita o acesso ao serviço, bem como uma redução de seu sofrimento, preocupações e problemas, pois reconhece seus limites financeiros e a pouca disponibilidade de tempo para procurar serviços de saúde. Assim, espera que o conjunto das ações de saúde propostas e ao qual se submete possa trazer benefícios e maior facilidade de acesso aos serviços de saúde, para ele e sua família.

O sentimento de estarem sendo cuidados, de que alguém se importa com sua saúde e de sua família foi a percepção que os trabalhadores inscritos no programa de promoção da saúde da empresa expressaram nas entrevistas. O atendimento individualizado que a enfermeira disponibiliza para cada um deles é reconhecido como na fala a seguir:

*Então, é por meio dessas conversas com elas, e teve uma vez que é justamente no dia que me pegaram e que eu fui me abrindo e elas me aconselharam. E eu te falo mesmo que mudou muito mesmo, cem por cento, tá? Que eu consegui enxergar uma luz nas escuras, que o problema tava comigo. Eu tinha que melhorar, eu tinha que me dedicar mais pra mim. A gente se abriu, na família e no trabalho, houve uma melhoria constante, cada vez melhor, cada vez melhorando (E1).*

Pelo relato, percebe-se que o trabalho realizado na empresa pela enfermeira vai além de execução de técnicas, abordando o sujeito em seu contexto de vida e trabalho. O entrevistado relata que os atendimentos o conduziram a se perceber como ator principal na resolução dos seus problemas. A partir do momento que conseguiu, com a ajuda da enfermeira, visualizar os problemas que lhe causam incômodo, a busca pela solução começou a ficar mais clara. A capacidade de escuta do enfermeiro parece ter sido determinante para que esse trabalhador visualizasse saídas para os problemas

mais vivenciados. Torna-se importante ressaltar que o cuidado de enfermagem contém, em sua estrutura, relações sociais específicas, visando ao entendimento de necessidades humanas que podem ser definidas sob o ponto de vista biológico, psicológico e social (CERVO e RAMOS, 2006).

A sensação de segurança e de valorização, pelo fato de o plano de saúde corporativo ter adotado estratégias mais próximas a uma realidade, é explicitada pelos entrevistados que se sentem acolhidos em suas necessidades cotidianas. Há um reconhecimento de que as ações colocadas em prática pelo plano de saúde facilitam a aderência ao programa de promoção da saúde,

*Eu achei, como se diz assim, é, satisfatória, vamos dizer assim, certo? São poucos planos que têm esse pessoal te acompanhando, né? Principalmente elas que me atenderam aqui, pegaram meu histórico, me atenderam. Depois, é, dentro do meu histórico, tiveram na minha casa, tiveram com minha esposa em relação à alimentação... Pressão, é, stress, né? Essas coisas, eu achei muito importante, muito interessante (E4).*

*E esse programa de saúde foi uma coisa assim, né? Eu, como fui chamada pra participar dele, eu achei que foi uma coisa muito importante. Assim como se o convênio tivesse preocupado com o meu bem-estar, com a minha saúde, entendeu? E isso, pra gente que é funcionário da empresa, é sempre bom saber, né? Tem uma pessoa que está interessada, né?(E3).*

*...bom, ótimo, muito ótimo seria todas as empresas fazerem isso, né? E isso é muito importante, muito importante para nós (E10).*

*...a importância é de grande valor... que alguém tá preocupando com a saúde da gente. Isso significa muito pra gente... São pessoas valorizando pessoas... (E4).*

O sentimento de estar recebendo cobertura do plano de saúde melhora a auto-estima e facilita o vínculo com a empresa, que é a patrocinadora dessas ações. Nesse sentido, programas de promoção da saúde especialmente dirigidos a trabalhadores de empresas têm sido considerados altamente eficientes, do ponto de vista do mercado e constituem um dos elementos estratégicos centrais no sentido de equilibrar a crescente espiral de gastos com assistência médico-hospitalar nas empresas (CZERESNIA, 2003a). Para os trabalhadores, a preocupação que a empresa e o plano de saúde têm com sua saúde e sua família, independente da motivação que ambas têm para a realização desse tipo de programa, é altamente positiva. Os trabalhadores relatam sentimentos de valorização e consideram o programa de promoção da saúde importante e interessante. Com a ampliação do cuidado para a família, os entrevistados consideram as ações de promoção da saúde uma renovação no mercado de plano de saúde.

