

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE
DOENÇAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR: uma
proposta de reorientação do modelo assistencial?**

Andreza Trevenzoli Rodrigues

**Belo Horizonte
2013**

Andreza Trevenzoli Rodrigues

**PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE
DOENÇAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR: uma
proposta de reorientação do modelo assistencial?**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a. Kênia Lara Silva

**Belo Horizonte
Escola de Enfermagem da UFMG
2013**

Universidade Federal de Minas Gerais

Escola de Enfermagem

Dissertação intitulada “*PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR: uma proposta de reorientação do modelo assistencial?*”, de autoria da mestranda Andreza Trevenzoli Rodrigues, _____ pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Sr.^a Kênia Lara Silva (Orientadora)

Dr. Túlio Batista Franco (Titular)

Dr. Francisco Carlos Félix Lana (Titular)

Dr.^a Roseni Rosangela de Sena

Dr.^a Deborah Carvalho Malta

Belo Horizonte, ____ de _____ de 2013

Eu gostaria de fazer a genealogia dos problemas, das problematizações. Minha opinião é que nem tudo é ruim, mas tudo é perigoso, o que não significa exatamente o mesmo que ruim. Se tudo é perigoso, então temos sempre algo a fazer. [...] Acho que a escolha ético-política que devemos fazer a cada dia é determinar qual é o principal perigo.

Michel Foucault

AGRADECIMENTOS

À Deus, pelos dons, oportunidades e por estar sempre comigo, encorajando-me a ser forte e corajosa para superar os desafios. *“Seja forte e corajosa; não temas, porque o Senhor, teu Deus, é contigo por onde quer que andares” (Josué 1: 9).*

À Kênia, pelo exemplo de determinação e generosidade em compartilhar os conhecimentos construídos. Obrigada por me incentivar a trilhar novos caminhos...

Aos meus amados pais, Raimundo e Ana, pelo amor incondicional e apoio em todos os momentos.

Ao Alison, por compreender minhas ausências e apoiar meus esforços.

Aos meus irmãos e familiares, especialmente à tia Conceição, pelo encorajamento nos momentos de aflição.

Aos participantes da pesquisa, pela cooperação e acolhimento.

Ao NUPEPE, por possibilitar a construção coletiva de conhecimentos úteis para a vida pessoal e profissional.

Aos colegas de Mestrado, especialmente Corina e Karla, pelo apoio emocional e disponibilidade em ajudar.

Às colegas Stephanie e Fernanda, pelo apoio técnico, compartilhamento de angústias e vitórias.

Aos colegas dos hospitais Julia Kubitschek e Odilon Behrens, especialmente Eva e Edmilson, por sensibilizarem-se com meus momentos de sobrecarga.

RESUMO

O estudo tem como objetivo analisar programas de promoção da saúde em operadoras de planos privados de saúde e sua relação com o modelo assistencial praticado no setor suplementar. Trata-se de um estudo de casos múltiplos de abordagem qualitativa, ancorado no referencial teórico metodológico da hermenêutica-dialética. O percurso metodológico incluiu três etapas: exploratória, de trabalho de campo e compreensão dos dados. Na etapa exploratória procedeu-se à identificação das operadoras que desenvolvem programas de promoção da saúde e prevenção de doenças em Belo Horizonte/Minas Gerais, através de buscas no site da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Foram identificadas 79 operadoras, dentre as quais 23 confirmaram a oferta de programas e seis aceitaram ao convite para participarem do estudo. O trabalho de campo consistiu na realização de entrevistas com gestores das operadoras e/ou coordenadores de programas, seguidas de observações participantes periféricas dos programas e entrevistas com profissionais e beneficiários envolvidos. Foram estudados em profundidade 13 programas. Nesses programas sobressaiu o enfoque na prevenção e controle da obesidade e incentivo à atividade física; também foi marcante a participação de mulheres e de pessoas pertencentes à terceira idade. A compreensão dos dados foi orientada pela síntese de casos cruzados. A análise explicitou que os programas de promoção e prevenção encontram-se em um terreno de disputas. Há tensões entre as lógicas que orientam a abordagem de promoção da saúde, a oferta de programas, o acesso, a responsabilização dos beneficiários e a indução política pela ANS. A abordagem comportamental de promoção da saúde é prevalente nos cenários do estudo, o que demonstrou coerência com os ideais defendidos no setor privado de saúde. Os resultados indicam o caráter disciplinador dos programas, os quais são desenvolvidos a partir de dispositivo biopolítico de regulação dos hábitos e modos de vida. No aspecto organizativo, foi revelado que há programas mais institucionalizados com êxito em relação à continuidade das práticas e outros que apresentam tendência a vulnerabilidade e descontinuidade. Certamente os programas ainda ocupam uma posição secundária, quando comparados à amplitude do conjunto de serviços que compõem o arsenal tecnológico utilizado pelas operadoras. Esses achados se contrapõem ao intenso incentivo da ANS, permitindo afirmar que há uma relativa influência normativa da agência reguladora sobre os

processos decisórios das operadoras, no que se refere à oferta de programas. Para as operadoras, os programas de promoção da saúde respondem aos interesses de: fidelizar clientes, reduzir custos ou complementar as estratégias assistenciais. Conclui-se que, apesar dos atravessamentos de acumulação de capital evidentes na oferta da promoção da saúde no setor suplementar, os programas analisados indicam uma nova lógica da produção de saúde no campo, a qual minimamente utiliza outros espaços e profissionais. Assim, a incorporação de programas de promoção da saúde sinaliza para o início de um processo de mudança de modelo assistencial que, para alcançar o nível de transformação, carece de maiores investimentos e outras estratégias que garantam empoderamento comunitário, participação social, concepção holística, intersetorialidade, equidade e sustentabilidade.

Palavras Chave: Promoção da Saúde, Saúde Suplementar, Modelo Assistencial.

ABSTRACT

The objective of this study is to analyze health promotion programs in companies of private health insurance and their relationship with the care model practiced in the supplementary sector. It is a study of multiple cases of qualitative approach, supported in the methodological theoretical referential of the hermeneutics-dialectics. The methodological course included three stages: exploration, fieldwork and data comprehension. In the exploratory stage, the companies that develop programs of health promotion and prevention of diseases in Belo Horizonte-Minas Gerais were identified by searching on the ANS website. Seventy-nine companies were identified among them twenty-three confirmed the offer of programs and six accepted the invitation to participate in the study. The fieldwork consisted in interviews with managers of the companies and/or coordinators of programs, followed by outlying observation of the programs and interviews with professionals and involved beneficiaries. Thirteen programs were studied in depth. In these programs, the focus in prevention and control of obesity and incentive to the physical activity showed up. It was also outstanding the women's and elder's participation. The data comprehension was guided by the synthesis of crossed cases. The analysis clarified that the promotion and prevention programs in the supplementary sector are in a land of disputes. There are tensions among the logic that guide the approach of health promotion, the offer of programs, the access, the beneficiaries' responsibility and the political induction by ANS. The behavioral approach of the health promotion is prevalent in the study sceneries, which showed coherence with the ideals espoused in the private health sector. The results indicate the disciplinary character of the programs, which are developed starting from the bio-political device of habits regulation and life styles. In the organizational aspect, it was revealed the existence of difference between the companies, concerning the representativeness of the programs in their organizational structure. There are more institutionalized programs successful in relation to the continuity of the practices, others present tendency to vulnerability and discontinuity. Certainly the programs still occupy a secondary position compared to the amplitude of the services that comprise the technological arsenal used by the companies. These findings are opposed to the intense incentive of ANS, leading to the conclusion that there is a relative normative influence of the regulatory agency on the decisive processes of the companies, regarding the offer of

programs. For the companies, the health promotion programs fulfill the interests of: make customers faithful, reduce costs or complement the care strategies. We conclude that, despite the evident crossing of capital accumulation in the offer of health promotion in the supplementary sector, the analyzed programs indicate a new logic of health production in the field, which uses little other spaces and professionals. Thus, the incorporation of health promotion on programs signals to the beginning of a change process in the health care model that, in order to achieve the level of transformation, requires higher investment and other strategies that ensure community empowerment, social participation, holistic, union of sectors, equity and sustainability.

Words Key: health promotion, supplementary health, care model.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Triangulação de dados: convergência de evidências.....	47
QUADRO 1 - Concepções de saúde e diferentes visões da promoção da saúde	26
QUADRO 2 - Modelos assistenciais e vigilância da saúde.....	31
QUADRO 3 - Operadoras de planos de saúde em Belo Horizonte, por modalidade e oferta de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças. Belo Horizonte, 2011	38
QUADRO 4 - Conjunto de dados coletados durante o trabalho de campo. Belo Horizonte, 2012.....	44
QUADRO 5 - Códigos atribuídos ao material empírico. Belo Horizonte, 2012	46
QUADRO 6 - Categorias e subcategorias temáticas	49
QUADRO 7 - Programas e práticas citados pela Operadora 1	54
QUADRO 8 - Programas e práticas citados pela operadora 2.....	72
QUADRO 9 - Programas e práticas citados pela Operadora 3.....	86

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABRAMGE** - Associação Brasileira de Medicina de Grupo
- ANS** - Agência Nacional de Saúde Suplementar
- ASASPE** - Associação de Servidores de Assistência de Saúde Próprios das Empresas
- CNAS** - Conselho Nacional de Assistência Social
- CONAMGE** - Conselho Nacional de Autorregulamentação das Empresas de Medicina de Grupo
- ESF** - Estratégia Saúde da Família
- FENASEG** - Federação Nacional de Empresas de Seguros Privados e de Capitalização
- IDSS** - Índice de Desempenho da Saúde Suplementar
- NUPEPE** - Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Práticas de Enfermagem
- RN** - Resolução Normativa
- SINAMGE** - Sindicato nacional das empresas de medicina de grupo
- SUS** - Sistema Único de Saúde
- UNIDAS** - União Nacional de Instituições de Autogestão
- UNIMED** - Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico
- MS** - Ministério da Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1	Panorama da Saúde Suplementar no Brasil	21
2.2	Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças: breve histórico, conceitos e diferenças	24
2.3	Modelos Assistenciais no Brasil	28
3	METODOLOGIA.....	33
3.1	Abordagem metodológica.....	34
3.2	Percurso Metodológico	36
3.2.1	Etapa Exploratória	36
3.2.2	Trabalho de campo.....	40
3.2.3	Compreensão dos dados.....	45
3.3	Aspectos éticos	49
4	PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE RISCOS E DOENÇAS: OPERADORAS EM ANÁLISE	51
4.1	Operadora 1	52
4.1.1	Práticas e programas estudados na Operadora 1.....	59
4.2	Operadora 2	71
4.2.1	Práticas e programas estudados na Operadora 2.....	77
4.3	Operadora 3	83
4.3.1	Prática estudada na Operadora 3.....	90
4.4	Operadora 4	92
4.4.1	Programa estudado na Operadora 4	95
4.5	Operadora 5	99
4.5.1	Programas estudados na Operadora 5.....	105
4.6	Operadora 6	111
4.6.1	Práticas estudados na Operadora 6	116
5	Promoção da saúde na saúde suplementar: categorias temáticas.....	121

5.1	Abordagem da promoção da saúde revelada nos programas.....	122
5.1.1	Enfoque nos riscos e comportamentos: dispositivos disciplinares e biopolíticos nos programas de promoção da saúde.....	122
5.1.2	Metodologias e sujeitos nos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças: é possível inventar novas formas mais libertárias?.....	128
5.2	Modelo de atenção praticado pelas operadoras: que lugar ocupa a promoção da saúde?.....	133
5.2.1	Oferta, abrangência e acesso aos programas de promoção da saúde.....	134
5.3	Tensões da promoção da saúde na saúde suplementar: atravessamentos do capital.....	142
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	148
	REFERÊNCIAS.....	154
	APÊNDICES.....	161

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O interesse pelas questões relacionadas à promoção da saúde surgiu desde que ingressei no curso de graduação em Enfermagem. Logo no início do meu percurso acadêmico as discussões sobre o conceito de produção social da saúde contribuíram para instigar reflexões sobre a necessidade de ações de promoção para o alcance de melhores níveis de saúde. A minha vivência, durante a graduação, especialmente ao participar como estagiária do projeto de extensão “Fala Sério: construindo estratégia de promoção na escola”, contribuiu para que surgisse, entre outras inquietações, aquela referente à efetivação da proposta de promoção da saúde no contexto da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, dediquei-me a analisar as práticas intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF), identificando as experiências, bem como os fatores facilitadores e desafiadores de processo de construção de parcerias em meu trabalho de conclusão de curso.

Ao ingressar no Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática de Enfermagem - NUPEPE, em 2008, estive envolvida com alguns projetos e, de modo especial, me dediquei à pesquisa que analisou os modos de gestão e cuidado da atenção domiciliar no setor suplementar. Chamou-me atenção a expressiva população brasileira que utiliza o sistema suplementar de saúde (48,7 milhões de beneficiários), dado de setembro de 2012 de acordo com o sistema de informação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2012), bem como os desafios para regulamentação das práticas no setor e o surgimento de várias propostas de assistência fora do contexto hospitalar como, por exemplo, os programas de atenção domiciliar, prevenção de riscos e doenças e promoção da saúde.

O setor de Saúde Suplementar é composto pelas ações e serviços de saúde prestados pela iniciativa privada. No Brasil a Saúde Suplementar viabilizou-se nos anos 70, a partir da crise do modelo médico previdenciário e pelo forte incremento da modalidade convênio-empresa (ANDRADE *et al.*, 2009).

Conforme a Constituição Federal de 1988 a iniciativa privada tem direito de prestar serviços de saúde de forma complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS), desde que esses estejam de acordo com as diretrizes e princípios do sistema público (BRASIL, 1988). Ao definir as ações e serviços de saúde como relevância pública a Constituição Federal delega ao Estado sua regulamentação, fiscalização e controle, ainda que sua execução não se efetive diretamente pelo poder público, mas por meio de contratados ou conveniados, pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1988).

O Setor Suplementar permaneceu sem regulamentação específica por cerca de 30 anos. Seu marco regulatório iniciou-se em 1998 com a Lei Federal nº 9656 e aprofundou-se em janeiro de 2000, através da Lei Federal nº 9661, por meio da qual foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para desenvolver as estratégias nacionais de regulação pública (ANDRADE *et al.*, 2009; CECCIM *et al.*, 2009).

Partindo da constatação do alto custo e baixa eficiência e efetividade do atual modelo assistencial do Setor Suplementar, caracterizado pelo enfoque biologicista médico-hospitalar especializado, com ações desarticuladas e pouco cuidadoras, a ANS iniciou desde o ano de 2004 um processo de indução de mudanças na lógica assistencial, a partir do I Seminário Nacional de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças. Em seguida foi publicado, em março de 2005, a Resolução Normativa (RN) nº 94 que estimula as operadoras de planos de saúde a implementarem programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças para seus beneficiários. Como incentivo essa RN estabeleceu critérios para a prorrogação dos prazos para integralização das garantias financeiras para as operadoras que desenvolvessem os programas (BRASIL, 2007, 2008).

Para viabilizar o objetivo de estimular a mudança de modelo assistencial, vislumbrando alcançar um modelo no qual a organização da atenção visa a integralidade do cuidado através de ações de promoção da saúde, prevenção de riscos, vigilância e assistência, a ANS tem estimulado a incorporação de intervenções por linhas de cuidados (BRASIL, 2007). Em pesquisa realizada em maio de 2008, com objetivo de traçar o perfil dos Programas de Promoção da saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, ficou evidenciado que mais de 70 por cento das

operadoras que participaram do estudo realizam programas nas linhas de atenção à saúde da criança, do adolescente, do adulto/idoso, da mulher e mental (BRASIL, 2008).

O esforço de influir de algum modo na qualidade da atenção prestada na saúde suplementar pode ser traduzido pelo Programa de Qualificação da Saúde Suplementar. Dentro desse programa a avaliação do desempenho das operadoras é realizada através do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), calculado a partir de indicadores definidos pela ANS, dentre os quais está incluso o cadastramento e monitoramento de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças junto à Agência (BRASIL, 2010).

A definição de modelo assistencial consiste nas formas de organização tecnológica (recursos físicos, tecnológicos e humanos) do processo de prestação de serviços de saúde (PAIM, 1999; TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

De acordo com Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998) no cerne do sistema de saúde brasileiro há uma disputa entre modelos assistenciais diversos que ainda privilegia o modelo médico-assistencial privatista e o sanitarista em detrimento da construção de modelos alternativos, os quais contemplam tentativas de articular ações de promoção, prevenção e reabilitação nas dimensões individual e coletiva.

A promoção da saúde, como proposta para viabilizar a reorientação do modelo assistencial, constitui-se como um campo de saberes e práticas amplo e complexo, cuja definição não pode limitar-se a um conceito (SILVA; SENA, 2010).

Para subsidiar uma discussão sobre o potencial da promoção da saúde para promover mudanças optou-se por adotar aqui a abordagem socioambientalista sobre o tema, a qual foi instaurada a partir das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde e encontra-se em processo de construção em diversos cenários (SILVA; SENA, 2010).

Dessa forma, entendemos promoção da saúde como um campo político e metodológico útil para analisar e atuar sobre os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença que, por sua vez, dizem respeito às condições propiciadas

pelos aspectos físicos, sociais, econômicos e culturais nos quais os indivíduos e coletivos estão inseridos (MOYSÉS; MOYSÉS; KREMPEL, 2004; PEDROSA, 2004).

Vale ressaltar que o desenvolvimento de responsabilização múltipla, empoderamento e autocuidado são essenciais à efetivação da promoção da saúde, uma vez que permitem a construção de habilidades individuais a fim de viabilizar a tomada de decisões favoráveis à qualidade de vida (BUSS, 2003).

Diferente da promoção da saúde, as ações de prevenção de riscos e doenças destinam-se a detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco de enfermidades (BUSS, 2003).

Observa-se que o aumento das propostas de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças no setor suplementar pode representar um importante impacto positivo na saúde dos beneficiários de planos de saúde. Entretanto, visualizo que, embora haja interesses em expandir e regulamentar práticas de cuidados em saúde rompendo o paradigma biomédico-hospitalocêntrico, os programas desenvolvidos pelo setor suplementar ainda são pouco conhecidos e analisados.

Considerando os interesses econômicos do setor privado de saúde, pressuponho que a abordagem de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças possa estar sustentada em uma concepção racional e disciplinadora de vigilância e controle com vistas, essencialmente, à redução de custos em detrimento de práticas emancipatórias fundamentadas nos princípios da promoção da saúde. Se essa premissa for verdadeira, os atuais programas de promoção e prevenção podem estar restritos ao incremento de novas práticas sem potencial para promover mudanças significativas no modelo assistencial, mantendo a lógica dos interesses econômicos, operante no setor suplementar.

Andrade *et al.* (2009), em um estudo que analisou os modelos assistenciais praticados pelas operadoras de planos de saúde em Minas Gerais (MG), afirmam que existe uma tensão entre a racionalidade econômica, o modelo hegemônico de atenção à saúde e a integralidade do cuidado, no contexto da indução de novas práticas no campo da prevenção de doenças e promoção da saúde.

Considerando essas constatações, identifiquei como problema de pesquisa para esse estudo a tensão entre a proposta de reorientar o modelo assistencial do Setor Suplementar de saúde, através da incorporação de práticas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, que devem pautar-se por uma concepção holística de saúde voltada para a multicausalidade do processo saúde-doença, e a manutenção do atual modelo privatista operante nesse setor, marcado pela racionalidade econômica.

Diante da problemática, questiona-se:

- Quais abordagens de promoção da saúde estão presentes nos programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças desenvolvidos por operadoras e/ou prestadoras de planos privados de saúde?
- Como essas abordagens se expressam na conformação do modelo assistencial do setor suplementar?

Nessa perspectiva proponho como objetivo central do estudo analisar programas de promoção da saúde e prevenção de doenças em operadoras de planos privados de saúde e suas relações com o modelo assistencial praticado no setor suplementar.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Panorama da Saúde Suplementar no Brasil

O setor de saúde suplementar no Brasil é composto atualmente por 1.542 empresas e entidades operadoras de planos de assistência à saúde. Esse total está distribuído nas oito modalidades de classificação das operadoras, da seguinte forma: Autogestão, Cooperativa Médica, Filantropia, Medicina de Grupo, Seguradora Especializada em Saúde, Cooperativa Odontológica, Odontologia de Grupo, Administradora de Planos (BRASIL, 2012).