*...e achei mais interessante ainda que, além de ser uma coisa promovida aqui dentro do meu setor de trabalho, ainda o pessoal ir na minha casa... orientar minha esposa, minhas filhas, meu filho. Então, não sei, eu acho que é importante isso, é uma renovação, ou seja, uma coisa nova, né?, dentro do mercado de plano de saúde (E4).*

Essa renovação apontada pelo entrevistado emerge da proposta de atenção integral na saúde suplementar, envolvendo ações de prevenção, controle e recuperação das doenças, assim como de promoção da saúde dos beneficiários dos planos de saúde. Esse novo modelo de atenção à saúde na saúde suplementar é sentido pelos trabalhadores como uma opção de cuidado de sua saúde e da sua família. Segundo Malta (2005, p.22), propostas alternativas de modelagem dos serviços de saúde têm que incorporar outros saberes e práticas em saúde e, nesse sentido, aposta-se que a produção

em saúde deve operar tecnologias de trabalho voltadas para uma atenção mais cuidadora e produtora de novas relações, buscando construir serviços de saúde centrados nos beneficiários e em suas necessidades. Nesse sentido, o programa oferece ao trabalhador disponibilidade de atenção à saúde, percebido como uma segurança pelo entrevistado que, pouco acostumado a disponibilidades dessa natureza, manifesta sentimento de segurança diante da proposta,

*...as meninas me falaram que o que eu precisasse eu poderia comunicá-las. Eu acho isso interessante dentro de um plano de saúde... Se você sentir alguma coisa, você liga e eles estão prontos pra te atender... (E5).*

### **5.2.3- CATEGORIA 3: Abordagem inovadora de atenção à saúde**

A terceira categoria mostra como os trabalhadores percebem as ações de promoção da saúde como inovadoras, criando oportunidades para cuidarem de sua saúde dentro de uma abordagem preventiva. Os entrevistados percebem essas ações como inovadoras no âmbito da saúde do trabalhador, especialmente sendo implementada por um plano de saúde,

*...mas, é uma coisa nova, eu acho, nova porque eu já, desde que eu era menino, meu pai tinha convênio médico. Comecei a trabalhar também, toda vida eu trabalhava e tinha convênio médico. Eu nunca trabalhei numa empresa que tinha convênio médico que fazia esse trabalho (E4).*

*olha, eu vejo assim, que é uma coisa nova, né? Que, no primeiro momento, assusta a gente, uma pessoa disposta a te ajudar, te prevenir de doenças e, ao mesmo tempo, eu vejo que é uma coisa super boa, super interessante... (E5).*

Programas de promoção da saúde têm sido especialmente dirigidos a trabalhadores de empresas e são considerados altamente eficientes, sob o ponto de vista do mercado. Segundo Czeresnia (2003a), esses programas constituem um dos elementos estratégicos centrais no sentido de equilibrar a crescente espiral de gastos com assistência médico-hospitalar nas empresas. Os trabalhadores percebem esses programas como inovadores por serem estratégias recentes, ainda não praticadas por todos os planos de saúde. Como tudo que é novo pode causar algum tipo de receio, não é diferente a atitude dos trabalhadores; quando se mostram, inicialmente, ficam assustados com o programa, especialmente por sentirem que estão sendo cuidados, que a enfermeira está disponível para ajudá-los a cuidar de sua saúde. As falas dos entrevistados evidenciam a experiência com vários planos de saúde, mas que em nenhum deles participaram de programas de promoção da saúde.

*...eu já trabalhei com outros planos de saúde. Eu nunca tinha visto assim um programa desses dentro de um plano de saúde... (E5).*

*...plano de saúde que eu já tive, cinco, nunca tive um acompanhamento desses... (E1).*

A aceitação do programa de promoção da saúde com a disponibilidade da enfermeira fica evidente quando comparam o plano de saúde atual com outros com os quais já tiveram experiência. Assim, o novo parece estar sendo incorporado como uma experiência positiva. De acordo com Czeresnia (2003a), o aspecto central desses programas é a perspectiva que trazem de efetiva diminuição dos gastos das empresas com assistência médica e o incentivo delas a programas de promoção da saúde pode articular-se com os planos de saúde a elas vinculados, trazendo, além da diminuição dos

gastos, melhor qualidade de vida para os trabalhadores. A perspectiva de uma ação inovadora traz também a visão de uma oportunidade de estar sendo cuidado e valorizado, como é percebido no depoimento a seguir:

*...é um acompanhamento de saúde, certo? Então, é importante demais... (E4).*

*eu acho que, nossa!, o programa de saúde é uma coisa muito importante (E3).*

No entanto, o conforto decorrente do sentimento de estar sendo cuidado tem gerado acomodação, mesmo quando necessitam de tratamentos especializados. Alguns trabalhadores mostram certa resistência em procurar tratamentos médicos quando necessário, vendo, nos programas de promoção da saúde, uma oportunidade de se cuidarem sem necessidades de outras intervenções médicas ou hospitalares. Essa atitude coloca em risco sua saúde, pois o programa de promoção realizado por enfermeiras em seu local de trabalho não cobre todas as necessidades do trabalhador, principalmente em casos agudos ou de acompanhamento de quadros mórbidos já existentes.

*Olha, essa experiência que eu estou tendo, ela está sendo legal. Essa ajuda que a gente tem, ela é bem melhor do que do que tratamento médico. Não sou muito fã de médico não, não sou muito fã de hospital, não sou não (E1).*

*Isso, pra mim, é bom. Pelo menos, a maioria das vezes, a gente vê as pessoas correndo atrás e não eles vindo até você. Pra mim é até bom, igual essa é a primeira vez que isso acontece... A gente fica até satisfeito, entendeu?... (E6).*

Na realidade, os programas de promoção visam reduzir a necessidade do acompanhamento médico ou internações, mas não os exclui como possibilidade, quando

necessário. No entanto, as experiências dos trabalhadores, quando necessitam de serviços de saúde e hospitais, nem sempre são positivas e envolvem o sentimento de ser apenas mais um a ser atendido. Segundo Malta (2005), os serviços de saúde devem buscar outros campos de saberes e práticas em saúde, além de configurar novas formas de organização da atenção que sejam anti-hegemônicas. Portanto, levar programas de saúde para as empresas, com ênfase na promoção da saúde, leva para os trabalhadores a oportunidade de terem uma alternativa para cuidarem de sua saúde, ao mesmo tempo que faz com que sintam-se valorizados.

Mas, a dicotomia entre tratamento médico e ações de promoção da saúde é explicitada pelos trabalhadores, que ainda mantêm presente a cultura do modelo biomédico. No entanto, para a entrevistada cujo depoimento é transcrito a seguir, fica claro que necessita de ações de promoção e curativas como complementares:

*Oh, eu acho que, sem o tratamento médico, no meu caso, nos meus problemas, eu não vou a lugar nenhum. Se eu não tiver tomando meus medicamentos, porque é uma coisa que o médico mesmo já falou: 'você vai ter que tratar pelo resto da vida'. Mas tem o outro lado da importância de eu estar desabafando, de eu estar, entendeu?, tendo a oportunidade. Eu acho, assim, as duas coisas vão caminhar juntas. As duas coisas vão fazer parte da minha vida, no dia-a-dia (E3).*

Para essa entrevistada, as ações de promoção da saúde precisam caminhar junto com as ações curativas, deixando claro a importância que o tratamento médico tem na sua saúde. Segundo Rizzotto (1999), o trabalho médico sempre foi quantitativamente superior em relação à atenção primária; os esforços técnicos e científicos concentraram-se no combate e na cura das doenças orgânicas, com o objetivo de suprimir as manifestações sintomáticas e restituir a normalidade e o funcionamento

perfeito ao organismo. Para Rizzotto (1999), isso levou a uma preponderância das intervenções curativas, em relação aos outros níveis de atenção à saúde. No entanto, apesar da cultura biomédica predominar ainda entre os trabalhadores, a entrevistada reconhece a importância das ações de promoção da saúde e a oportunidade que o programa traz para o controle de seus problemas de saúde.