As empresas (operadoras) são constituídas sob diversas formas jurídicas:

- Medicina e odontologia de grupo – empresas comerciais, lucrativas, abertas, intermediárias de rede de prestadores contratada. Congregam-se em torno da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE), do Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo (SINAMGE) e do Conselho Nacional de Autorregulamentação das Empresas de Medicina de Grupo (CONAMGE). Atendem aproximadamente 31,6% dos usuários da saúde suplementar.
- Cooperativas médicas e odontológicas – sociedades sem fins lucrativos, organizadas pelos profissionais (médicos ou dentistas), que são sócios e prestadores. São abertas e representadas pelas Sociedades Cooperativas de Trabalho Médico (UNIMED). Atendem aproximadamente 27% dos usuários da saúde suplementar.
- Autogestão – empresas que operam planos de saúde destinados, exclusivamente, a empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, de uma ou mais empresas ou, ainda, a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados e seus dependentes. Não lucrativas, utilizando, muitas vezes, serviço próprio associado à rede contratada. É a modalidade dominante nas empresas estatais e órgãos da administração pública. A maioria é vinculada à União

Nacional de Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS) e, em Minas Gerais, vinculadas à Associação de Serviços Assistenciais de Saúde Próprios das Empresas (ASASPE). Atendem 9% dos usuários. Existem algumas instituições de autogestão sem vínculo específico com entidades.

- Seguradoras especializadas em saúde – sociedades seguradoras autorizadas a operar planos de saúde, desde que estejam constituídas como seguradoras especializadas nesse tipo de seguro, devendo seu estatuto social vedar a atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades. Cobrem ou reembolsam gastos com assistência à saúde. São vinculadas à Federação Nacional de Empresas de Seguros Privados e de Capitalização (FENASEG). Atendem 11% dos usuários da saúde suplementar no Brasil.
- Filantropia – entidades sem fins lucrativos que operam planos de saúde, sendo certificadas como entidades filantrópicas junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), e declaradas de utilidade pública pelo Ministério da Justiça ou pelos órgãos dos governos estaduais e municipais. São constituídas, principalmente, pelas Santas Casas e atendem cerca de 2,5% dos usuários da saúde suplementar.
- Administradoras de planos - empresas que apenas administram planos de saúde, que são financiados por outra operadora. Uma administradora não assume o risco decorrente da operação desses planos e não possui rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos.

A distribuição geográfica das operadoras evidencia uma concentração nas Regiões Sudeste e Sul do país, enquanto a Região Norte tem a menor concentração. Essa distribuição pode ser relacionada ao maior poder aquisitivo da população e ao grande número de indústrias e empresas contratantes de planos coletivos na Região Sudeste (BRASIL, 2012). Em Minas Gerais o número de beneficiários é 5.216.165, dos quais 1.327.695 estão em Belo Horizonte (BRASIL, 2012).

Os usuários dos planos de saúde estão concentrados nas áreas urbanas do país e estão reunidos, principalmente, nas grandes operadoras. Além disso, observa-se uma maior cobertura de mulheres e de pessoas das faixas etárias produtivas.

Verifica-se que há pouca alteração entre gêneros nas faixas etárias entre 20 e 59 anos. As menores taxas de vinculação a planos de saúde referem-se aos idosos acima de 70 anos (BRASIL, 2012).

A maioria dos planos de saúde é financiada pelo empregador do titular de forma integral ou parcial. Em geral a cobertura dos serviços é abrangente, sendo a modalidade de contrato mais comum a que engloba serviços ambulatoriais, hospitalares, exames diagnósticos e terapêuticos (BRASIL, 2012).

Para que as operadoras de saúde suplementar possam se configurar como gestoras do cuidado é necessário um processo regulatório efetivo pelo setor público. Mediante intensa negociação e implementação de Portarias e Resoluções por parte da ANS, as operadoras têm sido chamadas a rever a oferta de planos assistenciais e a implementar propostas que sejam de cuidado à saúde de seus beneficiários.

A Saúde Suplementar no Brasil caracteriza-se como um setor sustentado e permeado por uma lógica econômica e composto por atores com interesses antagônicos. Pode-se afirmar que o modelo assistencial praticado é o médico-hegemônico e o procedimento centrado em poucas ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde, o que leva a um consumo acrítico de tecnologias (JORGE; COELHO; REIS, 2007).

No contexto do Sistema Único de Saúde considera-se necessário discutir o papel do mercado de planos de saúde, seja para pensar o modo de regulação do Estado, seja para investigar a dimensão dos gastos das famílias com planos de saúde, ou ainda para analisar o perfil de morbidade, acesso e uso de serviços de saúde da população (OCKÉ-REIS, 2007).

É importante o estudo dos possíveis efeitos da concentração econômica desse mercado, pois tal movimento pode resultar no fortalecimento das grandes operadoras, com consequências imprevisíveis sobre a organização e financiamento do SUS. O aumento do poder desse mercado pode exigir do Estado uma postura mais ativa para preservar os princípios de defesa do consumidor, da concorrência regulada e do interesse público.

Mediante os estímulos da ANS e em razão da transição epidemiológica e do alto custo do modelo médico centrado, parte das operadoras tem buscado rever os paradigmas e construir um modelo assistencial de qualidade que se responsabilize pelo processo saúde-doença de seus beneficiários, em atenção integral e resolutiva para os clientes e que também reflita na redução dos gastos, seja em atendimentos ambulatoriais, seja em internações e intervenções hospitalares. Essa necessidade de mudança na oferta de ações assistenciais é sinalizada por Malta *et al.* (2004) como forma de evitar a fragmentação do cuidado, comandado por um processo de trabalho cuidador, capaz de orientar e construir com o usuário um projeto terapêutico efetivo capaz de atender suas necessidades e construindo assim uma linha de cuidado resolutiva e monitorada.

Uma das formas de reversão do modelo atual de saúde, visualizada pela ANS, é a implementação de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos. Por meio dessa estratégia pode-se, por um lado, reduzir os custos operacionais dos serviços e, por outro, construir um modelo mais cuidador, monitorando e articulando as diversas intervenções em saúde mediante o acompanhamento do caminhar do usuário pela rede de serviços e ampliando o acesso e humanização da assistência.

2.2 Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças: breve histórico, conceitos e diferenças

As diferentes abordagens que a promoção da saúde admite vêm sendo construídas ao longo da história e influenciam as práticas atuais. Assim, os referenciais que sustentam a promoção da saúde podem ser contextualizados historicamente a partir de três momentos que caracterizam sua concepção (SILVA; SENA, 2010).

O primeiro momento é marcado pelos discursos do início do século XIX até meados do século XX, caracterizando uma concepção higienista de promoção à saúde (SILVA; SENA, 2010). Neste período emergiram os conceitos de medicina social e saúde coletiva, baseados nas relações entre saúde e condições de vida, a partir do reconhecimento do aumento da mortalidade em função dos problemas sociais decorrentes da revolução industrial. Entretanto, os avanços científicos no campo

Biomédico com reforço da ideia da natureza biológica das doenças continuaram orientando as estratégias preventivas, deslocando o pensamento causal do processo saúde-doença do ambiente físico e social para agentes patogênicos (ANDRADE; BARRETO, 2003).

As mudanças no perfil epidemiológico das populações com aumento no índice das doenças crônicas e dos agravos por causas externas deram continuidade à tensão paradigmática relacionada às concepções de saúde, produzindo outras críticas e modelos explicativos de intervenção. Este contexto, correspondente à segunda metade do século XX, dá início ao segundo momento histórico que carrega uma visão comportamentalista da promoção da saúde (SILVA; SENA, 2010).

Na década de 1970 foi publicado o Relatório Lalonde, no Canadá, no qual os fatores ambientais e comportamentais foram apontados como potenciais para determinar o processo saúde-doença (BUSS, 2003). É marcante neste momento histórico o enfoque eminentemente preventista de mudança de estilo de vida e de comportamento através de propostas de intervenções fortemente moralizadoras nas quais prevalece a responsabilização e culpabilização dos indivíduos pelo processo de adoecimento (SICOLI; NASCIMENTO, 2003).

Importante ressaltar que atualmente existem programas que operacionalizam o conceito de prevenção das doenças e promoção da saúde da forma proposta pelo Relatório de Lalonde.

O terceiro momento histórico é instaurado com as Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, marcando a “Nova Promoção da Saúde”, que traz uma concepção socioambientalista sobre o tema (SILVA; SENA, 2010).

O moderno conceito de Promoção da Saúde tem seu início na Conferência Internacional de Alma Ata, em 1978, momento em que a saúde foi reconhecida pela primeira vez como direito. Sequencialmente, a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em 1989, no Canadá, amplia a compreensão de saúde ao focar seus determinantes sociais, econômicos, culturais, políticos e ambientais, além dos biológicos (WESTPHAL, 2006). A partir dessa concepção a promoção da saúde inclui em seu campo de ação os indivíduos, famílias, trabalho, renda,

alimentação, estilos de vida, lazer e condições que possibilitem escolhas saudáveis (PEDROSA, 2004).

A nova concepção de saúde defende a responsabilização do Estado na produção social da saúde e amplia, com a convocação da sociedade civil, o compartilhamento de ações e responsabilidades (SILVA; SENA, 2010).

Os conceitos básicos da “nova” promoção da saúde e as alternativas práticas coerentes com sua base política-ideológica vêm sendo construídos, reforçados e difundidos ao longo de seis Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, desde 1986, no Canadá (WESTPHAL, 2006).

A partir da análise e classificação das diferentes iniciativas de promoção da saúde realizadas no passado e atualmente, Westphal (2006) sintetizou três conceitos de promoção da saúde, bem como os conceitos norteadores de saúde e os tipos de práticas de cada vertente, que podem ser visualizados no Quadro 1.

QUADRO 1

Concepções de saúde e diferentes visões da promoção da saúde

ABORDAGENS	BIOMÉDICA	COMPORTAMENTAL	SOCIOAMBIENTAL
Conceito de saúde	Ausência de doenças e incapacidades	Capacidades físico-funcionais; bem-estar físico e mental dos indivíduos	Estado positivo; bem-estar bio-psico-social e espiritual; realização de aspirações e atendimento de necessidades
Determinantes de saúde	Condições biológicas e fisiológicas para categorias específicas de doenças	Biológicos, comportamentais; estilos de vida inadequados à saúde	Condições de risco biológicas, psicológicas, socioeconômicas, educacionais, culturais, políticas e ambientais
Principais estratégias	Vacinas, análises clínicas individuais e populacionais, terapias com drogas, cirurgias	Mudanças de comportamento para adoção de estilos de vida saudáveis	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Coalizões para advocacia e ação política; ❖ Promoção de espaços saudáveis; ❖ Empoderamento da população; ❖ Desenvolvimento de habilidades, conhecimentos e atitudes; ❖ Reorientação dos serviços de saúde
Desenvolvimento de programas	Gerenciamento profissional	Gerenciamentos pelos indivíduos e comunidades de profissionais	Gerenciamento pela comunidade em diálogo crítico com profissionais e agências

Fonte: Westphal (2006)

As abordagens de promoção da saúde presentes no Quadro 1 apresentam elementos que permitem fazer uma diferenciação entre as práticas de prevenção de doenças e a moderna abordagem socioambiental de promoção da saúde.

A prevenção de doenças é baseada na epidemiologia e destina-se à detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco de enfermidades (BUSS, 2003). Focaliza os aspectos biológicos, mas não considera a dimensão histórica-social do processo saúde-doença e, portanto, não inclui estratégias intersetoriais e políticas públicas saudáveis como intervenção sobre os determinantes de saúde.

Na concepção moderna da promoção da saúde, por sua vez, sobressai o protagonismo de práticas que privilegiam o envolvimento dos sujeitos nos processos de tomada de decisão através de espaços participativos, construtivos e direcionados para promover a autonomia dos indivíduos e comunidades (PEDROSA, 2004).

Com objetivo de contribuir com o entendimento das diferenças e aproximações entre promoção da saúde e prevenção de doenças, Westphal (2006) afirma que as conferências sobre promoção da saúde explicitam os seguintes princípios como definidores das práticas:

- As ações de promoção da saúde devem ser desenvolvidas a partir de uma concepção holística, capaz de ultrapassar os limites do setor saúde e fomentar o bem-estar físico, mental, social e espiritual dos indivíduos e coletivos.
- A equidade social é um princípio e objetivo da promoção da saúde, que traz para o centro da discussão a noção de necessidades diferentes, justificadas pela existência de desigualdades sociais estruturais.
- A interssetorialidade apresenta-se como dispositivo *sine qua non* para promoção da saúde, ante a multiplicidade e complexidade dos determinantes do processo saúde-doença.

- A participação social está relacionada ao fortalecimento da ação comunitária e ao empoderamento coletivo, visto que cria mecanismos que estimulam a corresponsabilidade e capacita a população para exercer controle sobre os determinantes de saúde.
- Sustentabilidade remete à criação de iniciativas coerentes com o desenvolvimento sustentável e com potencial para continuidade.

A mesma autora afirma que a promoção da saúde, em sua abordagem socioambiental, pode ser aplicada a atividades de prevenção, tratamento e reabilitação, desde que os princípios anteriormente enunciados sejam aplicados. Assim sendo, as ações do campo da prevenção podem promover saúde se contemplarem processos de formação e empoderamento individual e coletivo (WESTPHAL, 2006).

Acredita-se que o enfoque socioambiental da promoção da saúde seja potente para reorientar as práticas em saúde atuais no sentido de possibilitar a construção de um modelo assistencial mais cuidador e equitativo, no qual a emancipação das populações constitui um imperativo ético (AKERMAN; MENDES; BOGUS, 2004).

2.3 Modelos Assistenciais no Brasil

O modelo assistencial é parte dos componentes que formam um sistema de serviços de saúde. Consiste na forma de organização das ações destinadas à intervenção no processo saúde-doença, bem como articulação dos recursos físicos, tecnológicos e humanos utilizados na prestação de serviços de saúde (MALTA *et al.*, 2004; TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

Paim (2008) afirma que a conformação histórica do sistema de saúde no Brasil permite identificar modelos assistenciais hegemônicos e propostas alternativas que vêm sendo construídas. Os modelos predominantes, médico-assistencial e sanitário, convivem no país de forma contraditória ou complementar.

O modelo médico-assistencial é centrado na clínica, atende à lógica da demanda espontânea e tem como base os serviços especializados e os procedimentos (MALTA *et al.*, 2004). Esse modelo toma como objeto a doença ou o doente em sua

expressão individualizada; privilegia o médico como sujeito ou agente; utiliza como meios de trabalho os conhecimentos e tecnologias que permitem o diagnóstico e a terapêutica das patologias. A oferta de serviços é organizada através da rede de serviços de saúde, cujo *locus* privilegiado é o hospital (PAIM, 2008; TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

Nesse modelo, a assistência é voltada para os indivíduos que, por livre iniciativa, procuram os serviços de saúde e, por conseguinte, exclui as pessoas ou grupos populacionais que não percebem a existência de problemas de saúde (PAIM, 2008).

Com o crescimento de operadoras de planos de saúde o modelo de atenção gerenciada passou a coexistir, contraditoriamente, como integrante do modelo médico-assistencial. A atenção gerenciada (*Managed Care*), que se fundamenta na economia e na medicina baseada em evidências, preserva características do modelo médico-assistencial, especialmente o biologicismo e a subordinação dos consumidores (MERHY, 2000). Entretanto, enquanto o modelo médico-assistencial contribui com o aumento dos custos ao estimular a produção de serviços, ações e procedimentos, a atenção gerenciada dirige-se para a contenção da demanda e racionamento de procedimentos e serviços especializados com vistas à redução de custos (PAIM, 2008).

Sabe-se que algumas propostas de promoção da saúde e prevenção de doenças estão fundamentadas na atenção gerenciada desenvolvida pelo setor de saúde norte-americano que induz, principalmente, à racionalização dos custos assistenciais. Quando não há articulação dessas práticas com investimentos em humanização, a qualidade da assistência não é impactada e prevalece, assim, o foco em doenças e a fragmentação do cuidado, sem contribuir para a mudança do modelo assistência (UGÁ *et al.*, 2002).

O modelo sanitarista, também reconhecido como predominante no Brasil, apesar de ser subalterno ao médico-hegemônico, remete à saúde pública convencional institucionalizada durante o século XX. Centrado no saber biomédico, busca atender às demandas de saúde da população através de campanhas, programas especiais para condições ou agravos específicos, vigilância sanitária e epidemiológica (PAIM, 2008). Nessa perspectiva, ao direcionar sua atuação em certos agravos, riscos ou

grupos populacionais, esse modelo desconsidera os determinantes mais gerais de saúde e não enfatiza a integralidade da atenção (PAIM, 2008).

O modelo sanitarista tem como sujeitos os sanitaristas, os quais tomam como objeto os modos de transmissão e fatores de risco em uma perspectiva epidemiológica. O *locus* do trabalho passa do hospital para as unidades de saúde, locais em que são operacionalizadas as campanhas, programas e ações de vigilância sanitária e epidemiológica (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

Os modelos assistenciais predominantes no país, anteriormente descritos, têm apresentado limitações dentre as quais se destacam a ausência de integralidade, desigualdades no acesso aos serviços, inadequação frente às necessidades de saúde da população e qualidade insatisfatória (PAIM, 2008; TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

Assim, desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde discutem-se novas propostas e iniciativas, no sentido de superar tais limites e construir modelos assistenciais mais coerentes com a Reforma Sanitária brasileira (MALTA *et al.*, 2004; PAIM, 2008). Neste contexto a vigilância da saúde corresponde a um modelo assistencial que supera os modelos vigentes, visto que amplia o objeto de intervenção para além das determinações clínico-epidemiológicas individuais e coletivas ao incorporar as determinações sociais que afetam os grupos populacionais.

Nessa perspectiva a população organizada participa, junto aos profissionais e trabalhadores de saúde, como novos sujeitos; as intervenções também extrapolam o uso de conhecimentos e tecnologias médico-sanitárias ao incluir tecnologias de comunicação social para promoção e defesa das condições de vida e saúde (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998). A organização dos processos de trabalho ultrapassa os espaços institucionalizados dos serviços de saúde apoiando-se na ação interssetorial com as seguintes características: intervenções sobre problemas de saúde (danos, riscos e/ou determinantes); articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; ações sobre o território (PAIM, 2008).

O Quadro 2 apresenta a síntese dos modelos assistenciais aqui discutidos.

QUADRO 2
Modelos assistenciais e vigilância da saúde

Modelo	Sujeito	Objeto	Meios de Trabalho	Formas de Organização
Modelo médico-assistencial	Médico e paramédicos	Doença e doentes	Tecnologias médicas (indivíduo)	Rede de serviços de saúde (Hospital)
Modelo sanitaria	Sanitaristas e auxiliares	Modos de transmissão e fatores de risco	Tecnologia sanitária	Campanhas sanitárias, programas especiais, sistemas de vigilância epidemiológica e sanitária
Vigilância da Saúde	Equipe de saúde e população (cidadãos)	Danos, riscos, necessidades e determinantes dos modos de vida e saúde (condições de vida e trabalho)	Tecnologias de comunicação social, de planejamento e programação local situacional; tecnologias médico-sanitárias	Políticas públicas saudáveis; ações interssetoriais; intervenções específicas (promoção, prevenção e recuperação); operações sobre problemas e grupos populacionais

Fonte: Teixeira; Paim; Vilasbôas (1998).

Malta *et al.* (2004) afirmam que o estudo de modelos assistenciais em saúde suplementar está vinculado ao entendimento do funcionamento dos modelos no Sistema Único de Saúde (SUS), visto que a Constituição Federal define que ao setor privado cabe organizar-se de forma complementar ao público de acordo com as intencionalidades e princípios do SUS.

Pode-se afirmar que o modelo comumente praticado nos sistemas público e privado no Brasil consiste em práticas fragmentadas, predominantemente desarticuladas, centradas em produção de atos e nas queixas dos usuários. Nesse modelo, médico-assistencial hegemônico, o cuidado continua compreendido como consumo de procedimentos em que a qualidade está vinculada à utilização de tecnologias duras (ANDRADE *et al.*, 2009; MALTA *et al.*, 2004).

Ante o desafio de entender com maior profundidade como se estruturam os modelos assistenciais na saúde suplementar a ANS deve discutir novos mecanismos de macro e micro regulação capazes de apontar para novas formas de intervenção, tais

como a prevenção de agravos e promoção da saúde, visando garantir acesso, vínculo, responsabilização e integralidade da assistência aos usuários (MALTA *et al.*, 2004).