Apesar da forte influência do modelo curativo, a percepção do trabalhador sobre a importância da prevenção para manter a saúde fica explícita na fala transcrita a seguir:

*Eu acho que, a partir do momento que existe a prevenção, essa promoção, você também vai diminuir o tratamento médico, certo? Então, eu acho que é tipo uma cadeia, né? Uma coisa puxando a outra. Acho que a partir do momento que existe a prevenção, o tratamento médico quase que se reduz... Se você chegou ao ponto de precisar de um tratamento médico, você não fez a prevenção (E4).*

*Os dois são importantes, né? Mas as ações preventivas são melhores. São melhores porque evita de aumentar o risco de doenças mais graves, de proliferar mais a doença, né? Evitar ela antes que ela possa aumentar, né?, aumentar o grau de gravidade na gente, na vida da gente (E10).*

O trabalhador tem a esperança de que as ações de saúde consigam melhorar sua vida e espera que, prevenindo as doenças, não necessite de tratamentos médicos. Para Cecílio (1994), o trabalhador espera que o conjunto das ações de saúde ao qual se dispõe a se submeter lhe traga benefícios; a sua grande expectativa é de que as ações de saúde sejam efetivas e o satisfaçam. Portanto, ele tem consciência de que a falta da prevenção pode levar ao adoecimento ou ao agravamento da doença e, conseqüentemente, ao tratamento médico.

As ações de promoção da saúde e prevenção de doenças são reconhecidas pelos trabalhadores como fatores importantes para manter a saúde, juntamente com as ações médicas curativas, que devem ser complementares, como pode se constatar nos depoimentos transcritos a seguir:

*acho que a importância dela, ela tem um significado, né? É instruir a gente também pras coisas que a gente, às vezes, nem tem conhecimento, né? Então, vem trazer esse conhecimento pra gente, é desenvolvendo mais a parte da gente em relação à saúde... O tratamento médico, aí, já é mais profundo, eu acho, né? Que aí não vai só alertar, vai tentar corrigir realmente... Acho que trabalha os dois juntos (E2).*

*Os dois são importantes, cada um numa parte separado, né? Ou seja, promoção da saúde que ta, realmente, que ta buscando meios, buscando formas de melhorar, né? E o tratamento médico em si já é a conclusão, né? A outra parte, acho que é onde se completa... (E8).*

Os trabalhadores mostram que conseguem diferenciar ações preventivas de ações curativas e dão importância às duas, em seu contexto de vida. A ideia de promoção e prevenção envolve a capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde (FREITAS, 2004), enquanto que a concepção curativista é mediada pela tecnologia, necessária para o desenvolvimento da humanidade (RIZZOTTO, 1999). Portanto, a colocação dos entrevistados quanto à importância das duas formas de atenção à saúde é coerente, desde que haja uma mediação entre a procura por uma e por outra, buscando nas ações de promoção da saúde o caminho para a mudança comportamental e para o autocuidado.

## 6- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo abordou a percepção dos trabalhadores sobre um programa de promoção da saúde e prevenção de doenças de uma operadora de saúde suplementar e operacionalizado por enfermeiras, junto aos beneficiários do plano de saúde.

A análise das entrevistas mostrou que os trabalhadores ainda possuem uma visão da medicina centrada na cura e participar de programas de promoção e prevenção é uma nova realidade, que implica mudar a maneira de perceber as ações de saúde e, para ter sucesso, necessita adesão dos trabalhadores. A lógica desse tipo de programa é estabelecer o diagnóstico de uma doença ou dos riscos de adoecer, o mais precoce possível, antes mesmo do aparecimento de sinais e sintomas. Os trabalhadores a consideram como uma nova modalidade de cuidado, que os faz perceber que estão sendo valorizados, desenvolvendo, portanto, um sentimento de estarem sendo cuidados pela empresa e pelo seu plano de saúde.