3 METODOLOGIA

3 METODOLOGIA

3.1 Abordagem metodológica

A busca pela compreensão do objeto proposto direcionou à adoção da abordagem qualitativa por ser considerada coerente com a problemática e objetivos deste estudo. Conforme Oliveira (1999, p.117),

as pesquisas que se utilizam da abordagem qualitativa possuem a facilidade de poder descrever a complexidade de uma determinada hipótese ou problema, compreender e classificar processos dinâmicos experimentados por grupos sociais, apresentar contribuições no processo de mudança, criação ou formação de opiniões de determinado grupo e permitir, em maior grau de profundidade, a interpretação das particularidades dos comportamentos ou das atitudes dos indivíduos.

Com base nessa afirmação entendo que a abordagem qualitativa é coerente com a proposta de analisar o funcionamento dos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças de operadoras de planos de saúde; além de possibilitar a identificação de experiências, atitudes e opiniões. Minayo *et al.* (2005) corroboram com essa discussão ao afirmar que a abordagem qualitativa preocupa-se com a interpretação da ação social e tem como objetivo possibilitar a compreensão das relações, visões e julgamentos dos diferentes atores sobre as intervenções das quais participam.

Para obter uma análise compreensiva e crítica do objeto estudado optei por adotar como referencial teórico-metodológico a hermenêutica-dialética. De acordo com Minayo *et al.* (2005), a hermenêutica trabalha com a comunicação na vida cotidiana através da busca pela compreensão de sentido que se dá à comunicação entre os seres humanos. Contudo, na vida social e na linguagem, nem tudo é inteligível e transparente; portanto, a abordagem hermenêutica precisa apoiar-se nas análises de contexto e práxis. Diferentemente da hermenêutica, a dialética é a ciência e arte do diálogo, pergunta e contestação. Assim, essa corrente de pensamento cria instrumentos de crítica e apreensão das contradições na linguagem, além de ressaltar o condicionamento histórico das falas, relações e ações (MINAYO *et al.*, 2005).

No que tange à interação entre hermenêutica e dialética, ambas referem-se à práxis estruturada pela tradição, linguagem, poder e trabalho. Contudo, enquanto a hermenêutica enfatiza a unidade de sentido e o consenso; a dialética se orienta para a busca dos núcleos obscuros e contraditórios para sustentar uma crítica (HABERMAS, 1987; MINAYO *et al.*, 2005).

O estudo de caso foi a estratégia de investigação adotada, por possibilitar o estudo de um fenômeno contemporâneo em seu cenário natural. É útil para obter informações sobre grupos e organizações (YIN, 2005) e, por conseguinte, constituiu-se como estratégia privilegiada para análise dos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, dentro do contexto organizacional das operadoras de planos de saúde.

Segundo as orientações de Yin (2005), o estudo de caso é uma estratégia abrangente que se baseia em várias fontes de evidências, com convergência dos dados em formato de triângulo. A esse respeito, Lüdke e André (1986) assinalam que o pesquisador deve apresentar os diferentes pontos de vista presentes em uma situação social como, também, sua opinião a respeito do tema em estudo. É fundamental que o pesquisador se mantenha aberto às novas descobertas que são feitas, como também se mantenha alerta aos novos elementos ou dimensões que poderão surgir ao longo da investigação.

Yin (2005) admite a existência de estudos de casos únicos e casos múltiplos, sendo o segundo tipo aconselhado pelo mesmo autor pelo fato de possibilitar conclusões analíticas mais contundentes. Além disso, se houver distinção entre os contextos dos casos estudados e conclusões comuns a partir do conjunto de dados, a capacidade externa de generalização é entendida de forma incomensurável. Ante o exposto, optei pela eleição de casos múltiplos para compor o cenário do estudo.

No que se refere à validade interna, os estudos de caso são avaliados pela qualidade de articulação teórica e adequação entre os modelos de análise e modelos teóricos utilizados. Quanto à validade externa, não há pretensão de possibilitar generalização estatística, mas objetiva-se possibilitar generalização analítica, através da expansão e criação de teorias (YIN, 2005).

3.2 Percurso Metodológico

A diversidade e complexidade das ações e serviços prestados pelo setor de saúde suplementar reafirmou a necessidade de construir estratégias de coletas de dados que, sem desconsiderar os aspectos metodológicos fundamentais, tivesse flexibilidade para apreender o novo e o inesperado para apresentar a realidade em análise.

Dessa forma, para a aproximação dos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças desenvolvidos em Belo Horizonte por operadoras de planos de saúde, o percurso metodológico do estudo incluiu três etapas: exploratória, de trabalho de campo e de compreensão dos dados.

3.2.1 Etapa Exploratória

Na etapa exploratória procedeu-se à identificação e reconhecimento das operadoras que desenvolvem programas de promoção da saúde e prevenção de doenças em Belo Horizonte e/ou região metropolitana.

Para tal, foi realizada uma busca na base de dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar com objetivo de identificar as operadoras de planos de saúde com atuação no município de Belo Horizonte. Nesse levantamento foram identificadas 79 operadoras, das quais 11 inscritas como cooperativas médicas, 32 como medicina de grupo, 13 seguradoras, 22 empresas de autogestão e uma de filantropia.

Importante ressaltar que as ferramentas disponíveis para busca não possibilitaram o refinamento desejado dos dados e, por conseguinte, foi necessário fazer contatos telefônicos para confirmação sobre a atuação de algumas operadoras no município de Belo Horizonte.

Ante o grande número de operadoras listadas e a existência de um número expressivo de instituições com limitada atuação em Belo Horizonte, a faixa de beneficiários acima de 5.000 vidas foi utilizada como critério de seleção, por sugerir uma representatividade em termos de abrangência. Assim, das 79 operadoras

previamente identificadas, 39 atendiam ao critério de seleção e foram incluídas na continuação do processo exploratório.

Do universo das operadoras pré-selecionadas procurou-se identificar aquelas que oferecem programas de promoção da saúde e prevenção de doenças. Essa identificação foi realizada por meio de contatos telefônicos com as operadoras, busca de informações no site das operadoras e também a partir do conhecimento produzido pelos pesquisadores em outros estudos.

Esse movimento mostrou-se bastante desafiante, uma vez que as informações sobre os programas de promoção e prevenção nas operadoras não são explícitas e nem todos os programas desenvolvidos são registrados na ANS. Em algumas operadoras, nas quais sabíamos da existência dos programas por meio de informantes-chave, não foi possível confirmar essa informação formalmente. Portanto, elas não se configuraram como cenários possíveis para o trabalho de campo.

Após a definição de operadoras que desenvolvem programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, o próximo passo consistiu em identificar os dirigentes, presidentes ou diretores técnicos de cada uma delas para o encaminhamento das cartas de apresentação do projeto de pesquisa e solicitação de autorização para sua inclusão no estudo (APÊNDICE A). Esse movimento foi novamente desafiante para o desenvolvimento do estudo, pois houve grande dificuldade em obter a aceitação das instituições para compor os cenários.

O resultado da pré-seleção e os achados referentes à oferta de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças encontram-se apresentados no Quadro 3.

QUADRO 3

Operadoras de planos de saúde em Belo Horizonte, por modalidade e oferta de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças. Belo Horizonte, 2011

(Continua)

Modalidade	Operadoras	Beneficiários em Minas Gerais	Oferta de programas de promoção e prevenção
Cooperativa médica	Central Nacional Unimed - Cooperativa Central	14.824	Não respondeu
Cooperativa médica	Unimed BH Cooperativa de Trabalho Médico	540.026	Sim
Cooperativa médica	Unimed Vale do Aço Cooperativa de Trabalho Médico	5.202	Não
Medicina de grupo	Amil Saúde Ltda.	12.665	Sim
Medicina de grupo	Good Life Saúde S/A	7.723	Sim
Medicina de grupo	Amil Assistência Médica Internacional S.A.	7.653	Sim
Medicina de grupo	Matermed Assistência Médica Ltda.	14.787	Sim
Medicina de grupo	Samp Minas Assistência Médica Ltda.	9.979	Sim
Medicina de grupo	Promed Assistência Médica Ltda.	98.472	Não respondeu
Medicina de grupo	Intermédica Sistema de Saúde S/A	16.824	Não respondeu
Medicina de grupo	Casa de Saúde São Bernardo S/A	7.785	Não respondeu
Medicina de grupo	Admedico Administração de Serviços Médicos à Empresa Ltda.	8.002	Não respondeu
Medicina de grupo	Golden Cross Assistência Internacional de Saúde Ltda.	39.248	Sim
Medicina de grupo	Saúde - Sistema Assistencial Unificado de Empresas - Sociedade Simples	15.040	Sim
Medicina de grupo	Confiança Assistência Médico Hospitalar Ltda.	10.501	Sim
Medicina de grupo	Só Saúde Assistência Médico Hospitalar Ltda.	33.897	Sim
Medicina de grupo	Vitallis Saúde S/A	18.795	Sim
Medicina de grupo	Administradora Brasileira de Assistência Médica Ltda.	24.901	Não conseguimos contato
Medicina de grupo	Fundação Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte	96.795	Não
Seguradora	Sul América Seguro Saúde S/A	6.226	Não respondeu
Seguradora	Tempo Saúde Seguradora S.A.	5.467	Não respondeu

QUADRO 3

Operadoras de planos de saúde em Belo Horizonte, por modalidade e oferta de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças. Belo Horizonte, 2011

(Conclusão)

Modalidade	Operadoras	Beneficiários em Minas Gerais	Oferta de programas de promoção e prevenção
Seguradora	Allianz Saúde S/A	5.898	Não respondeu
Seguradora	Unimed Seguros Saúde S/A	11.120	Sim
Seguradora	Bradesco Saúde S/A	60.169	Sim
Filantropia	Fundação São Francisco Xavier	6.148	Não
Autogestão	Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil	7.200	Sim
Autogestão	Fundação Saúde Itaú	6.191	Sim
Autogestão	Fundação dos Empregados da Fiat	63.000	Sim
Autogestão	COPAS Saúde – Associação de Assistência aos Empregados da COPASA	20.285	Não
Autogestão	Acelormital Brasil S/A	5.485	Sim
Autogestão	Caixa de Assistência à Saúde da Universidade	19.828	Sim
Autogestão	Caixa de Assistência dos Advogados de Minas	9.166	Sim
Autogestão	Fundaffemg - Fundação Affemg Assistência à Saúde	5.845	Sim
Autogestão	Previminas - Fundação de Seguridade Social	5.472	Não respondeu
Autogestão	Caixa Econômica Federal	10.249	Sim
Autogestão	GEAP - Fundação de Seguridade Social	15.989	Sim
Autogestão	Vale S/A	12.321	Sim
Autogestão	Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos	8.685	Não respondeu
Autogestão	Cemig Saúde	19.919	Não respondeu

Fonte: ANS e Dados da Pesquisa

Dentre as 23 operadoras que confirmaram o desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, seis aceitaram o convite para participar da pesquisa em tempo hábil para possibilitar o cumprimento do cronograma desta Dissertação. Compuseram o cenário do estudo quatro operadoras da modalidade autogestão e duas operadoras na modalidade medicina de grupo. Importa ressaltar que não foi objetivo do estudo evidenciar possíveis diferenças que podem estar relacionadas às modalidades assistenciais. Assim, o fato de não haver

operadoras das modalidades seguradora, filantropia e cooperativa médica não foi relevante para este estudo.

3.2.2 Trabalho de campo

A partir do recorte realizado através da definição das operadoras que compuseram o cenário do estudo foi iniciada a investigação dos fenômenos estudados, através da aplicação das técnicas e estratégias de coleta de dados. Assim, o trabalho de campo foi realizado em duas fases detalhadas na sequência.

Na fase 1 foram realizadas entrevistas com representantes da gestão das operadoras e/ou coordenadores dos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças. As entrevistas foram orientadas por roteiros semiestruturados (APÊNDICES B e C) com objetivo de identificar informações gerais sobre a organização dos serviços prestados pelas operadoras, abrangência dos programas, perfil da clientela, acesso e adesão dos beneficiários aos programas, relações entre operadoras e ANS, dentre outros. Essas entrevistas incluíram também a busca de informações sobre os programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, ofertados pelas operadoras, e solicitação de autorização para proceder às observações das atividades em ato, bem como as entrevistas com profissionais e beneficiários.

A escolha da técnica de entrevista com roteiro semiestruturado para coleta de dados apoia-se nas orientações de Minayo *et al.* (1994), que apontam a entrevista como um importante componente da realização da pesquisa qualitativa, sendo que através desse procedimento podem-se obter dados objetivos e subjetivos sobre o objeto investigado. De acordo com Minayo *et al.* (1994, p.57), a entrevista

não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada.

Triviños (1987) corrobora com essa discussão ao afirmar que a entrevista com roteiro semiestruturado parte de questionamentos básicos, elaborados pelos pesquisadores a partir dos objetivos da pesquisa, e que oferece ampla possibilidade

interrogativa, fruto de novas hipóteses que vão surgindo, à medida que os informantes vão revelando as informações.

Uma das operadoras analisadas informou, no momento da entrevista, que a instituição estava passando por um processo de consultoria para reformulação de seus programas. Diante disso, a gestora da empresa de consultoria também foi entrevistada, no intuito de desvelar informações acerca da lógica que norteia as propostas de mudanças nos programas.

Nessa etapa foram revelados conceitos, valores, formas de organização e gestão dos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças. Além disso, foram obtidas informações sobre todos os programas ofertados pelas operadoras, tanto os que estavam ativos no período de coleta de dados, quanto aqueles que se encontravam desativados por motivos e situações diversas. A partir de então, optou-se por incluir neste estudo todos os programas, citados pelas operadoras, que estavam ativos no momento do estudo e que utilizavam estratégias de trabalho em grupo.

A fase 2 do trabalho de campo constituiu-se de observações participantes das atividades dos programas investigados e entrevistas com profissionais e beneficiários, com objetivo de aprofundar o conhecimento do fenômeno de estudo.

A observação participante é um procedimento de coleta sistematizada de dados que permite identificar as atividades nas quais as pessoas estão inseridas no contexto da ação (LAPASSADE, 2001). Na cena concreta ou “em ato”, expressam-se valores, conceitos e tecnologias que não necessariamente seriam captados em entrevista (quando geralmente se fala do “dever ser” – e não do que realmente é – ou de como cada um interpreta a cena vivida – sem expressar necessariamente os conflitos).

Segundo Lapassade (2001), existem três tipos de observação participante os quais se diferenciam conforme o grau de interação e envolvimento com o grupo: observação participante periférica, ativa e completa. Neste estudo, foi realizada a observação participante periférica, através da qual, seguindo as orientações de Lapassade (2001), houve certo grau de implicação do observador no grupo, de modo a permitir a apreensão dos aspectos investigados. Contudo, o pesquisador assumiu um distanciamento de modo a não se colocar no centro das atividades para

não alterar a dinâmica original dos trabalhos em grupo e, com isso, comprometer a análise da realidade empírica.

A observação participante periférica foi uma opção estratégica para compor o conjunto de procedimentos utilizados para coleta de dados com vistas a ampliar a compreensão do objeto estudado. Ante o conhecimento sobre a possível flexibilidade das técnicas, as quais não se constituem com normas rígidas, foi elaborado um roteiro (APÊNDICE D) contendo alguns elementos para nortear as observações, sem a pretensão de estabelecer preceituários rígidos a serem cumpridos ininterruptamente. O número de observações de uma mesma prática foi definido a partir da avaliação do pesquisador, após julgar concluído o objetivo da observação. Vale ressaltar que não houve pretensão de desenvolver um estudo de cunho etnográfico, o qual demanda total imersão do pesquisador no cotidiano de vida e trabalho estudados.

A entrada do pesquisador nos cenários a serem observados foi precedida da autorização dos profissionais que conduziam as práticas e também dos beneficiários participantes. No momento da solicitação de autorização o pesquisador explicou sobre o objeto e objetivos do estudo, além de esclarecer sobre o processo de observação participante periférica. Esse momento inicial de apresentação foi de suma importância, visto que favoreceu a abertura e acolhimento dos participantes para com a pesquisadora. Neste sentido, percebi que minha presença como observadora permitiu certo envolvimento com alguns grupos, fato que favoreceu a partilha de informações enriquecedora para a compreensão do objeto em estudo, em momentos informais de convivência.

Gualda e Hoga (1997) advertem que a subjetividade do pesquisador, relacionada ao envolvimento do mesmo com os informantes é uma questão frequentemente colocada em relação ao rigor metodológico das pesquisas sociais. Para tentar minimizar esse viés, me dediquei a sustentar meus relatos de observações em situações objetivas, como expressões e atitudes. Em geral, durante o desenvolvimento das atividades observadas, mantive uma atitude reservada e expus algumas colocações ou opiniões somente quando solicitado por profissionais ou beneficiários.

Optei por manter comigo um diário de campo, no qual fiz anotações “condensadas” sobre os recursos materiais utilizados, atores envolvidos, objetivos das práticas, tecnologias e metodologias de trabalho utilizadas, dinâmica das atividades, sentimentos e posturas expressadas, dizeres e atitudes que se destacaram. Ao final de cada observação registrei também minhas percepções e análises frente ao observado. Seguindo as orientações de Spradley (1980) os registros condensados foram posteriormente transformados em registros “expandidos”, através da organização das anotações e construção de textos com características descritivas e reflexivas.

Nesse processo foram observados diferentes tipos de atuação da equipe, diferentes configurações de interação entre os trabalhadores e dos trabalhadores com os usuários, além de diferentes repertórios tecnológicos e arranjos organizacionais.

Spradley (1980) propõe que sejam realizadas entrevistas durante o processo de observação participante, com vistas à ampliação da possibilidade de captação dos consensos e descensos entre os dizeres e os fazeres. Assim, simultaneamente à observação participante foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os profissionais que desenvolvem as práticas dos programas (APÊNDICE E) e com beneficiários participantes (APÊNDICE F).

Por se tratar de um estudo qualitativo, não houve definição prévia do número de profissionais e beneficiários entrevistados, visto que a representatividade dos participantes deve ser privilegiada em detrimento da quantificação. Assim, foram convidados para entrevista os profissionais e beneficiários que demonstraram maior conhecimento sobre o objeto explorado, seja pelo tempo de permanência nos programas ou pelo envolvimento e disponibilidade apresentados durante a observação.

O Quadro 4 sintetiza o conjunto de dados coletados durante o trabalho de campo.

QUADRO 4

Conjunto de dados coletados durante o trabalho de campo. Belo Horizonte, 2012

Operadoras	Entrevistas				Programas / práticas observadas	Documentos disponibilizados	Outros materiais analisados
	Gestor	Coordenador	Profissionais	Beneficiários			
Operadora 1	não	sim	sim	sim	Programa para adolescentes Programa de condicionamento físico Programa consciência postural Oficina da memória Dança para melhor idade	Projetos dos programas Instrumentos de avaliação da satisfação dos beneficiários	Cartilhas educativas Convites para eventos de promoção e prevenção Revista trimestral da operadora
Operadora 2	sim	sim	sim	sim	Prog. de acompanhamento e tratamento da obesidade mórbida Programa de reeducação Alimentar	Relatório de consultoria em programas de promoção e prevenção do programa de tratamento da obesidade mórbida	não
Operadora 3	sim	sim	não	não	Prática de educação em saúde do trabalhador	não	não
Operadora 4	sim	sim	sim	sim	Programa de Controle da Obesidade	não	não
Operadora 5	não	sim	sim	sim	Programa para gestantes Programa de nutrição	não	Cartilhas educativas
Operadora 6	sim	não	sim	sim	Prática de Yoga Grupo de atividade física	não	Cartilhas educativas Convites para eventos de promoção e prevenção

Fonte: Dados da Pesquisa

O *corpus* empírico do estudo foi constituído de quatro entrevistas com gestores, cinco entrevistas com coordenadores dos programas de promoção da saúde, 14 entrevistas com profissionais, 16 entrevistas com usuários e uma entrevista com gestor de prestadora, que somaram 1.013 minutos de gravação em áudio. Compôs também o *corpus* 33 páginas de registro em diário de campo referente às observações das práticas estudadas.

3.2.3 Compreensão dos dados

A organização dos dados empíricos, para viabilizar a análise e interpretação, demandou intenso trabalho pelo volumoso e diversificado material acumulado. Nesse movimento o material originado das gravações em áudio (entrevistas) foi transcrito na íntegra. As transcrições foram realizadas com auxílio de duas bolsistas de iniciação científica do NUPEPE, as quais se comprometeram com os aspectos éticos referentes à confidencialidade dos dados.

A etapa seguinte consistiu em leituras exaustivas dos discursos, buscando “apreender as estruturas de relevância dos atores sociais, as ideias centrais que tentam transmitir e os momentos-chave de sua existência” (MINAYO, 2007, p.235).

A caracterização das operadoras foi organizada em sequência numérica aleatória (1 a 6) e foram atribuídos códigos a elas para garantir o anonimato dos informantes quando do tratamento do material empírico, conforme Quadro 5.

QUADRO 5

Códigos atribuídos ao material empírico. Belo Horizonte, 2012

Material/ cenário	Operadora 1	Operadora 2	Operadora 3	Operadora 4	Operadora 5	Operadora 6
Entrevista gestor	Não realizado	Gestor OP2	Gestor OP3	Gestor OP4	Não realizada	Gestor OP6
Entrevista coordenador	Coordenador OP1	Coordenador OP2	Coordenador OP3	Coordenador OP4	Coordenador OP5	Não existe
Entrevistas profissionais	Fisioterapeuta OP1 Psicóloga 1 OP1 Psicóloga 2 OP1 Médico OP1 Fisioterapeuta OP1	Psicóloga OP2	Não realizado por falta de autorização da prestadora	Fisioterapeuta OP4 Nutricionista OP4 Psicóloga OP4	Ginecologista OP5 Odontólogo OP5 Psicólogo OP5	Professora de Yoga OP6 Educador Físico OP6
Entrevistas beneficiários	Beneficiário 1 OP1 Beneficiário 2 OP1 Beneficiário 3 OP1 Beneficiário 4 OP1 Beneficiário 5 OP1	Beneficiário 1 OP2 Beneficiário 2 OP2 Beneficiário 3 OP2	Não realizado por falta de autorização da prestadora	Beneficiário 1 OP4 Beneficiário 2 OP4 Beneficiário 3 OP4	Beneficiário 1 OP5	Beneficiário 1 OP6 Beneficiário 2 OP6 Beneficiário 3 OP6 Beneficiário 4 OP6
Entrevista gestor de prestadoras	Não há contrato com prestador	Gestor prestadora OP2	Não autorizado	Não há contrato com prestador	Não há contrato com prestador	Não há contrato com prestador

Fonte: Dados da Pesquisa

O quadro 5 revela que os programas de promoção da saúde e prevenção de doenças aqui estudados incorporam diferentes categorias profissionais. Cabe ressaltar que não foi identificada atuação do profissional enfermeiro nestes programas uma vez que suas atividades continuam limitadas aos contextos que demandam ações tradicionais, centradas em procedimentos e técnicas, tais como aquelas desenvolvidas nos programas de atenção domiciliar. Embora tenham sido citados como parte das propostas de promoção e prevenção, os programas de atenção domiciliar não foram analisados, visto que não são objeto deste estudo.

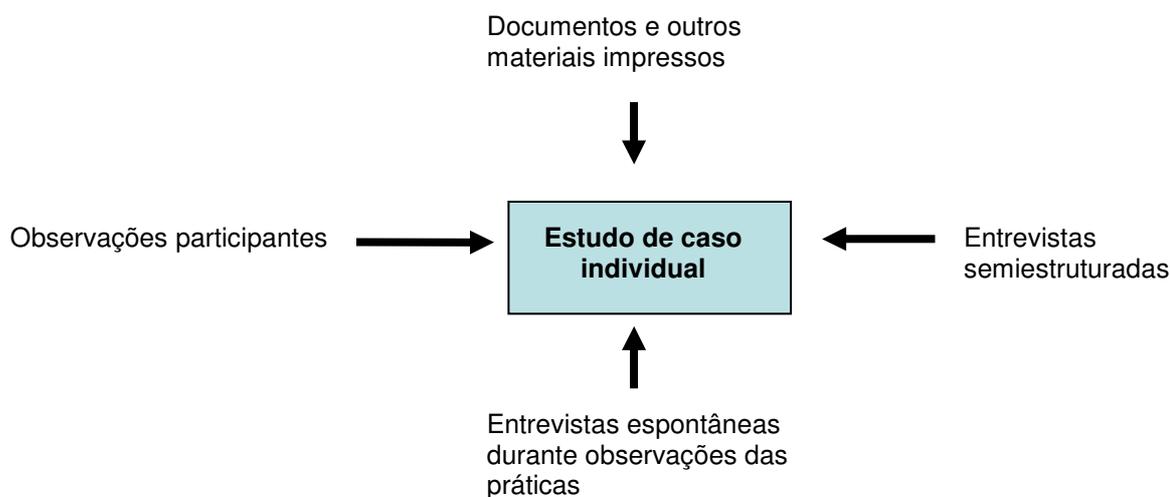
A organização dos dados provenientes do diário de campo foi realizada através da unificação dos textos referentes às observações de cada prática, de modo a apresentar uma sequência lógica do processo de desenvolvimento das práticas, incluindo os fatos e situações que se destacaram.

Os documentos e outros materiais disponibilizados por algumas operadoras foram analisados quanto ao conteúdo e forma de apresentação, e utilizados de maneira complementar às entrevistas e observações.

A triangulação dos dados previamente organizados foi um recurso que norteou todo o processo de análise. Yin (2005) apoia essa opção ao afirmar que o fundamento lógico para a utilização de múltiplas fontes de evidências é a triangulação de dados. De acordo com Minayo *et al.* (2005) a triangulação como recurso metodológico processa-se por meio do diálogo entre diferentes métodos, técnicas e fontes.

A Figura 1 representa esquematicamente a triangulação de dados a partir das fontes e técnicas utilizadas neste estudo.

FIGURA 1 - Triangulação de dados: convergência de evidências



Fonte: Figura adaptada de Yin (2005).

A partir dessas premissas optei por fazer uma descrição analítica de cada operadora e também das práticas estudadas em cada uma delas, a partir da triangulação de discursos e observações.

Minayo *et al.* (2005) contribuem com a definição do termo “descrição analítica” ao afirmarem que a descrição de dados preserva a opinião dos diferentes informantes e o processo analítico, por sua vez, traça um caminho sistemático para alcançar as relações entre as partes que compõem o conjunto de dados. Assim, uma descrição

analítica vai além da mera descrição e apresenta, também, as ideias que estão subjacentes aos discursos dos atores de pesquisa.

As descrições analíticas das operadoras e das práticas foram precedidas de várias aproximações do material empírico em busca dos sentidos das falas e das ações para alcançar uma compreensão para além dos limites do que é descrito.

Nesse processo, para construir a descrição analítica de cada operadora, as entrevistas com gestores, coordenadores e a análise dos documentos foram cruzados e organizados a partir de alguns elementos considerados centrais: identificação da operadora, aspectos organizativos da operadora e dos programas, rede de serviços, acesso dos usuários aos programas.

As descrições analíticas dos programas estudados foram estruturadas através do cruzamento dos discursos dos profissionais e beneficiários com os textos sistematizados a partir das observações *in loco*.

Optei por apresentar a descrição analítica dos dados de cada operadora de forma mais ampla, em detrimento da utilização de fragmentos de discursos descontextualizados, por considerar a necessidade de explicitar a racionalidade dos contextos e a lógica interna dos diferentes casos.

A interpretação do conjunto dos seis casos estudados foi realizada a partir da estratégia de síntese de casos cruzados, proposta por Yin (2005). O autor orienta que a síntese de casos cruzados é uma técnica analítica que se aplica especificamente à análise de casos múltiplos. A técnica trata cada estudo de caso individual como um estudo separado e busca investigar se os diferentes casos compartilham semelhanças que possam refletir categorias analíticas. Ele sugere a criação de tabelas contendo palavras que exibam os dados provenientes dos casos individuais, principalmente se o estudo incluir um grande número de estudos de casos. Contudo, neste estudo optei por não construir as tabelas sugeridas, mas apresentei a descrição analítica dos casos individuais de cada operadora.

A partir de então, foi realizada uma leitura transversal dos seis casos, por meio da qual foram identificadas três categorias temáticas, relacionadas à problemática e aos objetivos do presente estudo (QUADRO 6).

QUADRO 6
Categorias e subcategorias temáticas

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
ABORDAGEM DA PROMOÇÃO DA SAÚDE REVELADA NOS PROGRAMAS.	<ul style="list-style-type: none"> - Enfoque nos riscos e comportamentos: dispositivos disciplinares e biopolíticas nos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças. - Metodologias e sujeitos nos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças: é possível inventar novas formas mais libertárias?
MODELO DE ATENÇÃO PRATICADO PELAS OPERADORAS: QUE LUGAR OCUPA A PROMOÇÃO DA SAÚDE?	- Oferta, abrangência e acesso dos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças.
TENSÕES PARA PROMOÇÃO DE SAÚDE NA SAÚDE SUPLEMENTAR: ATAVESSAMENTOS DO CAPITAL.	

As categorias temáticas foram discutidas a partir da articulação entre os dados e a produção científica relacionada, configurando o movimento, ao mesmo tempo, compreensivo e crítico sustentado pelo referencial da hermenêutica-dialética. Neste processo, os dados empíricos foram comparados e confrontados com as discussões provenientes de outros estudos, de modo a sustentar ou contradizer os achados e análises resultantes desta pesquisa.

3.3 Aspectos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais como extensão da pesquisa “Promoção da saúde na saúde suplementar: o trabalho da enfermagem e a reestruturação produtiva no setor”, tendo sido aprovado com parecer número 0581.0.203.000-11.

A coleta de dados em cada cenário foi precedida de contato com os gestores dos serviços, solicitando sua participação na pesquisa (APÊNDICE A). Aos entrevistados foi entregue carta individual de apresentação do projeto de pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE G), sendo que os dados só foram coletados após o consentimento e a assinatura do Termo.

Todas as etapas deste projeto se processaram em concordância com a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

**4 PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E
PREVENÇÃO DE RISCOS E DOENÇAS:
OPERADORAS EM ANÁLISE**

4 PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE RISCOS E DOENÇAS: OPERADORAS EM ANÁLISE

Na primeira parte dos resultados apresenta-se a descrição analítica das operadoras e dos programas analisados. A descrição está organizada de forma a apresentar os dados gerais das operadoras, as formas de organização institucionais dos programas, os recursos utilizados, desafios e potencialidades; bem como uma descrição detalhada das atividades acompanhadas durante o trabalho de campo.

4.1 Operadora 1

A operadora 1 foi instituída por uma associação de servidores do Estado de Minas Gerais em 1995. Trata-se de uma operadora de plano de saúde da modalidade autogestão não patrocinada, direcionada aos servidores públicos estaduais, municipais e federais de um determinado ramo de atuação, desde que filiados à associação.

Conforme dados sistematizados e apresentados por gestores da operadora, o total de beneficiários contabilizados em abril de 2012 corresponde a 15.456 vidas, sendo que 46,75% dos beneficiários residem em Belo Horizonte. Dentre as características dos beneficiários da operadora destacam-se um número de pessoas acima de 59 anos de idade e a predominância das classes sociais alta e média alta.

A operadora possui uma sede própria onde funcionam os setores administrativos e gerenciais, setor de gestão de saúde, central de atendimento ao cliente e marcação de consultas. A estrutura física da sede é composta por consultórios médicos, auditório, espaço para reuniões comemorativas e três salões equipados para o desenvolvimento das práticas dos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças. Nos consultórios médicos da sede atuam especialistas em pediatria, ginecologia e obstetrícia, clínica médica, cardiologia e geriatria, além de uma nutricionista. É realizada uma triagem pré-consulta, por técnicos de enfermagem, que além de aferirem os dados vitais dos usuários, aplicam um questionário contendo questões sobre o perfil epidemiológico e prestam orientações em saúde.

O setor de gestão de saúde é responsável por elaborar e gerenciar todos os programas e eventos de saúde da operadora, dentre os quais se destacam os programas de promoção da saúde e prevenção de doenças. Atua nesse setor uma equipe composta por uma coordenadora (gerente de saúde), duas psicólogas, duas assistentes sociais e um técnico administrativo, que trabalham no planejamento, organização e operacionalização dos programas de promoção e prevenção, juntamente com os profissionais liberais prestadores de serviços que trabalham no desenvolvimento das atividades específicas dos programas.

Além dos serviços próprios prestados na sede, a operadora conta com uma rede de serviços credenciados. De acordo com a gestora de saúde, o investimento em uma sede com potencial para atender a algumas demandas dos beneficiários, através de profissionais contratados pela própria operadora, foi motivado pela possibilidade de aproximar os beneficiários do núcleo gerencial da operadora, visto que essa proximidade permite a identificação das demandas, racionalização de custos e contribui para a gestão do cuidado.

[...] Até pra gente conhecer melhor o nosso usuário e tê-lo ali conosco; então ampliamos, colocamos consultórios nessa sede (coordenador OP1).

A gente tem os consultórios aqui dentro que também estão atuando nessa prevenção/promoção porque o usuário faz um exame, daí a três meses, ele faz a mesma coisa, daí um mês ou uma semana ele faz a mesma coisa e não obtém resultado. Então, aqui tem um acompanhamento, um médico de referência para orientar (coordenador OP1).

Os investimentos em programas de promoção da saúde e prevenção de doenças tiveram início em 1999, a partir da iniciativa de dois profissionais, um médico e um gerente, que tinham o objetivo de investir em práticas preventivistas. Neste contexto, uma assistente social e uma psicóloga foram contratadas para desenvolver práticas com objetivo de compor programas de promoção da saúde e prevenção de doenças. As práticas pioneiras foram campanhas de vacina e palestras que eram realizadas em espaços alugados. O sucesso das práticas, evidenciado pela adesão dos beneficiários, impulsionou novos investimentos de modo a atender às demandas dos usuários e também as orientações da ANS. Por conseguinte, houve ampliação da sede própria da operadora com incremento de infraestrutura adequada ao desenvolvimento dos programas de promoção e prevenção.

A gente foi crescendo à medida que a ANS foi soltando as orientações e a gente foi vendo pelas nossas faixas etárias também, a necessidade de fazer programas específicos pra algumas áreas. Então a nossa população é mais envelhecida, nós buscamos trazer esse usuário pra dentro da operadora com programas e temas de interesse deles (...) então aí os temas, os próprios usuários foram direcionando pra gente, de acordo com o que eles mais queriam saber. Então foi tudo assim evoluindo e encaixando de forma que os grupos foram surgindo dessas demandas deles (coordenador OP1).

Durante o processo de coleta de dados foram enunciados vários programas e eventos de promoção da saúde e prevenção de doenças ofertados pela operadora. Contudo, alguns deles encontravam-se inoperantes devido à baixa demanda e adesão ou por se tratar de práticas pontuais. O Quadro 7 apresenta uma síntese dos programas da operadora.

QUADRO 7
Programas e práticas citados pela Operadora 1

(Continua)

Programas, Eventos, Oficinas	Características
Campanhas de vacinação	Administração de vacinas contra gripe/pneumonia, hepatite B, meningite, HPV.
Programa de condicionamento físico.	Objetiva aumentar a conscientização corporal, agilidade e força muscular, além de promover a socialização. Público alvo: beneficiários acima de 25 anos. Ofertado semestralmente
Visita puerperal	Visita domiciliar realizada por uma enfermeira até o 5º dia de vida do recém-nascido. Tem como objetivo oferecer orientações sobre o aleitamento materno, cuidados com o coto umbilical, banho, vacinas, higienização e limpeza do ambiente, dentre outras.
Programa de consciência postural	Objetiva melhorar a flexibilidade e força muscular, principalmente no tronco e abdome. Prevenir patologias relacionadas à postura incorreta, diminuindo as tensões musculares. Melhorar a consciência corporal. Público alvo: beneficiários acima de 25 anos. Ofertado semestralmente
Evento infantil de educação para saúde	Evento destinado a crianças e jovens de um a 14 anos. Através de vários estandes da área da saúde são realizadas orientações sobre vacinas, cuidados com higiene bucal, exames de acuidade visual, aferição da pressão arterial, cálculo do IMC, atendimento de nutricionista. Além disso, há atividades recreativas, distribuição de brindes e lanche. Ofertado anualmente
Dança para melhor idade	Tem como objetivo melhorar a concentração, a memória e as condições físicas em geral, além de motivar o usuário para a prática de exercícios, fortalecer a autoconfiança, possibilitar a integração e o convívio social. Público alvo: beneficiários acima de 45 anos. Ofertado semestralmente

QUADRO 7
Programas e práticas citados pela Operadora 1

(Conclusão)

Programas, Eventos, Oficinas	Características
Programa destinado aos adolescentes	Objetiva discutir questões relacionadas aos fatores de risco biológicos e psicossociais comuns à faixa etária de 11 a 17 anos. Os eixos norteadores das discussões em grupo são sexualidade e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, drogadicção, relações familiares e sociais. Ofertado semestralmente
Grupo de apoio aos diabéticos e hipertensos	Objetiva orientar portadores de diabete e hipertensão arterial sistêmica quanto aos cuidados necessários para melhor controle das doenças. Foi criado em 2007, mas atualmente não está operante devido à dificuldade operacional de identificar novos casos para inclusão no programa. Consistia em uma consulta inicial com médico geriatra, seguida de oito encontros durante dois meses com diferentes profissionais, tais como: médico, psicólogo, nutricionista, farmacêutico, fisioterapeuta e enfermeiro.
Palestras em comemoração a datas especiais.	Palestras em datas especiais, tais como Dia dos Pais, Dias das Mães, Dia Internacional da Mulher. Abordam temas variados relacionados à vida familiar, autoestima, relações afetivas, dentre outros.
Oficina de alimentação	Objetiva oferecer instruções para hábitos alimentares saudáveis. A oficina é ministrada por um médico endocrinologista em quatro encontros. Dedicada especialmente a beneficiários com sobrepeso, mas também é aberta a outros interessados. Ofertado anualmente
Palestras bimestrais	Eventos para educação em saúde, através de palestras informativas, cujos temas são selecionados pelos usuários e direcionados à qualidade de vida.
Oficina da memória	Iniciada no ano de 2009 a oficina da memória tem como objetivo ensinar exercícios benéficos à memória e sensibilizar os integrantes do grupo a continuarem exercitando o cérebro após o término das oficinas, de modo a prevenir déficits precoces.
Curso para cuidador de idosos	Direcionado aos cuidadores dos pacientes inseridos no Programa de Atendimento Domiciliário da operadora, objetiva oferecer informações teóricas e demonstrações práticas para orientar o cuidador de pessoas acamadas ou com limitações físicas. Utiliza equipe multidisciplinar. Um encontro com 10 horas de duração. Inoperante no momento de coleta de dados por falta de demanda
Grupo de apoio à cessação do tabagismo.	Estrutura baseada nas orientações do Instituto Nacional do Câncer (INCA) e nas diretrizes da ANS. As atividades são organizadas da seguinte forma: - palestra motivacional; - consulta com médico especialista; - quatro encontros semanais com duração de uma hora; - dois encontros quinzenais; - um encontro mensal; - monitoramento de seis meses após o encerramento dos encontros; - encontro após um ano de cessação do tabagismo; - subsídio de 50% do medicamento para os casos indicados pelo médico. Realizado quando a equipe de organizadores consegue formar um grupo.

Foi revelado que os principais objetivos dos programas estão relacionados à promoção da qualidade de vida dos sujeitos através do estímulo ao desenvolvimento de hábitos saudáveis, conscientização para autocuidado e socialização:

Em primeiro lugar, é despertar essa consciência de que realmente a promoção é o caminho e fazer com que ele faça no seu dia a dia aquilo que ele está vendo aqui dentro e dê continuidade mesmo. Por exemplo, se o grupo de condicionamento físico propicia esse exercício, então depois ele continua, se ele não continuar aqui, ele faz uma academia, vai ser uma necessidade dele, tanto da mente, quanto do corpo mesmo (coordenador OP1).

E outra coisa que agrega é a socialização, sair de casa e vir aqui, tá tendo aquele contato, eles articulam e eles mesmos passam a ser família (assistente social 1 OP1).

É, o objetivo em geral é uma melhoria mesmo da qualidade de vida, né, propiciar um ganho de saúde, aumentar a consciência dentro da utilização do plano de saúde, é colocar mesmo a importância desse cuidado com a saúde (coordenador OP1).

Embora não haja um regimento interno para regulamentação dos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, existe incentivo da superintendência geral da operadora para a criação e manutenção dos programas. Os projetos propostos pelos profissionais que compõem a equipe de gestão de saúde passam pela avaliação da diretoria e, se aprovados, são operacionalizados e monitorados. Importa ressaltar que a operadora possui um extenso arquivo de dados e fotografias de todas as práticas de promoção e prevenção desenvolvidas até o momento. As entrevistas e observações revelam que é atribuído valor aos programas de promoção da saúde.