Esta nova prática assistencial, voltada para a promoção da saúde e prevenção de doenças, com acompanhamento sistemático do trabalhador, tem o objetivo de reduzir custos assistenciais e melhorar a qualidade de vida. Isso porque, ao longo das duas ou três últimas décadas, conseguiu-se demonstrar que a grande maioria dos problemas de saúde pública que afetam a população é, em sua maioria, passível de prevenção.

Ações de promoção da saúde se tornam eficientes à medida que os profissionais envolvidos orientem e estimulem os trabalhadores a mudar seu comportamento para melhorar a qualidade de vida. No entanto, as mudanças de comportamento dependem do conhecimento dos fatores de risco, dos hábitos

introjetados, da influência da cultura do grupo, do apoio de familiares e de amigos e da orientação de profissionais de saúde. Essas intervenções requerem esforço personalizado, capacidade de persuasão do trabalhador de acordo com sua singularidade e disponibilidade de informação, além de grande persistência por parte dos profissionais e trabalhadores das empresas, considerando-se que esse é um processo lento, cujos maiores resultados serão alcançados a médio e longo prazos.

No entanto, um programa de promoção da saúde e prevenção de doenças centrado no profissional enfermeiro e implementado por enfermeiras gera desconfortos e uma reversão das expectativas, podendo ser interpretado apenas como redução de custos. No entanto, programas dessa natureza, apesar de contrariarem as tradicionais ações de saúde na saúde suplementar, são coerentes com as políticas de saúde colocadas em prática no país e no mundo, como forma de reduzir custos, mas também como forma de disponibilizar a tecnologia adequada, menos espoliante e mais eficaz para população usuária.

Os trabalhadores, em algumas situações, identificam o enfermeiro como um assistente do médico, cuja formação está aquém da formação do profissional médico, o que dificulta o estabelecimento de confiança do trabalhador para com o trabalho da enfermeira. Por outro lado, a capacidade de escuta que o enfermeiro desenvolveu em sua formação, além da habilidade para realizar ações de promoção, como orientações que conduzem para o autocuidado, é percebida pelos trabalhadores como uma forma de cobrança e fiscalização, que os leva a cuidarem de sua saúde, evitando complicações decorrentes de agravos.

O enfermeiro inserido em ações de promoção da saúde, seja em instituições públicas ou privadas, terá de assumir uma postura de aprendizado contínuo e capacidade

de orientação dos sujeitos envolvidos no processo. O enfermeiro é um profissional que possui formação e competência para desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, e deve buscar desenvolver essas habilidades assumindo uma nova postura em um campo que se expande a cada dia no setor de saúde suplementar.

Portanto, esse estudo mostra que ações de promoção da saúde e prevenção de doenças realizadas por enfermeiros são percebidas, pelos trabalhadores, como uma orientação para o autocuidado, para situações simples. No entanto, cabe ao enfermeiro investir nesse campo de atuação, pois suas possibilidades de êxito são grandes, tanto em termos de empregabilidade como na possibilidade de contribuir para a melhoria de saúde da população e controle de fatores de risco, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida.

Outros estudos sobre o impacto das ações de promoção nas empresas, relacionados aos comportamentos do sujeito que recebe informações adequadas de forma sistemática, custos operacionais das empresas e dos planos de saúde, controles de quadros mórbidos, absenteísmo e seus custos, satisfação dos trabalhadores e comportamento da produtividade, podem ser importantes para a consolidação de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças e do trabalho do enfermeiro nessa área.

## 7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.39-52, set. 2004/fev.2005.

BARBOSA, Maria Alves; MEDEIROS, Marcelo; PRADO, Marinésia Aparecida; BACHION, Maria Márcia; BRASIL, Virginia Visconde. Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.6, n.1, 2004. Disponível em: <[www.fen.ufg.br](http://www.fen.ufg.br)>. Acesso em: 15 nov. 2006.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 229p.

BECKER, Daniel. **No seio da família**: amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família. 2001. 117p. (Mestrado)-Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ação educativa nos serviços básicos de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1980.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os Planos de Assistência à Saúde. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 112p.