A divulgação dos eventos e programas, bem como a captação dos usuários, é realizada através de envio de correspondências e malas diretas contendo informes e convites, mensagem de texto aos celulares para confirmação de presença, e-mail marketing para convite eletrônico, informações divulgadas no site, na rede social e na revista própria da operadora que é publicada trimestralmente. Além disso, também são realizados encaminhamentos por parte dos profissionais que trabalham na sede da operadora avaliação dos questionários aplicados nos eventos, os quais possibilitam a identificação dos interesses dos beneficiários para participarem de outras atividades, e avaliação do questionário preenchido na triagem dos pacientes agendados para consultas médicas na sede. Os profissionais do setor responsável

pelos programas também realizam contatos telefônicos, tanto para convidar os beneficiários, quanto para monitorar a frequência dos mesmos.

Uma característica que se destaca na operadora refere-se à frequente utilização de cartilhas educativas sobre temas relacionados à saúde e qualidade de vida, nas quais estão contidas informações atualizadas e simplificadas em um material graficamente atraente pelas cores e imagens lúdicas. As cartilhas utilizadas, e que foram disponibilizadas para análise, são direcionadas aos grupos de adolescentes, apoio à cessação do tabagismo, oficina da memória e puérperas.

A entrada dos beneficiários nos programas é condicionada à assinatura de um termo de compromisso que aborda a obrigatoriedade de frequência até o final da programação. Nos casos de mais de duas faltas injustificadas os beneficiários são excluídos da prática, além de ser cobrada uma taxa referente aos honorários do profissional responsável pelas atividades. Essa forma institucional de organização pode indicar um mecanismo de responsabilização dos sujeitos pelos próprios atos em relação aos cuidados de si e ao mesmo tempo significa um dispositivo de controle e disciplinarização.

Porque a gente tem que pagar para o profissional, né? Vamos supor, ele vem num mês num grupo, eram oito aulas, aí ele só vem em quatro, não quer mais, então a gente paga o mês integral para o profissional, mas desconta do associado (...). Igual a Hepatite B: a Hepatite B são três doses, tudo pela operadora, a pessoa toma a 1ª, aí toma a 2ª, não vem na 3ª, a gente liga "e aí, você não veio", aí se não vier, a gente vai ter que cobrar... A gente tem que fazer assim, porque às vezes, a gente cuida da saúde deles (coordenador OP1).

No que tange à demanda, as entrevistas com a gestora de saúde e uma assistente social da equipe revelaram que em algumas práticas, tal como a oficina da memória, há uma procura espontânea por parte dos beneficiários que em alguns momentos ultrapassa a oferta, sendo necessário adotar listas de espera. Além disso existe um determinado grupo de pessoas, aposentadas em sua maioria, que participa de todos os programas de forma sucessiva e às vezes até pedem autorização para serem inseridos em novas turmas do mesmo programa. Àqueles que fazem opção por continuarem participando dos programas de consciência postural e dança, mesmo após o final do ciclo de atividades ofertado pela operadora, existe a possibilidade de ingressarem em turmas contínuas, no mesmo local, sob orientação do mesmo profissional, desde que o beneficiário contribua com um valor mensal, abaixo do

valor de mercado, visto que a operadora continua custeando parte dos honorários dos profissionais.

A adesão às palestras informativas é condicionada pelas temáticas abordadas. Nesse sentido a gestora afirmou que temáticas limitadas ao adoecimento não são atrativas aos beneficiários e, portanto, a operadora investe em temas relacionados à vida cotidiana e qualidade de vida.

O tema a gente busca falar sempre ampliado, sobre qualidade de vida, a última da mulher foi “os segredos femininos”. Então falar assim de câncer de mama, quem tem vem, quem não tem, não interessa. A gente não fala de doença, a gente fala de um tema bem ampliado, para buscar atrair essas pessoas e ali dentro, a gente coloca sempre um recado, alguma coisa bem direcionada mesmo com foco na saúde (coordenador OP1).

Além disso, cabe destacar a difícil adesão das pessoas que fazem uso de tabaco ao programa antitabagismo. Uma das assistentes sociais responsável por contribuir com a organização dos programas e captação de beneficiários revelou que, apesar da vasta divulgação e busca ativa, os usuários de tabaco são pouco adeptos à proposta da operadora e frequentemente não participam do programa até o fim das atividades. A informante reconhece que essa dificuldade pode estar relacionada à falta de desejo dos beneficiários em abandonar o vício.

O Antitabagismo, o pessoal, a gente divulga tal, tal, tal. Na hora de falar assim: "Aqui, vamos começar um grupo, vocês querem?" Eles respondem: "Ah, não". "Vou sair de férias, eu vou viajar", a pessoa arruma uma desculpa, porque a pessoa tem que querer assim "olha, é o meu momento de parar de fumar", senão não adianta, a pessoa vem em um encontro, depois some e tal, então a pessoa tem que querer (assistente social OP1).

A gestora entrevistada avalia os programas da operadora como “satisfatórios”, mas reconhece a necessidade de inovar no sentido de trabalhar novos conteúdos e, com isso, continuar atraindo o interesse dos beneficiários, além de alcançar novos grupos de pessoas.

A gente às vezes vê a necessidade de diversificar, porque não é só fazer um evento, você tem buscar diversificar, porque senão você fica sem público. [...] Então, a meta da operadora é sempre lançar um novo programa a cada ano. Mas, às vezes isso nem sempre é possível, pela indisponibilidade até de pessoal (coordenador OP1).

Nós temos que abrir e dar possibilidade de oferta para outras pessoas que não estão aqui dentro participando. Então por isso *que a gente faz a mala direta*, para dar possibilidade de novas pessoas participarem (coordenador OP1).

A avaliação dos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças é realizada através de pesquisa de satisfação dos beneficiários ao final dos eventos e práticas por meio de questionários contendo questões referentes aos aspectos operacionais, satisfação dos beneficiários, importância para a qualidade de vida dos sujeitos, sensibilização para continuidade das atividades em outros espaços, socialização e sugestões para melhorias.

No que se refere à regulação, a entrevistada revelou que a operadora objetiva acompanhar as orientações da ANS na elaboração e desenvolvimento de seus programas. Contudo enfrenta dificuldades referentes às constantes alterações normativas divulgadas pela agência reguladora.

É uma regulamentação muito intensa, e agora vem ainda com acompanhamento e monitoramento desses eventos. Você não termina de ver uma legislação, ela já solta outra, você fica meio que às vezes perdido de tá acompanhando o que a ANS quer (coordenador OP1).

4.1.1 Práticas e programas estudados na Operadora 1

Dentre os diferentes programas e práticas desenvolvidos pela operadora foi possível aprofundar no estudo daquelas que estavam em desenvolvimento durante o período de coleta de dados da pesquisa, a saber: Programa destinado aos adolescentes, Programa de condicionamento físico e Programa de consciência postural, Oficina da Memória e Dança para melhor idade.

Programa destinado aos adolescentes

O programa foi iniciado no ano de 2009 com objetivo de discutir questões relacionadas aos fatores de risco biológicos e psicossociais comuns à faixa etária de 11 a 17 anos. Os eixos norteadores das discussões em grupo são sexualidade e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, drogadicção, relações familiares e sociais.

A prática é ofertada a todos os beneficiários pertencentes à faixa etária pré-estabelecida e a captação de jovens é realizada através da divulgação da prática para incentivar a procura e convite aos sujeitos que compõem o público alvo.

O programa é estruturado em etapas que consistem em uma reunião inicial com os pais para apresentação da proposta, seguida de atendimento individual aos jovens, com médico hebiatra e psicóloga para levantamento dos temas a serem abordados. Posteriormente são realizados 10 encontros, um por semana, com duas horas de duração, nos quais os profissionais médico e psicólogo trabalham na perspectiva de grupo. Após 30 dias do término das atividades em grupo é realizado um encontro para confraternização e reflexão sobre possíveis mudanças.

Os profissionais que conduzem o grupo elaboraram uma programação para orientar o trabalho, mas admitem alterações que podem ser sugeridas pelos jovens ou demandadas durante o percurso dos encontros. Assim, percebe-se que existe uma flexibilidade que pode significar a possibilidade de condições favoráveis à corresponsabilização.

Por exemplo, eles sugeriram um momento para o talento show, eles querem apresentar os talentos deles. Então, quem toca violão quer um dia ter a oportunidade de tocar no grupo, o outro que conta piada quer ter um espaço pra contar piada, então são coisas que às vezes nós não tínhamos previsto, mas que os grupos vão sugerindo e a gente acaba acatando (psicóloga 1 OP1).

O estímulo à corresponsabilização do grupo também foi percebido no estabelecimento coletivo de um contrato inicial de convivência e incentivo a reflexões críticas acerca de autocuidado.

Acho que é o momento mesmo de ensiná-los a como ter esse autocuidado, acho que tudo começa nessa experiência já na adolescência, na reflexão. (...) No primeiro dia nós temos o contato inicial com os adolescentes que é o contrato do funcionamento do grupo e aí pedimos pra eles elaborarem algumas regras (psicóloga 1 OP1).

No que se refere à adesão ao programa os profissionais afirmam que inicialmente há uma resistência por parte dos jovens que, em certos casos, são forçados pelos pais a participarem. Contudo, no decorrer dos encontros eles *“aderem espontaneamente”* e expressam a necessidade de continuar participando das atividades.

No início temos resistência de alguns adolescentes, mas à medida que o grupo inicia muitos deles ficam bastante animados e após o término, as avaliações são as melhores possíveis. Eles pedem para continuar nos anos seguintes. A nossa experiência tem sido excelente (médico 1 OP1).

Eles vão obrigados, digamos assim, mas aí depois eles já aderem espontaneamente, tanto que todos os membros que nós já atendemos até hoje expressam a necessidade de continuar. Eles queriam que o grupo

fosse maior ou que o grupo não parasse, que tivesse esse encontro semanal infinitamente (psicóloga 1 OP1).

A observação participante para apreensão da realidade objetiva ocorreu no quarto encontro do grupo, que foi realizado no auditório da sede da operadora, em um ambiente calmo, ventilado, amplo e bem iluminado. Antes do início das atividades uma das assistentes sociais, que faz parte da equipe responsável pelos programas de promoção da saúde, organizou as cadeiras em roda e trouxe os materiais utilizados durante o encontro: um painel, materiais para as dinâmicas de grupo, água, crachás e lista de presença. O médico e a psicóloga, responsáveis pela condução da prática, chegaram logo depois e autorizaram prontamente a presença do pesquisador para observação.

Os adolescentes demonstraram amizade uns com os outros e uma certa afinidade com os profissionais, evidenciado pela interação entre os mesmos, tratamento pelo nome próprio e maneira de se cumprimentarem. A reunião do grupo teve início com seis participantes e duas ausências justificadas por outros membros. Uma conversa sobre as reflexões do encontro anterior foi instigada pela psicóloga e continuada por alguns jovens que demonstraram empolgação com o conteúdo discutido, visto que o encontro foi restrito ao sexo masculino e tratou de questões de interesses especialmente desse gênero.

Posteriormente o médico expôs um painel contendo as seguintes regras de convivência, estabelecidas pelo grupo no primeiro encontro: pontualidade, respeito, frequência, saber ouvir, sinceridade, cooperação, serenidade. Nesse momento a psicóloga fez questionamentos para problematizar a questão da serenidade na vida cotidiana do grupo e todos foram estimulados a compartilhar experiências próprias. Um dos integrantes interrompeu a discussão através de uma pergunta sobre a possibilidade de engravidar utilizando contraceptivos. Então, o médico fez esclarecimentos sobre o assunto e a psicóloga questionou o grupo sobre os medos relacionados à vida sexual e também as possíveis formas de prevenir gravidez e doenças sexualmente transmissíveis (DST's). Outros questionamentos sobre contracepção de urgência e necessidades sexuais de homens e mulheres são feitos pelos profissionais, no sentido de estimular discussões. Apesar de demonstrarem certo constrangimento os jovens participam, colocam suas opiniões e dúvidas, permanecem atentos e interessados (Notas de Observação).

A psicóloga convidou os adolescentes para participarem de uma dinâmica que consistiu em encher balões e realizar várias trocas entre os pares, enquanto caminhavam pelo auditório. A partir da dinâmica iniciou-se uma discussão sobre o sentido da palavra promiscuidade e atitudes de risco para DST/AIDS. Na sequência, uma segunda dinâmica de grupo foi proposta: os olhos dos jovens foram vendados, os profissionais colocaram objetos diferentes em suas mãos para que pudessem apalpar, além de instilarem perfume no ar e colocarem balas doces e azedas na boca dos participantes. O objetivo foi demonstrar que os sentidos são importantes nos relacionamentos, mas é preciso ter consciência dos próprios atos (sentido da visão). A dinâmica foi perpassada por descontração, sorrisos e percebeu-se que os jovens sentiram-se mais desinibidos para falar sobre seus relacionamentos e conflitos com os olhos vendados.

O discurso dos profissionais revela que a utilização de dinâmicas de grupo é um método para promover interação e participação dos jovens.

Nós utilizamos dinâmicas de grupo porque é mais interativo com os jovens, às vezes eles preferem utilizar da criatividade e enquanto eles estão fazendo as coisas, a gente aproveita para ir conversando, mas o suporte que eu uso, é a escuta psicanalítica (psicóloga 1 OP1).

O trabalho é todo bem dinâmico, como o adolescente gosta (médico 1 OP1).

Ao final do encontro do grupo a psicóloga pediu sugestões sobre a temática a ser abordada no próximo encontro e os jovens sugeriram uma discussão sobre escola e família. A palavra contentamento foi sorteada e registrada no mural para estimular uma reflexão durante a semana e iniciar a discussão do próximo encontro.

A metodologia de trabalho em grupo valoriza a utilização de dinâmicas, discussões mediadas pelos profissionais, filmes, textos para reflexão e outros instrumentos que podem ser introduzidos de acordo com a demanda de cada grupo.

Durante todo o encontro os profissionais atuaram como problematizadores, ouvintes e orientadores de condutas. Essa observação é corroborada pelo discurso da psicóloga que afirmou: *Eu atuo especificamente ouvindo a demanda dos adolescentes e sirvo, de uma certa forma, como orientadora deles (psicóloga 1 OP1).*

Foi possível perceber que a psicóloga é a principal facilitadora das atividades grupais, o médico esclarece dúvidas e orienta sobre os fatores relacionados aos aspectos fisiológicos e preventivos e os jovens são os sujeitos ativos no processo.

Programa de condicionamento físico e Programa de consciência postural

A operadora desenvolve dois programas direcionados à atividade física, cuja forma de organização, sujeitos e meios de trabalho apresentam considerável semelhança.

O Programa de condicionamento físico foi iniciado no ano de 2002 com objetivo de combater o sedentarismo através de exercícios aeróbicos e anaeróbicos. A consciência postural é trabalhada desde o ano de 2011, em outro grupo com objetivo de melhorar a flexibilidade e força muscular, além de prevenir patologias relacionadas à ergonomia.

Embora os objetivos primordiais dos programas estejam centrados em aspectos biológicos e comportamentais, o profissional que desenvolve esses programas acrescenta que um dos objetivos comum aos dois programas é “*melhorar a qualidade de vida das pessoas em geral*” (fisioterapeuta OP1). Afirma ainda que os participantes “*reconhecem os benefícios das atividades, mas permanecem por causa da socialização*”.

O relato de uma beneficiária entrevistada vai ao encontro da afirmação do profissional.

A motivação é a saúde, né e também, assim, o encontro com os amigos, porque sempre tem a turma. Eu tenho uma turma que está nesse grupo e eu tive um envolvimento para entrar nessa turma. Então são amigos que fui adquirindo com o tempo. Aqui você sempre tem um amigo que você encontra (beneficiária 1 OP1).

O público alvo pertence à faixa etária a partir de 25 anos de idade, mas as observações das atividades *in loco* evidenciaram maior frequência de pessoas do sexo feminino acima de 60 anos.

A estrutura organizacional dos programas consiste em consulta médica e avaliação fisioterápica para definir indicações e/ou limitações para cada usuário. Posteriormente são realizados oito encontros mensais durante quatro meses.

A captação dos beneficiários ocorre por demanda espontânea, encaminhamento médico e também por convite da operadora àqueles que têm perfil para o programa. Tanto o coordenador dos programas quanto o profissional que desenvolve as atividades afirmam que atualmente a oferta é proporcional à demanda, mas em alguns momentos os *“beneficiários ligam para a operadora e se inscrevem em uma lista de espera para a próxima turma”* (fisioterapeuta 1 OP1).

A adesão é definida como satisfatória, visto que cada turma inicia-se com cerca de 20 participantes e é finalizada com uma média de 16. Após o término dos quatro meses ofertados pela operadora, os beneficiários interessados podem ingressar em grupos de continuidades que são dirigidos pelo mesmo profissional, no mesmo local, desde que estejam dispostos a pagar um valor mensal.

As atividades são orientadas por um fisioterapeuta que utiliza bolas, halteres, bastões, *step* e colchonetes como instrumentos para realização dos exercícios. A estrutura física é adequada ao desenvolvimento das práticas, o espaço é amplo, arejado, iluminado, o piso é antiderrapante e há uma parede espelhada que permite observação dos movimentos por aqueles que os executam.

Os participantes são recepcionados de forma acolhedora pela fisioterapeuta, ela os conhece e chama pelo nome. Uma lista de presença é assinada por todos e as atividades têm início ao som de músicas (Notas de observação 22/05/12).

Na observação do grupo de consciência postural pude registrar a participação de 15 pessoas, sendo 12 mulheres e três homens. Foram desenvolvidas atividades de força muscular, correção postural, alongamento e equilíbrio, através da utilização de bolas, fita elástica e colchonetes (Notas de observação 22/05/12).

Na observação do grupo de condicionamento físico estavam presentes sete mulheres e três homens. Para desenvolver as atividades de ginástica localizada e aeróbica foram utilizados halteres, colchonetes, caneleiras, bastões e *step*. Em certo momento o fisioterapeuta organizou um circuito de atividades variadas e dinâmicas que promoveu maior animação e satisfação do grupo, apesar de alguns participantes queixarem-se do grande esforço exigido pela atividade (Notas de observação 25/06/12).

Chamou atenção a participação de um superintendente da operadora e a relação interpessoal de aparente proximidade estabelecida entre beneficiários e gestores. Essa percepção é corroborada pelo seguinte discurso:

Eu por exemplo tenho um relacionamento muito bom com a coordenadora, então acontece que ela sempre chama, convida, telefona, passa e-mail, então pra mim tudo é vantajoso (beneficiária 1OP1).

Em ambos os grupos observados os participantes utilizaram camisetas de uniforme, contendo a logomarca da operadora, aparentavam pertencer às classes sociais mais privilegiadas devido às roupas, sapatos e conversas. Chegavam animados e bem dispostos, comunicativos e sorridentes para participarem das aulas; fizeram vários elogios à professora (Notas de observação).

A fisioterapeuta dedicou maior atenção e cuidado àqueles que tinham maiores limitações físicas relacionadas à idade. Além disso, alguns participantes mais jovens também ajudaram os mais idosos durante as atividades de maior complexidade.

As observações participantes permitiram visualizar a existência de vínculo e empatia entre os beneficiários e destes com o profissional que atua nos programas. Essa proposição é evidenciada pela expressão de sorrisos, interação e harmonia entre os sujeitos.

Nesse contexto um dos participantes expressou voluntariamente que a integração ao grupo proporciona *“ânimo e disposição, além de mexer com a motivação, autoestima e satisfação em vencer limites”* (Notas de observação 22/05/12). Uma perspectiva de prevenção e controle de doenças também emerge do discurso de uma beneficiária, ao afirmar que sua motivação para participar da prática é *“melhorar a pressão arterial”* (beneficiária 2 OP1).

No que tange à atribuição de responsabilidades sobre a própria saúde os beneficiários entrevistados foram objetivos ao assumirem total responsabilidade pelo autocuidado.

Oficina da Memória

Iniciada no ano de 2009 a Oficina da Memória tem como objetivo ensinar exercícios benéficos à memória e sensibilizar os integrantes do grupo a continuarem

exercitando o cérebro após o término das oficinas de modo a prevenir déficits precoces.

As oficinas são conduzidas por um profissional de psicologia em quatro encontros por mês durante oito semanas. A cada semestre são iniciados dois grupos com 15 beneficiários por turma, com idade acima de 60 anos. O horário de desenvolvimento das oficinas é de 9:00 às 11:00 horas.

As temáticas abordadas são previamente definidas pelo profissional que utiliza recursos audiovisuais, exercícios escritos e individuais, exercícios orais e em grupo, além de textos e mensagens motivacionais. Os módulos de conteúdos das oficinas abrangem conteúdos referentes à atenção, observação, percepção, memória de curto e longo prazo, raciocínio verbal, numérico, lógico e espacial.

A divulgação das oficinas favorece o acesso dos beneficiários através de demanda espontânea ou encaminhamentos médicos. A coordenadora dos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças da operadora afirmou que existe uma grande demanda para as oficinas e revelou que *“sempre há uma lista de espera para inscrição”* (coordenadora OP1).

Durante entrevista o profissional responsável pelo desenvolvimento das oficinas revelou que *“a intenção é capacitar as pessoas para manterem o cérebro ativo”* e afirmou que *“a interação entre as pessoas é uma das coisas mais importantes do programa”* (psicólogo 2 OP1). O discurso do profissional é corroborado pelas observações participantes e também pelo relato de beneficiários ao colocarem que o *“convívio com as pessoas do grupo contribuem para um estado mais otimista e melhor”* (beneficiária 3 OP1).

O psicólogo que desenvolve as atividades possui o planejamento prévio das oficinas, os exercícios e o delineamento metodológico, visto que trabalha com oficinas da memória em consultório particular (psicólogo 2 OP1). Ele relatou que a quantidade de oficinas ofertadas pela operadora permite o ensinamento de algumas técnicas básicas para que os participantes possam dar continuidade às atividades de forma autônoma, uma vez que trabalhar as questões referentes à memória demanda tempo prolongado e constância.

As oficinas são realizadas no auditório da operadora. As cadeiras foram organizadas em semicírculo em frente à projeção do aparelho de multimídia. Uma assistente social da equipe que organiza os programas de promoção da saúde e prevenção de doenças se antecipa à chegada dos participantes, organiza a sala, os materiais utilizados e a lista de presença que é assinada por todos.

Em geral, a maioria dos participantes antecipa-se ao horário de início das oficinas. Eles chegam ao auditório demonstrando alegria, empolgação e amizade uns com os outros. O psicólogo foi recebido de forma acolhedora e afetuosa pelos beneficiários. A relação entre o profissional e os participantes da oficina transpareceu afetividade, respeito e confiança. Essa percepção fundamenta-se através de atitudes e palavras, visto que alguns afirmaram em entrevista:

Olha, da minha parte, eu me sinto à vontade. Acho a professora assim formidável para explicar, a atenção que ela tem com a gente, então eu me sinto assim muito feliz estando aqui (beneficiária 3 OP1).

Eu sempre falo com ela (a psicóloga), "você é maravilhosa" e não só ela, como também todas as pessoas da Operadora 1 (beneficiária 4 OP1).

Além disso, pouco antes do início de uma oficina, duas senhoras falaram sobre o prazer de participar das oficinas e a ansiedade que sentem para aguardar o dia do encontro com todo o grupo (Notas de observação 01/06/12).

As oficinas observadas contaram com a participação de 12 pessoas, todas idosas, sendo apenas dois homens. Cada participante possui uma pasta contendo roteiros para atividades escritas, folhas em branco e caneta. Essas pastas são distribuídas no início das oficinas, juntamente com os crachás de identificação.

Para iniciar as atividades, após um momento de descontração, o psicólogo introduziu os temas das oficinas através de associações com situações da vida cotidiana ou leitura de textos reflexivos. As atividades que compõem as oficinas consistem em: exposição dos temas, tais como memória espacial e técnicas de memorização; utilização de imagens e exercícios projetados em *data show* para viabilizar atividades grupais com participação verbal; exercícios individuais e escritos que são compartilhados com o grupo após a construção; mensagens de reflexão motivacional ao final das atividades (Notas de observação).

Durante o desenvolvimento da oficina a psicóloga valoriza as respostas dos participantes, incentiva a superação de limites e ajuda aqueles que demonstram maior dificuldade. O grupo mantém atenção, participação ativa e voluntária, demonstra empolgação e envolvimento. Essa percepção fundamenta-se na expressão de olhares atentos, perguntas frequentes e coerentes com os temas, comentários e associações com a vida cotidiana.

Alguns exercícios praticados durante as observações podem ser citados, tais como: montagem de “quebra-cabeças”, “sopa de letrinhas” (montar palavras com letras avulsas), “uma letra que fugiu” (consiste em identificar a letra que falta para completar palavras), identificação de imagens conjugadas, dentre outros. No transcorrer das atividades há uma pausa para o lanche que é oferecido pela operadora, momento em que há comunicação e entrosamento entre os pares. Posteriormente, as pessoas retornam ao auditório para dar continuidade às atividades.

Ao final de uma das oficinas alguns participantes pediram, em tom de brincadeira, para aumentar o número de oficinas, visto que o tempo de duração é pequeno quando relacionado à intensa satisfação de participar (Notas de observação, 15/06/12).

Em entrevista, a qualidade de vida, a prevenção de déficit de memória e a socialização foram reveladas como motivações para participação nas oficinas. As concepções de saúde dos beneficiários entrevistados parecem estar relacionadas a bons hábitos e boas condições de vida. Além disso, a responsabilidade pelo autocuidado foi atribuída a si, com apoio dos familiares.

Olha, eu considero eu responsável pela minha saúde, porque se eu não fizer, né, meu filho por mais que ele goste de mim, por mais que ele cuide de mim, me oriente, ele não vai fazer o que eu preciso. [...] Saúde é viver bem, alimentar bem, dormir bem e proporcionar à mente uma atitude salutar, né? A minha motivação é a precisão de não perder mesmo a memória, de estar atualizado porque eu tive uma experiência muito triste, não sei se eu já te falei, que meu marido teve Alzheimer (...) (beneficiário 3 OP1).

Eu diria que saúde é a gente estar sempre alegre. Acordar, dar um bom dia pros familiares, as pessoas que trabalham pra gente, sempre alegre, mesmo nos momentos difíceis. Qualidade de vida, né? Nesse pé de vida em que estamos, no meu caso 85 anos, eu quero continuar vivendo bem, feliz e alegre. (...) A família contribui muito para que eu esteja assim vamos

dizer, fazendo o que eu estou fazendo, procurando uma melhor vida (beneficiário 4 OP1).

Dança para terceira idade

A prática iniciou-se em 2008 com o objetivo de melhorar e recuperar a concentração, a memória e as condições físicas em geral dos sujeitos, além de motivar os usuários para a prática de exercícios, fortalecer a autoconfiança e possibilitar a integração e o convívio social.

É ofertada aos beneficiários com idade mínima de 45 anos, de ambos os sexos, apesar de ser frequentada predominantemente por mulheres. As aulas são ministradas por profissional fisioterapeuta em oito encontros mensais durante quatro meses. Aqueles que têm intenção de continuar participando das atividades de dança podem ingressar em um grupo particular que acontece no mesmo espaço da operadora, desde que contribuam com um valor mensal. Trata-se de uma atividade lúdica que utiliza coreografias adequadas à terceira idade e que contribuem para melhoria da coordenação motora, flexibilidade e mobilidade dos participantes.

O acesso dos beneficiários ao grupo se dá através da procura espontânea dos interessados, os quais têm conhecimento sobre o programa devido aos meios de comunicação da operadora, por convite da operadora e também por encaminhamento dos profissionais médicos que trabalham na sede. O fisioterapeuta responsável pela condução das atividades afirmou que há um importante número de desistentes, cujos motivos são diversos:

Agora a Dança Sênior, como é uma atividade mais lúdica, que requer muito ritmo, trabalhando as atividades, eu acho que eles vão desistindo pela dificuldade, sabe? Então geralmente termina com a metade, a gente começa com 12, é uma turma menor, termina com seis, aí a adesão não é tão boa não, sabe, pra dança. Mas dança também não é todo mundo que gosta (fisioterapeuta 1 OP1).

Durante as atividades observadas participaram do grupo nove senhoras, as quais aparentavam contentamento e motivação. Além disso, foi percebido entrosamento e afeição entre as beneficiárias e destas com o profissional. Essas relações de amizade foram referidas como um importante fator motivacional e com potencial para promover o bem estar biopsíquico dos participantes:

Elas reconhecem o benefício da atividade, mas eu acho que permanecem por causa da socialização, sabe, por causa desse contato que têm, essa amizade. Então eu acho que isso fortalece o grupo (fisioterapeuta 1 OP1).

O grupo de dança tem impacto em minha saúde emocional. Eu perdi o meu marido há sete meses, então isso aqui está me ajudando muito, mas muito mesmo. Primeiro porque as pessoas são todas conhecidas, segundo que a gente interage muito, então é uma amizade, um carinho um com o outro (beneficiária 5 OP1).

É quase uma família, tanto com o grupo, quanto com o profissional que está assessorando. Ela está conosco há sete anos (beneficiária 5 OP1).

As atividades têm início com um alongamento, posteriormente o profissional orienta a realização de passos de danças tanto assentados quanto de pé. As atividades são realizadas ao som de músicas, demandam coordenação motora, movimentos regulares, atenção e ritmo (Notas de Observação).

Nas danças sentadas as senhoras colocam-se em círculo e são orientadas a fazerem movimentos harmônicos com lenços coloridos nas mãos, de acordo com o ritmo das músicas. O grupo demonstra afinidade e satisfação através das conversas e sorrisos durante as atividades. Foi notável o esforço do grupo para acompanhar os passos propostos de modo a alcançar as metas colocadas pelo profissional.

Os passos de dança em pé pareceram exigir mais esforço físico, mas todas se esforçaram para vencer os limites impostos pela idade. A coreografia utilizou passos individuais, em dupla e em grupo. Durante o processo o professor ensinou os passos inicialmente e posteriormente colocou a música para que as participantes pudessem repetir, ainda sob orientação.

Percebeu-se que uma das integrantes do grupo apresentava maior dificuldade para realizar os movimentos por ser portadora da doença de Alzheimer. Contudo, o grupo demonstrou paciência e solidariedade ante as limitações da companheira (Notas de observação 18/06/12). As falhas do grupo ou de algum integrante foram tratadas com descontração e incentivos múltiplos.

Ao final da aula o professor anunciou que no próximo encontro uma das senhoras levaria canjica para o grupo. Todos os participantes demonstraram alegria com a notícia (Notas de observação 18/06/12).

4.2 Operadora 2

A operadora 2 caracteriza-se como medicina de grupo e atende uma carteira de aproximadamente 60.000 beneficiários em Belo Horizonte e região metropolitana. Comercializa planos predominantemente empresariais e iniciou recentemente o comércio de planos individuais. As classes econômicas C e D caracterizam o perfil dos beneficiários, os quais acessam a rede de serviços própria (hospital, clínicas, laboratórios, serviço social) e contratada.

O setor de serviço social é responsável pela gestão dos programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos, além de gerenciar o *call center* e o atendimento ao público que demanda autorizações para procedimentos. Esse setor é gerenciado por uma assistente social, cujo cargo é gerente de atendimentos, e conta com o trabalho de uma coordenadora de programas e dois acadêmicos do curso de serviço social para organizar os processos referentes à operacionalização das práticas que compõem os programas de saúde da operadora. Hierarquicamente, o setor de serviço social está subordinado à diretoria da operadora e depende da autorização dos diretores para aprovar seus projetos. De acordo com a coordenadora dos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças existe apoio institucional para manutenção e ampliação dos programas.

A própria diretoria se preocupa em incentivar que esses programas aconteçam. A gente tem bastante autonomia para propor e implementar também; então, assim a empresa apoia bastante e acha importante (coordenadora OP2).

Os programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos tiveram início no ano de 2004, através da iniciativa de assistentes sociais que implantaram o serviço de assistência domiciliar e monitoramento de crônicos. A partir de então foi percebida a necessidade de criar um grupo para orientar os cuidadores de crianças egressas de UTI neonatal, portadoras de sequelas. Além disso, os altos índices de internações por infecções do trato urinário e doenças crônicas ou agudas, tais como hipertensão arterial e diabetes, no período gestacional, associado ao baixo nível de esclarecimento e adesão ao pré-natal motivou a criação de um grupo para gestantes.

Os bons resultados percebidos através da satisfação dos beneficiários impulsionaram a implantação de outras iniciativas no campo da promoção da saúde e prevenção de doenças. O Quadro 8 sintetiza todos os grupos e programas ativos e inativos no contexto da operadora em estudo.

QUADRO 8
Programas e práticas citados pela operadora 2

Grupo / Programa	Caracterização
Programa saúde da melhor idade	Plano de saúde específico para pessoas acima de 59 anos, com objetivo de qualificar a assistência aos beneficiários dessa faixa etária. Além das consultas com geriatra da unidade de atendimento próprio são realizados monitoramento telefônico e visitas domiciliares, de acordo com o nível de dependência dos beneficiários. O programa vinculado a esse plano objetiva incentivar o envelhecimento ativo e a integração social. No momento da coleta de dados o programa estava passando por reestruturação e as atividades de promoção e prevenção estavam inoperantes.
Programa de acompanhamento e tratamento da obesidade mórbida	Acompanhamento de portadores de obesidade mórbida nos processos pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica, com objetivo de proporcionar troca de vivências, expressão de sentimentos e educação em saúde, com vistas à redução de complicações relacionadas à cirurgia.
Programa para gestantes	Consiste em um encontro com gestantes e seus parceiros, com objetivo de ofertar orientações sobre gestação, parto e puerpério. Além disso, é realizado acompanhamento domiciliar de gestantes de alto risco e uma visita puerperal para orientar os cuidados com o recém-nascido.
Grupo de apoio aos cuidadores de pessoas com limitações para atividades da vida diária	Reuniões grupais mensais para apoio psicológico dos cuidadores e instruções sobre cuidados em domicílio. Inativo no momento da coleta de dados
Grupo de cuidadores de pessoas com necessidades especiais	Objetiva proporcionar apoio psicológico aos cuidadores e instruções sobre os cuidados demandados por crianças egressas de UTI neonatal com seqüelas, e outros portadores de necessidades especiais. Inativo no momento da coleta de dados
Grupo de reeducação alimentar	Acompanhamento nutricional e psicológico com objetivo de oferecer suporte para reeducação alimentar.

Fonte: Dados da pesquisa

O relato do coordenador dos programas e do gerente de atendimentos revelou que no ano de 2010 houve uma redução importante do número de beneficiários da operadora devido à perda de contratos para uma instituição concorrente. Assim, a maioria dos programas acima citados encontrava-se inoperante no momento da coleta de dados e, portanto, apenas o Programa de Acompanhamento e Tratamento

da Obesidade Mórbida e o Grupo de Reeducação Alimentar foram analisados em profundidade e serão abordados posteriormente.

Para desenvolvimento das práticas coletivas que compõem os programas analisados a operadora conta com uma pequena clínica constituída por três consultórios médicos, uma sala para avaliação de enfermagem, uma sala de espera e uma sala utilizada para as reuniões com os grupos. Essa clínica foi montada para atender prioritariamente aos beneficiários idosos do plano especial para terceira idade, mas dispõe do espaço para realização dos encontros dos grupos de obesidade mórbida e reeducação alimentar.

De modo geral, o acesso dos usuários aos programas é realizado através de encaminhamentos feitos por profissionais da rede própria ou credenciada ao setor de serviço social e demanda espontânea por parte de pessoas que tomaram conhecimento dos programas por meio do site da operadora, indicação de outros beneficiários, ou informes enviados às residências.

As entrevistas revelaram que eventualmente as empresas conveniadas com a operadora também solicitam o desenvolvimento de programas de reeducação alimentar para seus trabalhadores. A estrutura de organização dessas atividades acontece de forma diferenciada, de acordo com as exigências dos empregadores, espaços disponibilizados por eles e tempo de liberação dos empregados das atividades laborais.

A educação em saúde foi revelada como estratégia privilegiada para capacitar os sujeitos no sentido de mudar hábitos de vida e reduzir riscos de adoecimento. Assim, os fatores biológicos e comportamentais são ressaltados como determinantes do processo saúde-doença.

A promoção é o acesso à informação, oferecer um leque de informações ali para ele [o beneficiário] ter conhecimento e mudar o hábito de vida e não adoecer. A prevenção eu acho que já é, por exemplo, medir a glicemia, aferição de pressão, a sessão com a psicóloga que dá todo impacto nessa, na prevenção e na promoção, se misturam as duas atividades (gestor OP2).

O objetivo do grupo é preparar esses pacientes para a cirurgia; então, propor mudança de hábitos, trabalhar as questões emocionais relacionadas ao ganho de peso, autoimagem, reeducação mesmo (coordenador OP2).

Apesar da necessidade de desativar alguns programas a operadora continua investindo em promoção da saúde e prevenção de doenças motivada pelo potencial

dos programas para melhorar o cuidado com a saúde dos beneficiários, através de um acompanhamento mais próximo; bem como pela perspectiva de redução de custos e pelo marketing.

Eu acho que seja um diferencial para a operadora porque não é toda empresa de saúde que tem o programa de prevenção. Então, é importante porque você tem um tratamento diferenciado para esses beneficiários, a gente consegue acompanhar eles muito melhor e tem redução de custo. Não é só custo, a gente consegue promover a saúde do beneficiário (coordenador OP2).

Tem o ganho de saúde para o paciente e a redução de custo para o convênio, um marketing para o comercial. Eu falo que é um serviço muito grato, tudo que se faz o pessoal agradece muito (gestor OP2).

Embora a redução de custos seja apresentada como um dos objetivos dos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, os discursos dos sujeitos revelam que a mensuração do custo-benefício dos programas constitui-se um desafio ainda inalcançado pela operadora.

A gente tem muita dificuldade de mensurar custos entendeu, a gente está tendo uma assessoria de uma empresa terceirizada para ajudar a gente nisso, a organizar mesmo as coisas (coordenador OP2).

É recorrente nos discursos a relevância dos programas como promotores de propaganda positiva, cujo meio de divulgação são os próprios beneficiários. Assim, a qualidade das práticas é priorizada em detrimento da quantidade de sujeitos e eventos. Contraditoriamente, a relação quantidade-qualidade é apontada como elemento que dificulta o cadastramento de programas junto a ANS, uma vez que a agência nacional exige um quantitativo mínimo de participantes em determinado programa, em relação ao número total de indivíduos com perfil para participarem.

A gerente de atendimentos reconhece a limitação da operadora para identificar as características e necessidades da totalidade de seus beneficiários para quantificar os grupos de risco que poderiam ser incluídos nos programas e relaciona essa limitação à restrita interlocução entre a operadora e a rede credenciada.

A gente não consegue mostrar isso para a ANS porque a ANS pede o cruzamento com toda a obesidade, todos os pacientes obesos do plano... A gente não consegue levantar esse dado, porque são planos empresariais. Então por não conseguir levantar um dado específico a gente perde o cadastro de um programa importante. (...) É uma rede empresarial e a gente conhece o paciente quando ele consulta e é um dado que o médico não passa em relatório. Então, ele [o beneficiário] vai à rede terceirizada e a gente não consegue identificar se a pessoa é obesa ou não (gestor OP2).

Neste contexto são feitas críticas quanto aos critérios de avaliação adotados pela ANS, principalmente no que se refere à valorização da cobertura em detrimento de aspectos que demonstram a qualidade dos programas.

Um dos nossos problemas com a ANS é esse, a operadora ela focou em qualidade. Então, o nosso grupo de obesidade mórbida ele tem seis meses de duração, a ANS ela não tem essa leitura, a leitura da ANS é quantidade. Eu posso encontrar o obeso uma vez, mas eu tenho que encontrar 10 por cento de todos os obesos. Se a gente mandar fazer um atendimento na praça e passar mil pessoas ela valoriza. Eu acredito que, infelizmente, para seguir a linha da ANS a gente vai perder em qualidade e aumentar a quantidade, é uma tendência de mercado. (...) Olha, eu sou suspeita, mas a gente peca em quantidade porque a gente atende poucos pacientes é, e ganha na qualidade porque os que são atendidos eles são muito bem atendidos (gestor OP2).

A forma de cadastramento dos programas na ANS também foi criticada, uma vez que o instrumento utilizado para transmitir os dados não possibilita o detalhamento de informações que poderiam ser úteis para evidenciar a relevância dos programas.

Então a gente não consegue explicar isso [a qualidade dos programas] para a ANS, porque é um questionário, é assim, uma pergunta e um quadradinho para você jogar o número. Você não consegue fazer nenhuma observação sobre esse número, por isso a gente perdeu o programa X. (...) Nesse índice de desempenho da saúde suplementar a ANS faz algumas perguntas que a gente tem que responder pra conseguir o cadastro, só porque é muito fechado (gestor OP2).