BRASIL. Lei n. 9.961, de 28 de Janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>>. Acesso em: 15 maio 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Dois faces da mesma moeda**: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005b. 270p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Resolução Normativa n.94, de 23 de março de 2005. Dispõe da criação de programas de promoção à saúde e prevenção de doenças na saúde suplementar. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>>. Acesso em: 15 maio 2005c.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Legislação**. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao\\_integra.asp?id\\_original=455](http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id_original=455)> Acesso em: 30 abr. 2006.

BUSS, Paulo Marchiori. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: FREITAS, Carlos Machado de; CZERESNIA, Dina. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. 174p.

CANDEIAS, Nelly Martins Ferreira. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Saúde Pública**, v.31, n.2, p.209-213, abr.1997.

CARDOSO, Alfredo. Prevenção está em alta. **Revista Gestão Médica**, v.1, n.2, p.18-20, maio 2005.

CARVALHO, Sérgio Resende. Health promotion contradictions regarding the issues of the subject and the social change. **Ciência Saúde Coletiva**, v.9, n.3, p.669-678, July/Sept. 2002.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. 335p.

CERVO, Marcelli Cristina; RAMOS, Helena Ângela de Camargo. Conhecimento do enfermeiro sobre sua atuação em saneamento básico no programa de saúde da família em Guarapuava-PR. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.7, n.2, p.17-23, jun. 2006.

CZERESNIA, Dina. The concept of health and the difference between prevention and promotion. **Cadernos de Saúde Pública**, v.15, n.4, p.701-709, Oct./Dec.1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 27 set. 2005.

CZERESNIA, Dina. **Ações de promoção à saúde e prevenção de doenças: o papel da ANS**. Brasília, 2003a. Disponível em <<http://www.ans.gov.br>>. Acesso em: 22 jun. 2005.

CZERESNIA, Dina. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003b. 176p.

FERREIRA, A.B.H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 22.ed. São Paulo: Paz e Terra, 1993.

FREITAS, Carlos Machado de; CZERESNIA, Dina. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FioCruz, 2004. 174p.

GAZZINELLI, Maria Flávia Carvalho; REIS, Dener Carlos dos; MARQUES, Rita de Cássia. **Educação em saúde: Teoria, método e imaginação**. Belo Horizonte: UFMG, 2006.

GODOY, Arilda Schimdt. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v.35, n.3, p.20-29, maio/jun.1995.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios**. Acesso e utilização de serviços de saúde, 1998. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, 2000.

KOIFMAN, Lílian. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **História Ciências Saúde**, Manguinhos, v.8, n.1, p.49-69, mar./jun. 2001.

L. FILHO, W.D.; LUNARDI, G.L.; PAULITSCH, F.S. A prescrição de enfermagem computadorizada como instrumento de comunicação nas relações multiprofissionais e intra equipe de enfermagem: relato de experiência. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.5, n.3, p.63-69, jul. 1997.

LEAVELL, S.; CLARK, E.G. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

LEFEVRE, Fernando; CAVALCANTE, Ana Maria. **Promoção de Saúde-a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2004. 166p.

MACERA, Andréa Pereira. SAINTIVE, Marcelo Barbosa. **O Mercado de Saúde Suplementar no Brasil**, out. 2004. Disponível em:  
<<http://www.fazenda.gov.br/seae/documentos/doctrabalho>>. Acesso em: 26 abr. 2006.

MALTA, Deborah C. Qualificação da saúde suplementar: nova perspectiva no processo de regulação. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde. Agencia Nacional de Saúde Suplementar, 2005.

MERHY, Emerson Elias. ONOCKO, Rosana. **Agir em Saúde: um desafio para o público**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1997. 385p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. 4.ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1996. 269p.

MIRANDA, Cláudio da Rocha. **Gerenciamento de custos em planos de assistência à saúde**. 2003.

MORAES, Lucio F. R. de. MARQUES, Antonio Luiz. KILIMNIK, Zélia M. LADEIRA, Marcelo B. O trabalho e a saúde humana: uma reflexão sobre as abordagens do stress ocupacional e da psicologia do trabalho. **Cadernos de Psicologia**, Belo Horizonte, v.3, n.4, p.11-18, dez. 1995.

RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon. **História da enfermagem e sua relação com a saúde pública**. Goiânia: AB, 1999. 112p.

SILVA, M.J.P. A importância da comunicação nos processos de qualidade. **Revista Nursing Brasil**, n.1, p.20-26, jun. 1998.

SILVEIRA, L.S. Prevenção de doenças e promoção da saúde: diferenciais estratégicos na conjuntura do mercado de saúde suplementar. **Cadernos de Seguro**: Teses, Funenseg, RJ, v.10, n.26, 112p., 2005.

SOUZA, Elza Maria. Promoção da Saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, set./out. 2004.

TORRES, C.H. **Ensino de epidemiologia na Escola Médica**: institucionalização da epidemiologia como disciplina na faculdade de medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2002. Dissertação (Mestrado)-Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

YIN, Robert K. **Case Study Reserch**: design and methods: tradução e síntese de Ricardo Lopes Pinto. Disponível em: <<http://focca.com.br>>. Acesso em: 2 maio 2005.

**ANEXOS**

**ANEXO 1****ROTEIRO PARA ENTREVISTA**

NOME \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SEXO: M ( ) F ( )

ENDEREÇO:

Rua \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_

SETOR DE TRABALHO NA EMPRESA \_\_\_\_\_

FUNÇÃO \_\_\_\_\_

CASADO: sim ( ) não ( ) FILHOS: sim ( ) quantos: \_\_\_\_\_ não ( )

1- O que você achou do atendimento feito por uma enfermeira?

2- Como você se sentiu ao ser atendido por uma enfermeira?

3- Que importância esse atendimento teve na sua saúde?

4- Para você, qual a importância de participar de programas de promoção da saúde?

5- O que você acha das ações voltadas para a promoção da saúde?

6- O que você acha mais importante: ações de promoção da saúde ou tratamentos médicos?

7- Como você percebe as ações de promoção da saúde realizadas no seu ambiente de trabalho?

## ANEXO 2



## Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada: **A Percepção do Trabalhador sobre Promoção da Saúde Realizada pela Enfermeira na Saúde Suplementar**, cujo objetivo é compreender a percepção dos trabalhadores frente a um novo modelo de atenção à saúde, a promoção da saúde, realizada pelo enfermeiro.

A realização desse estudo poderá oferecer subsídios para a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores e usuários de planos de saúde, através da implementação de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

A pesquisa está sendo realizada por mim, Ana Cláudia Pedrosa Dias, enfermeira, identidade n° M5 737 027, aluna do curso de mestrado da EEUFMG.

Sua participação é voluntária, sendo sua colaboração importante e necessária para o andamento da pesquisa. Ela consiste em participar de uma entrevista, de forma individual, que será gravada com sua autorização prévia, respondendo a um questionário.

A você será garantido o anonimato, o sigilo das informações e da privacidade, além da utilização dos resultados da pesquisa, exclusivamente para fins científicos, visando uma melhor relação entre o enfermeiro que trabalha na promoção da saúde e o trabalhador usuário de plano de saúde.

Caso concorde em participar, em qualquer momento você poderá solicitar informações ou esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa, bem como desistir dela e não permitir a utilização de seus dados, sem que haja nenhum prejuízo para você.

## CONSENTIMENTO:

Eu, como entrevistado(a), afirmo que fui devidamente orientado(a) sobre o objetivo e a finalidade da pesquisa, bem como da utilização dos dados exclusivamente para fins científicos e sua divulgação posterior, sendo que meu nome será mantido em sigilo.

Nome do entrevistado(a): \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Pesquisadora: Ana Cláudia Pedrosa Dias

Endereço: Rua Carvalhais de Paiva, 310/202. Cidade Nova. Belo Horizonte-MG

CEP: 31170-340 Telefone: 31 3488-8251 – ana.pedrosa@ig.com.br

Assinatura \_\_\_\_\_

Comitê de Ética da UFMG-COEP

Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha

Unidade Administrativa II, 2° andar, sala 2005

Belo Horizonte-MG

(31)3499-4592 – coep@reitoria.ufmg.br