O reconhecimento da falta de uma estrutura organizacional adequada e a necessidade de aprimorar os programas de promoção da saúde e prevenção de riscos com vistas à aprovação da Agência Nacional de Saúde Suplementar impulsionou a contratação de uma empresa de consultoria.

A prestadora contratada oferece serviços de consultoria em promoção da saúde e gestão de programas, além disso, possui um portfólio de programas que são colocados à disposição de operadoras ou empresas de outros ramos para terceirização. Compõem o portfólio de programas da prestadora: gerenciamento de casos crônicos, internação domiciliar, acompanhamento de gestação de alto risco, campanha de vacinação, atividades em eventos como Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (SIPAT), grupos operativos voltados para doenças crônicas, obesidade mórbida, tabagismo e reeducação alimentar.

De acordo com a gestora da prestadora foi realizado um diagnóstico situacional que evidenciou que a Operadora 2 *“possui boas iniciativas em promoção da saúde, mas*

extremamente tímidas, pouco estruturadas e carente de indicadores que contribuam para atrair investimentos” (gestor prestadora OP2). Diante disso a equipe de consultoria propôs intervenções de reestruturação, qualificação e ampliação dos programas, através da atuação nos níveis de infraestrutura – criação de um núcleo de promoção da saúde com todos os recursos materiais e humanos necessários; de processos; criação de protocolos para os programas, regime de competências para a equipe, delegação de poderes, indicadores de processos e resultados e acesso aos dados – criação de meios para coleta e tratamento dos dados necessários para gerir a promoção da saúde.

No que se refere aos objetivos da operadora para o desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças os informantes revelaram que a redução de custos predomina sobre o ideal de qualificar a assistência com vistas ao bem estar dos sujeitos. Todavia há um consenso sobre a dificuldade de mensurar os resultados financeiros devido à incipiência de métodos e dificuldade de acesso aos dados.

O objetivo das operadoras é reduzir sinistralidade. A iniciativa, a gente não viu isso nas operadoras X, Y, Z, em nenhuma delas a iniciativa de eu bater e te oferecer porque eu estou preocupada com o amanhã. A gente hoje atua onde já gastou, então não é promoção da saúde, isso é uma coisa que fica muito claro para mim, tem o custo, a gente intervém. Mas o resultado ele não é em curto prazo e normalmente ele não é tão bem medido. A gente ainda está aprendendo a fazer essas coisas. E a informação não é fácil, as operadoras têm sistemas de gestão focados em faturados, em rede, mas nisso não (gestor da prestadora OP2).

A aprovação dos programas junto a ANS é considerada “um diferencial de mercado”, que contribui para o reconhecimento e valorização das operadoras tanto entre as empresas de planos de saúde quanto entre os beneficiários. Contudo, mesmo sem obter aprovação da Agência Nacional, muitas operadoras permanecem desenvolvendo programas de promoção da saúde e prevenção de doenças devido à perspectiva incerta que os programas podem gerar resultados positivos. Essas premissas são justificadas pelos sujeitos entrevistados por uma crise do setor Saúde Suplementar, bem como por questões de tendências de mercado e concorrência.

A ANS é uma vitrine, se a ANS me aprovou isso para mim é um valor agregado porque eu sou uma operadora, tenho programas de promoção e para meu cliente é assim "eu sou aprovado". Entre as próprias operadoras isso traz um prestígio. Mas para aquelas que realizam (programas de promoção e prevenção) e não conseguem aprovação e ainda assim investem, eu acredito, primeiro, pela tendência, segundo, porque a saúde

suplementar está em uma crise que se a maioria dos concorrentes falarem "mexe nisso que dá resultado", está todo mundo indo atrás. Não é por coisas muito profundas, está em crise (gestor da prestadora OP2).

Eu até gostaria de falar para vocês que é pelos resultados (que as operadoras investem em promoção e prevenção), mas eles são pouco aferidos ainda, pouco estruturados, então eu digo que é primeiro pela concorrência e segundo pela crise (gestor da prestadora OP2).

Importa destacar que até o momento final da coleta de dados neste cenário os gestores da operadora ainda não haviam autorizado a implantação das propostas de intervenção feitas pela prestadora contratada.

4.2.1 Práticas e programas estudados na Operadora 2

Os programas de acompanhamento e tratamento da obesidade mórbida e o programa de reeducação alimentar e foram estudados em profundidade por serem aqueles que estavam em curso no período de exploração do cenário.

Programas de acompanhamento e tratamento da obesidade mórbida

O programa de acompanhamento e tratamento da obesidade mórbida foi criado no ano de 2007 com objetivo de preparar pessoas obesas com indicação de cirurgia bariátrica para as mudanças comportamentais que devem ocorrer tanto no pré-operatório, quanto no pós-operatório, com vistas à redução ou eliminação de complicações.

Os beneficiários que participam do programa são obesos com Índice de Massa Corporal (IMC) elevado, que já tentaram alternativas para emagrecer, mas não obtiveram resultados satisfatórios.

O acesso ocorre através da indicação de cirurgia bariátrica e encaminhamento médico ao setor de serviço social para inclusão do beneficiário no programa. A partir daí os beneficiários passam por avaliação individual de nutricionista e psicóloga com objetivo de identificar as necessidades primordiais dos candidatos à cirurgia. Posteriormente os beneficiários aguardam a formação de um grupo de no máximo 12 pessoas com o mesmo objetivo para iniciarem as atividades grupais que são desenvolvidas em dois encontros mensais com duração de duas horas cada encontro, durante seis meses. Após a cirurgia os beneficiários são incluídos em

outro grupo para continuidade da assistência, com enfoque nas necessidades próprias do período pós-operatório.

Importante ressaltar que a participação do beneficiário nos encontros grupais é condição para autorização da cirurgia, sendo necessária apresentação de um laudo emitido pela psicóloga e nutricionista, responsáveis pela condução do grupo.

Os trabalhos em grupo são coordenados por uma psicóloga em parceria com uma nutricionista, as quais trabalham juntas na maioria dos encontros. Alguns profissionais como educador físico, fisioterapeuta, cardiologista, cirurgião e endocrinologista são convidados para fazerem exposições de temas relacionados à cirurgia e cuidados pós-operatórios, eventualmente.

De acordo com a psicóloga entrevistada não há um planejamento compartilhado entre os profissionais que atuam no programa, visto que já existe um acúmulo de experiências por parte dos envolvidos. Foram criados alguns eixos temáticos que norteiam o trabalho, tais como reeducação alimentar, ansiedade, autoestima, dentre outros. Esses temas foram definidos a partir da demanda dos grupos e são trabalhados de acordo com as necessidades percebidas pelos profissionais.

Hoje a gente já tem muita experiência, porque antes a gente fazia muita reunião, programava muitas coisas, trocava materiais, mas agora está sendo mais ou menos assim, cada um faz o seu e a gente troca ou aqui ou por email (psicólogo 1 OP2).

No que tange à adesão dos beneficiários ao grupo pré-operatório, a psicóloga afirmou que *“não há muita dificuldade para manter as pessoas frequentes porque o interesse na cirurgia é grande”* (psicólogo 1 OP2). Contudo, após a cirurgia, geralmente os beneficiários apresentam maior resistência para participarem de todos os encontros propostos. Esse achado aponta para a valorização das tecnologias essencialmente biomédicas em detrimento das abordagens de educação para saúde que, por sua vez, demandam atitudes individuais para promover mudanças cujos resultados não são imediatos.

As entrevistas com os beneficiários que participam do programa também revelaram que as motivações para emagrecimento relacionam-se às limitações e adoecimentos impostos pelo sobrepeso.

No meu caso foi depois do meu segundo AVC. Quando eu tive o segundo eu falei não, agora é hora de mudar (beneficiário 1 OP2).

Eu tive duas trombozes e sempre deixando, fora que eu tenho uma família toda obesa. Agora a idade vai chegando aí vai aparecendo as dores no joelho a pressão alta e falei eu não quero ficar assim eu quero mudar, então ainda dá tempo de mudar, e foi através daí que eu falei chega. Agora eu vou mudar minha vida (beneficiário 2 OP2).

Eu tenho a motivação do meu filho. Depois que eu tive ele eu preciso ter saúde, eu preciso cuidar de mim pra cuidar dele. Eu comecei a ficar cansada para correr atrás dele e carregá-lo. A minha saúde não estava boa eu falei assim, não eu preciso fazer alguma coisa pra melhorar a minha saúde e a dele também (beneficiário 3 OP2).

O discurso da psicóloga revelou que a concepção de saúde que norteia o programa é fundamentada em comportamentos saudáveis e, por conseguinte, o objetivo dos grupos é promover mudança de hábitos com vistas à prevenção de adoecimento e redução de custos assistenciais.

O principal objetivo dos grupos que a gente tem hoje é conseguir que eles realmente mudem hábitos de vida. (...) Eu acredito que a medicina do futuro, medicina porque eu estou englobando a questão da saúde como um todo, a medicina do futuro é preventiva. Acho que é um pensamento que evoluiu da medicina curativa pra preventiva em todos os sentidos. É muito mais coerente você trabalhar na promoção evitando que venha a doença do que você trabalhar na doença já instalada que é mais oneroso, mais trabalhoso, tanto economicamente, quanto de tempo de dificuldade (psicólogo 1 OP2).

Os encontros dos grupos são realizados em uma pequena sala de uma clínica própria da operadora, cujo espaço e recursos materiais disponíveis podem ser avaliados como insatisfatórios, visto que a acomodação dos beneficiários fica prejudicada pelo tamanho da sala, escassez de cadeiras e de recurso audiovisual, tal como um projetor para apresentação de slides. Outros recursos materiais como computador e objetos utilizados para o desenvolvimento de dinâmicas de grupo também não são disponibilizados pela operadora, mas são trazidos pelos profissionais que atuam nas práticas (Notas de observação 30/03/12 e 29/06/12). Essa realidade aponta para limitação de investimentos na prática que compõe o programa, justificada pela psicóloga da seguinte forma:

Nos grupos servia café, tinha uma enfermeira, uma técnica que aferia a pressão, aferia a glicemia. E isso daí foi retirado porque o dono da empresa (diretor da operadora) está achando que é desnecessário, que gera custos (psicólogo 1 OP2).

As observações revelaram que existe certo vínculo entre os participantes e destes com a psicóloga e nutricionista que conduzem a maioria dos encontros. Essa

premissa é sustentada por discursos de beneficiários e pela percepção da postura acolhedora entre os sujeitos, tratamentos personalizados e liberdade para compartilhamento de sentimentos e dificuldades pessoais (Notas de observação 30/03/12 e 29/06/12).

Hoje nós descobrimos que podemos procurar os profissionais sempre, quando nós quisermos. Isso é muito bom, tem uma confiança ainda maior pra gente estar fazendo a cirurgia. E saber que tem um apoio, apoio antes, durante e depois (beneficiário 2 OP2).

Nós já somos amigas, a gente já conta as coisas, casos de família, de festa. É muito bom, se torna mesmo um grupo familiar (beneficiária 3 OP2).

Em geral as reuniões contaram com a participação de 10 pessoas e foram iniciadas com um chamado ao compartilhamento das experiências vividas nos intervalos entre os encontros. A maioria dos integrantes revelou seus anseios, vitórias e desafios enfrentados na vida cotidiana, tanto nos aspectos que dizem respeito ao processo de reeducação alimentar, quanto àqueles referentes à vida cotidiana, sentimental, profissional e familiar. Alguns se referiram ao impacto das discussões dos encontros anteriores em suas atitudes e sentimentos (Notas de observação 29/06/12).

Eu sinto muita firmeza no grupo. É um suporte muito bom, então eu sinto segurança cada dia mais. Eu fico esperando agora de 15 em 15 dias para começar o grupo, porque são assuntos tão interessantes que eu acho que incentiva a gente e prepara a gente (beneficiário 1 OP2).

Percebeu-se que a psicóloga assume a liderança na condução do grupo, aborda a complexidade dos fatores relacionados ao sobrepeso, fortalece as atitudes positivas dos beneficiários e encoraja a superação de desafios cotidianos. A nutricionista, por sua vez, limitou-se a fazer exposições dialogadas acerca de hábitos alimentares saudáveis como importância da mastigação, quantidade e qualidade de alimentos, horários adequados para as refeições, dentre outros. A mesma também demonstrou pouco envolvimento com a totalidade das atividades e abordagens do grupo, evidenciado por silêncio e desatenção durante as discussões e dinâmicas (Notas de observação 30/03/12 e 29/06/12).

Para cada reunião havia um assunto direcionado aos hábitos alimentares, previamente elaborado, mas as discussões e reflexões que extrapolam as prescrições nutricionais foram desenvolvidas de acordo com os relatos dos beneficiários e a percepção das necessidades do grupo.

Em uma das observações uma beneficiária, integrante do grupo pós-operatório, esteve presente para compartilhar suas experiências relacionadas à participação nos grupos, bem como submissão à cirurgia bariátrica e adaptação pós-cirúrgica. Neste momento as pessoas que compunham o grupo demonstraram empolgação com a possibilidade de alcançarem os mesmos resultados descritos pela convidada: emagrecimento rápido, melhora da autoestima e disposição para desempenhar atividades cotidianas, satisfação e autocontrole sobre os desejos de comer compulsivamente (Notas de observação 30/03/12).

Para finalizar os encontros grupais a psicóloga realizou dinâmicas ou leitura de reflexões motivacionais para incentivar atitudes de superação dos desafios referentes ao processo de mudança de hábitos alimentares, tais como ter certas iniciativas com vistas às mudanças desejadas, persistir no propósito de emagrecer, apesar dos possíveis insucessos, valorizar os êxitos e ter atitudes de autocuidado.

Grupo de Reeducação Alimentar

O grupo de reeducação alimentar teve início no ano 2010 com o objetivo de oferecer orientações nutricionais e psicológicas para promover mudanças de hábitos alimentares com vistas à prevenção da obesidade mórbida. É indicado aos beneficiários com sobrepeso ou portadores de obesidade leve e moderada.

O acesso ao grupo ocorre através de encaminhamentos feitos por profissionais da rede própria e credenciada, além de demanda espontânea dos beneficiários. O setor de serviço social, também responsável pelas práticas de promoção da saúde e prevenção de doença, acolhe as demandas dos interessados e organiza grupos de 10 a 15 pessoas para iniciarem as atividades grupais. O acesso dos beneficiários é condicionado pela formação de um número mínimo de pessoas com perfil para a prática e interessadas em participar.

Cada encontro tem duração de uma hora e 30 minutos e ocorrem a cada 15 dias durante cinco meses consecutivos. A condução do grupo é realizada pelos mesmos profissionais que atuam no “*Programa de acompanhamento e tratamento da obesidade mórbida*”, ou seja, uma psicóloga e uma nutricionista. A forma de organização, temáticas, recursos materiais e metodologias de trabalho utilizadas

também são as mesmas, mas o enfoque não contempla especificidades referentes à cirurgia bariátrica e também não há participação de outros profissionais, além daqueles que já foram mencionados.

A psicóloga entrevistada revelou que alguns beneficiários iniciam no grupo, mas desistem logo nos primeiros encontros quando percebem que os resultados não são imediatos e que a proposta de reeducação alimentar exige mudanças de atitudes cotidianas.

Quando é grupo de reeducação alimentar, que não tem a cirurgia que prende eles, o grupo começa com 10 pessoas e acontece um processo de seleção natural, sendo que os primeiros encontros já excluem algumas pessoas. Aí vamos dizer que fiquem uns seis desses 10 que começou e esses seis vão até o final. Eles saem até pela proposta do grupo, porque esse tipo de público eles têm muitos vícios de hábitos; tipo quererem as coisas imediatamente, querer fórmula mágica. Não adianta porque tem que ter esforço pessoal e não é todo mundo que está preparado pra esse tipo de proposta. Quem topa ficar, forma esse grupinho que vai até o final, e a gente não tem tanta dificuldade pra manter porque é quem realmente está interessado nessa proposta (psicólogo 1 OP2).

Dentre aqueles que permanecem no grupo percebeu-se a existência de amizade, harmonia, segurança e satisfação em participar. Essa percepção é sustentada pela postura atenta de todos os membros, empatia, comprometimentos com as discussões abordadas e participação ativa.

Participaram dos grupos nos momentos observados uma média de oito mulheres de faixa etária variada. Em todos os encontros inicialmente o grupo de pessoas compartilha as experiências de vida, dúvidas e anseios referentes ao sobrepeso e processo de reeducação alimentar. Dentre as inquietações apontadas pelo grupo destacaram-se a ansiedade e os desapontamentos como fatores que contribuem para alimentação desregrada. Diante do compartilhamento dessas dificuldades, a psicóloga fez várias intervenções motivacionais de modo a incentivar perseverança e resiliência nos momentos de dificuldades (Notas de observação 30/03/12).

Foi possível perceber que as temáticas abordadas pela nutricionista eram rapidamente expostas e, em contrapartida, a psicóloga problematizava os ensinamentos sobre hábitos alimentares a partir de diálogo crítico com o grupo. Além disso, os beneficiários também demonstraram autonomia para direcionar o andamento das discussões, de acordo com suas dúvidas e interesses.

No processo de interlocução todos os assuntos relacionados à alimentação saudável eram perpassados por aspectos psicoemocionais, culturais e sociais (Notas de observação 30/03/12). Essa percepção é corroborada pela seguinte afirmativa feita pela psicóloga: *“O grupo é de reeducação alimentar e emocional, porque o emocional impacta todas as áreas de nossa vida”* (psicólogo 1 OP2).

Em outros encontros as participantes foram convidadas a mensurar o próprio peso em uma balança digital disponibilizada pela operadora. Nesse momento algumas demonstraram preocupação com o resultado e tentaram justificar a manutenção ou aumento de peso pela ingestão de grande quantidade de água (Notas de observação 20/04/12). Posteriormente foi abordada a necessidade de adotar hábitos alimentares saudáveis para prevenção da obesidade mórbida. No contexto dessa discussão foi ressaltada a incompatibilidade entre a proposta de mudança de hábitos e o imediatismo impulsionado por ansiedade e pressões da sociedade.

Em vários momentos os integrantes do grupo expressaram grande necessidade de compartilharem seus sofrimentos, angústias e desafios. Foi marcante o relato de uma das beneficiárias que afirmou perante o grupo: *“A única coisa que ainda não me deixou cair em uma depressão é a participação da prática grupal e a psicoterapia individual”* (Notas de observação 20/04/12).

O estímulo ao desenvolvimento de atitudes e consciência alicerçadas na autonomia individual emergiu no discurso da psicóloga ao declarar ao grupo o seguinte:

Nós, os profissionais, vamos orientar, mas cada um de vocês é quem sabe o que é melhor para si próprio. Somente vocês é quem têm capacidade para promover mudanças de vida (Notas de observação 29/06/12).

Ao final de cada encontro do grupo a psicóloga propõe dinâmicas, lê textos ou apresenta vídeos para instigar reflexões de modo a motivar as pessoas a vencerem seus desafios (Notas de observação).

4.3 Operadora 3

Operadora da modalidade medicina de grupo que atende a uma carteira de aproximadamente 4.878.047 de beneficiários distribuídos em várias regiões do território nacional. A filial em Minas Gerais foi inaugurada ao final do ano de 2010,

momento em que iniciou-se o processo de divulgação e venda dos planos de saúde. Em menos de dois anos de atuação a operadora captou cerca de 70.000 beneficiários no estado, através da venda de planos majoritariamente empresariais, cuja maior concentração de beneficiários encontra-se em Belo Horizonte e região metropolitana.

De acordo com os entrevistados o perfil socioeconômico desses beneficiários é diversificado, haja vista a diversidade de pessoas que trabalham nos diferentes ramos empresariais dentre as quais foram destacadas: transporte, produção de alimentos industrializados, *call center*, desenvolvimento gerencial, consultoria, órgãos estatais. Adultos jovens, em idade produtiva, de ambos os sexos, caracterizam de maneira marcante o público assistido pela operadora.

Em Minas Gerais a operadora não possui serviços assistenciais próprios, embora seja uma perspectiva para o futuro, já que em outros Estados existe uma ampla rede assistencial, além de uma infraestrutura privilegiada para o desenvolvimento de ações preventivas e promotoras de saúde.

Na sede da filial mineira funciona o setor de gestão de saúde, também responsável por programas e práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças. Gerenciado por um médico esse setor conta com o trabalho de uma enfermeira, responsável pela coordenação dos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, além de uma assistente social, um assistente administrativo e uma enfermeira responsável pela coordenação da atenção domiciliar e gerenciamento de casos crônicos.

O gestor entrevistado afirmou que a operadora “*sempre trabalhou a promoção da saúde, desde a sua criação*” (gestor OP3), em todas as filiais. Revela que os pilares da gestão de saúde dizem respeito ao conhecimento da população, reconhecimento dos riscos e necessidades de saúde, atuação sobre fatores de risco para prevenção de agravos, utilização de tecnologias para avaliar as sinistralidades e, finalmente, tratamento de patologias instaladas através de tecnologias de ponta.

A instituição da promoção da saúde e prevenção de doenças como um dos pilares da operadora parte da compreensão de que é “*muito mais barato, mais eficaz e melhor para as pessoas do que tratar a doença*” (gestor OP3). Além disso, o mesmo

ressalta que a “*ampliação desse novo jeito de cuidar toca as pessoas e certamente fideliza mais os clientes*” (gestor OP3).

Ao afirmar que “*existem vários fatores envolvidos (no processo saúde-doença), não apenas o fator biológico, mas também os culturais, emocionais, etc...*” (gestor OP3), o gestor da operadora demonstra que reconhece a multicausalidade do processo saúde-doença. Contudo, foi evidenciado que o enfoque da operadora limita-se à redução de riscos através de mudanças de hábitos para prevenção de agravos.

[...] Se você não conhece a população com a qual está trabalhando, você não atua realmente nos fatores de risco. [...] Mudar o hábito de uma pessoa que quer parar de fumar é muito difícil. (...) Trabalhar promoção da saúde é mudança de hábito de vida (coordenador OP3).

Nesse processo de propostas de mudanças de hábitos de vida a autonomia dos sujeitos de intervenção é revelada como um nó crítico, repleto de contradições. Em alguns fragmentos de discurso emergem a ideia de direito e capacidade dos indivíduos para gerirem a própria vida.

É por isso que temos que ser cuidadosos e respeitar os limites dos outros. A gente quer dar opções para as pessoas escolherem uma vida saudável, mas devemos respeitar também aqueles que pensam diferente (gestor OP3).

Contudo, a descrição dos programas e práticas preventivas e promocionais evidencia uma abordagem prescritiva e disciplinadora.

É para ensinar às pessoas a fazerem escolhas inteligentes, escolhas saudáveis. (...) É isso que nós queremos mudar, queremos fazer com que essas pessoas tenham inteligência em escolher os melhores alimentos, as melhores refeições. No primeiro encontro ela pede para eles anotarem suas escolhas alimentares e no segundo encontro discute o que está certo e o que está errado (coordenador OP3).

Apesar disso, a coordenadora aponta o desafio de romper com a obrigatoriedade da inserção dos beneficiários nos programas de promoção da saúde, além da necessidade de ampliar a capacidade de comunicação efetiva para contribuir com a mudança de hábitos.

As pessoas fazem porque elas se sentem obrigadas a fazer porque o mundo fala hoje sobre promoção da saúde. (...) Não adianta você fazer um folder e entregar pra uma pessoa que ela não vai ler e não vai entender o que está escrito. (...) A coisa mais difícil é mudar hábito de vida, só que se as pessoas continuarem trabalhando promoção da saúde como uma coisa obrigatória. Então é um desafio para os profissionais da área da saúde melhorarem a comunicação para conseguir fazer com que essa mensagem

chegue de forma adequada ao cliente e que faça ele repensar e mudar o hábito de vida de verdade (coordenador OP3).

Foi ressaltada a incipiência de estrutura para promoção e prevenção no contexto da filial mineira quando comparado às outras filiais que têm mais tempo de atuação. A operadora possui um portfólio, comum a todas as filiais, contendo 15 programas e práticas ofertados aos clientes da operadora, sendo que, em Belo Horizonte e região metropolitana, os eventos são desenvolvidos nos espaços das empresas contratantes, em locais públicos ou alugados.

O conteúdo do portfólio foi sintetizado e organizado no Quadro 9.

QUADRO 9 Programas e práticas citados pela Operadora 3

(Continua)

Programas/ Práticas	Caracterização	Programas/ Práticas	Caracterização
Gerenciamento de pacientes de alto risco	Acompanhamento de pacientes de alto risco através de telemonitoramento, visitas domiciliares, direcionamento à rede de serviços e encaminhamento a grupos específicos. Indicadores: utilização de serviços médicos, diagnósticos e internações.	Alimentação saudável	Grupo para motivar alimentação saudável. Consiste em dois encontros com nutricionista.
Avaliação de riscos para doenças crônicas	Utilização de um questionário, aplicado por enfermeiros, aos trabalhadores de empresas de grande porte com objetivo de avaliar riscos de doenças para direcionar os beneficiários aos serviços e programas da operadora. Identifica também as ações em saúde que os trabalhadores/beneficiários têm interesse em participar.	Educação em saúde	Utiliza metodologias diversificadas (dinâmicas, teatro, atividades em grupo, workshop) para trabalhar temas relacionados à vida cotidiana e saúde. Geralmente são atividades pontuais conforme demanda das empresas.
Núcleos de correção postural	Grupos de reeducação postural com atividades físicas orientadas por um profissional de fisioterapia. Objetiva prevenir e tratar problemas osteomusculares relacionados à postura. As orientações dos exercícios são disponibilizadas eletronicamente para que os beneficiários possam dar continuidade em domicílio. A filial Belo Horizonte não possui os núcleos.	Educação postural	Intervenções de profissionais de saúde nos postos de trabalho no sentido de orientar sobre ergonomia. Eventos pontuais, conforme demanda.

QUADRO 9
Programas e práticas citados pela Operadora 3

(Conclusão)

Programas/ Práticas	Caracterização	Programas/ Práticas	Caracterização
Saúde mental	Acompanhamento de portadores de sofrimento mental durante a internação e pós-alta com objetivo de auxiliar a família. O programa é desenvolvido por enfermeiros e assistentes sociais.	Relaxamento	Evento organizado nas empresas com objetivo de ensinar técnicas de relaxamento e autoestima.
Telemonitoramento	Monitoramento telefônico de beneficiários que apresentam algum risco de adoecimento (baixo, médio e alto).	Saúde da criança	Ação pontual destinada aos pais e suas crianças. Consiste em um espaço organizado para recreação, avaliação infantil e orientações em saúde da criança.
Corrida e caminhada	Organização de trabalhadores de empresas conveniadas em grupos de corrida e caminhada. A operadora organiza os grupos e disponibiliza os recursos humanos e materiais necessários. A periodicidade e horários são definidos pelo empregador.	Campanha de vacinação	Organização de infraestrutura necessária para imunização de trabalhadores nos espaços das empresas. A operadora faz a divulgação e orientação dos beneficiários, bem como disponibiliza os recursos humanos e materiais. As empresas fornecem os imunobiológicos.
Atenção à puérpera e ao recém-nascido	Orientações às puérperas sobre cuidados com recém-nascido, acompanhamento do bebê até o segundo ano de vida.	Saúde do adulto	Eventos organizados nas empresas para avaliar parâmetros que podem indicar risco para doenças crônicas (pressão arterial, glicemia capilar, índice de massa corporal, circunferência abdominal, dentre outras). Após avaliação os beneficiários recebem orientações e são direcionados à rede assistencial.
Cessaçã do tabagismo	Realização de palestras motivacionais seguidas de consulta individual com pneumologista e encaminhamento a um grupo dirigido por pneumologista e psicóloga. Após cinco encontros em grupo os beneficiários mantêm acompanhamento individual com pneumologista de referência.		

Fonte: Dados da pesquisa

O acesso dos beneficiários aos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças ocorre de três maneiras: convite às pessoas que possuem fatores de riscos

para adoecimento, identificados através dos dados que constam no questionário de avaliação de saúde; demanda por parte das empresas conveniadas e identificação de empresas que possuem altos índices de adoecimento por patologias específicas. As empresas são o *lócus* privilegiado para o desenvolvimento de atividades e eventos pontuais direcionados para datas e programações específicas, tais como SIPAT, dia das mulheres, dia do motorista, dentre outros. As práticas que consistem em transmitir informações em saúde de forma rápida e pontual aos grupos de trabalhadores são muito solicitadas pelas empresas devido à necessidade de racionalizar tempo durante o processo de trabalho.

O discurso da coordenadora entrevistada desvela um contrassenso entre o objetivo dos empregadores em investir em ações de promoção da saúde no ambiente de trabalho e as restrições impostas no tocante ao tempo disponível para que os empregados possam participar das atividades. As empresas contratantes, principalmente aquelas que trabalham com linhas de produção, solicitam ações em pequenos grupos com duração entre 15 e 20 minutos para não prejudicar a produtividade. Essas têm como objetivo demonstrar cuidados com a saúde dos trabalhadores e, por conseguinte, melhorar o relacionamento entre os operários e desses com suas chefias, além de aumentar a produtividade e reduzir o absenteísmo. Contudo, a coordenadora dos programas afirmou que é um grande desafio trabalhar o conceito de saúde nessas empresas porque eles os empresários não coadunam do objetivo de promover o bem-estar, a qualidade de vida, satisfação e felicidade aos trabalhadores, mas limitam-se ao ideal de melhorar a produtividade.

O grande número de beneficiários em Minas Gerais e a dispersão por todo o Estado são fatores utilizados para justificar a terceirização da mão de obra por meio da contratação de prestadoras. Para terceirizar os serviços a operadora *“faz uma avaliação de mercado sobre os prestadores que trabalham promoção da saúde de forma inovadora, porque existe a preocupação de fazer diferente”* (coordenador OP3). O prestador selecionado é treinado e recebe explicação sobre *“qual é o padrão da operadora para desenvolver as atividades”* (coordenador OP3).

O ideal de romper com o tradicionalismo das metodologias utilizadas em promoção da saúde emerge dos discursos dos participantes do estudo, os quais apontam como possibilidades de inovação a ampliação da utilização da informática para

alcançar jovens com informações educativas, criativas e atraentes. Além disso, foram relatadas experiências nas quais a coordenação da operadora objetivou promover práticas educativas acrescentando alguns aspectos lúdicos à metodologia. No entanto, o enfoque nos riscos e doenças perpassa a grande maioria das práticas.

A gente fez uma estrada da saúde, imitando uma estrada mesmo com adesivo no chão. No meio dessa estrada foram colocadas placas de "Pare". Em cada placa de "Pare", tinha um banner com uma informação de saúde. Então avaliou a pressão, a gente colocou um banner sobre hipertensão arterial, o que significam, quais são os cuidados. Diabetes, percentual de gordura, colesterol... Também colocamos um banner. (...) As pessoas estão adorando assim, a forma como a gente está tentando trabalhar a promoção da saúde para fazer com que fique interessante, que as pessoas fiquem curiosas em participar, conhecer, ver qual é o diferencial, qual é a criatividade. [...] A gente pode fazer uma dinâmica, um teatro, uma atividade em grupo, um trabalho manual, um workshop e várias coisas diferentes que não sejam palestras (coordenador OP3).

A gente tá criando coisas que no mercado elas são novas. Temos o desafio de usar a tecnologia da informação pra promoção da saúde porque nós temos essa característica de ter uma população muito espalhada. Então assim, temos que usar recursos antigos como as palestras, mas queremos outros recursos (gestor OP3).

O gestor avalia os programas de promoção da saúde como “incipientes e inovadores”, em fase de “*estruturação de métodos, de delineamento da quantidade de sessões, de indicadores, medidas de resultados e custos*”. Coloca como meta desenvolver duas atividades do portfólio de programas em todas as empresas que têm acima de 1.000 clientes, visto que os clientes estão muito espalhados e a concentração nas empresas torna esses espaços *lócus* privilegiados para intervenções. Considerando a incipiência dos programas, são avaliados basicamente a satisfação dos usuários e o quantitativo de participantes, mas existe a perspectiva de instaurar processos avaliativos capazes de explicitar o impacto na saúde dos indivíduos e o custo-benefício dos programas.

De acordo com a coordenadora, todos os programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças que compõem o portfólio estão em desenvolvimento na operadora. Ela afirmou que no primeiro semestre 4.820 beneficiários participaram das ações de saúde de forma geral. Contudo, quando solicitei permissão para fazer observação participante das práticas, a coordenadora teve dificuldade de indicar aquelas que estavam acontecendo no momento.

A coordenadora de promoção da saúde revelou que *“um grande desafio para trabalhar promoção da saúde refere-se à pequena adesão das pessoas”*. Apesar do interesse demonstrado pelos beneficiários em participar dos programas, *“o trânsito, o trabalho, o cansaço, o stress, a família são motivos para que não mantenham a adesão”* (coordenador OP3). Como estratégias para superar o referido desafio e promover maior adesão aos programas a operadora investe na divulgação das ações de modo a ressaltar os benefícios em saúde.

Quando uma determinada empresa solicita um programa ou evento de saúde, a operadora divulga aos trabalhadores para que os interessados se inscrevam. Nesse processo de divulgação utilizam-se folders, e-mail marketing, cartilhas, ligações telefônicas, dentre outros mecanismos de comunicação que são construídos com objetivo de *“provocar o encantamento das pessoas, através de coisas atrativas e diferentes”* (coordenador OP3).

4.3.1 Prática estudada na Operadora 3

Por se tratar de uma operadora que trabalha com práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças essencialmente pontuais foi possível observar apenas uma ação relacionada à educação para saúde.

Prática de educação em saúde

A prática analisada desenvolveu-se em uma empresa de telefonia, especificamente no setor de *call center*, por solicitação da equipe de segurança do trabalho. Teve como objetivo orientar os trabalhadores quanto aos riscos existentes naquele contexto de trabalho, bem como sobre as possibilidades de prevenção de acidentes e adoecimento.

Para organização e condução da prática a operadora contratou uma prestadora de serviços, a qual dispôs de uma equipe composta por cinco profissionais de educação física coordenados por um fisioterapeuta. Os membros da equipe usavam camisas com o nome da operadora e o coordenador vestia-se socialmente, não participava das atividades, mas observava e orientava quando necessário.

As atividades foram realizadas dentro do *Call Center*, em um espaço próximo aos postos de atendimento telefônico. Os grupos de 10 a 15 trabalhadores revezavam de acordo com a liberação de suas chefias para participarem da prática que teve duração média de 15 minutos em cada grupo.

Os trabalhadores foram convidados a se organizarem em roda, juntamente com os profissionais da prestadora, para participarem de uma dinâmica denominada “batata quente”. A dinâmica consistiu em passar de pessoa a pessoa um balão, contendo em seu interior uma pergunta relacionada a risco e prevenção de acidentes de trabalho, até que a música parasse de tocar. Quando a música parava a pessoa que se encontrava com o balão deveria rompê-lo, ler em alta voz a pergunta e posteriormente respondê-la ao grupo. Nesse momento os profissionais reforçavam e/ou acrescentavam informações sobre o tema em questão.

Ao final de cada grupo foram feitos agradecimentos aos participantes, ressaltaram o compromisso da operadora com a saúde de seus beneficiários e distribuíram folders da operadora contendo informações básicas sobre prevenção de acidentes de trabalho.

Percebeu-se que os trabalhadores deslocavam-se para participarem da prática com uma expressão facial que poderia indicar desânimo, mas durante a dinâmica havia interação e descontração evidenciadas por sorrisos e algumas brincadeiras entre os membros. Conversas paralelas à discussão também foram observadas e podem demonstrar desinteresse pelo tema abordado ou pela forma de condução (Notas de observação 06/08/12).

O coordenador da prática revelou que a prestadora conta com uma equipe multiprofissional para trabalhar com promoção da saúde e prevenção de doenças de forma criativa, inovadora e atraente aos sujeitos. Afirma que o diretor da empresa utiliza o conceito ampliado de saúde como qualidade de vida e orienta para que as intervenções sejam fundamentadas na integralidade (Notas de observação 06/08/12).

O relato do representante da prestadora coaduna-se com o discurso dos entrevistados na operadora no que tange ao ideal de desenvolver práticas preventivas e promocionais capazes de impactar a qualidade de vida dos

beneficiários, através da utilização de metodologias criativas e inovadoras. Contudo, a pontualidade da prática observada e a temática abordada apontam para a manutenção de uma abordagem preventivista, focada em fatores de riscos e nos interesses dos empregadores, em detrimento da promoção de empoderamento dos sujeitos para promoção de autonomia.

Importa ressaltar que foi solicitado à prestadora autorização para entrevistar o gestor, coordenador e profissionais, mas não foi obtida resposta mesmo após várias tentativas.

4.4 Operadora 4

A operadora 4 é uma autogestão fundada no ano de 1993 por um grupo de servidores federais. Atende a uma carteira de aproximadamente 26.000 beneficiários de perfil socioeconômicos e faixa etária variados. Conta com uma rede de serviços credenciados, além de um núcleo de atendimento médico próprio no qual atuam especialistas em ginecologia e obstetrícia, clínica médica, cardiologia, pediatria e dermatologia.

O núcleo de atendimento próprio teve início em meados de 2011 com objetivo de reduzir o tempo de espera para agendamento de consultas médicas e também melhorar a captação de beneficiários para os programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, através de encaminhamentos realizados pelos profissionais contratados pela própria operadora. Apesar de o núcleo próprio ter objetivos relacionados à ampliação dos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, a estrutura física não dispõe de espaços destinados ao desenvolvimento das atividades que compõem os programas.

De acordo com os informantes, os ideais dos gestores da operadora sempre estiveram atrelados às concepções adotadas pela medicina social e, por conseguinte, o propósito de trabalhar com questões relacionadas à promoção da saúde e prevenção de doenças é uma premissa da operadora.

O primeiro trabalho preventivo enunciado pelos participantes do estudo foi uma campanha de vacinação contra gripe e pneumonia que ocorreu no ano de 2002,

incentivada pelo atual presidente da operadora, que é formado em medicina e especialista em infectologia. A partir de então foram realizadas outras campanhas e criados programas de modo a estabelecer uma *“cultura de trabalho em promoção da saúde e prevenção de doenças, visando à qualidade de vida dos associados”* (coordenador OP4).

Nesse percurso, desde a primeira campanha de vacinação até a atualidade, os programas de promoção da saúde e prevenção de doenças passaram por vários processos de mudança e reformulação para atender às *“necessidades do mercado e dos associados, além de adequar às percepções dos diferentes gestores”* (coordenador OP4).

Inicialmente, o setor de serviço social coordenava os programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, além de desenvolver outras atividades de assistência social. Em janeiro de 2010 foi criado um setor específico de programas preventivos, coordenado por uma assistente social e uma enfermeira com objetivo de investir em recursos humanos para reformular e melhorar os programas.

O último processo de mudança iniciou-se ao final do ano 2011 e foi motivado pelo reconhecimento que *“os grupos eram muito pequenos e pouco atrativos para os associados”* (gestor OP4). Foi contratada *“uma equipe maior pra trabalhar com promoção da saúde, com inclusão mais maciça do enfermeiro nesse processo de trabalho, mas com o foco nas patologias crônicas”* (coordenador OP4).

Os novos programas enunciados pela coordenadora entrevistada ainda não estavam sendo praticados no período de coleta de dados, mas, dentre os mais antigos, permaneceram os programas de atenção domiciliar, gestação, parto e puerpério e controle da obesidade. O acesso dos beneficiários aos programas ocorre através de indicações e encaminhamentos dos profissionais que atendem no núcleo da operadora, busca ativa de sujeitos com perfil condizente através dos registros de utilização da rede credenciada e demanda espontânea. Os programas são ofertados a todos aqueles que têm perfil para participar, não há limite numérico de participantes, todavia alguns programas foram finalizados por falta de adesão dos beneficiários.

A baixa adesão, principalmente às práticas coletivas criadas para prevenir doenças, é apontada como um desafio a ser superado, visto que resulta em baixa amplitude e pequeno impacto. Para exemplificar essa análise foi citado o caso de um grupo de portadores de diabetes, finalizado ao final de 2011, porque havia apenas 10 a 12 participantes assíduos. Apesar de haver um vínculo entre os integrantes do grupo, o informante afirmou que:

Tornou-se um grupinho de amigos, isso não é programa de prevenção. Então, queremos mudar o enfoque, ampliar não só o número de pessoas como também o modo de abordagem (gestor OP4).

Dentre os desafios que precisam ser superados para melhorar a adesão dos beneficiários o gestor apontou os meios de divulgação dos programas, os quais ocorrem através de propagandas no site da operadora e boletins informativos enviados às residências dos associados. Ele reconhece a necessidade de mudanças no sentido de alcançar uma “abordagem mais ampla”, mas afirma que não sabe como promover a transformação.

[...] Não sei como mudar. Isso que estou dizendo, eu sempre comentei com os coordenadores de grupo, falava: ‘ nós temos que ampliar mais, não só o número de pessoas, mas também a forma de abordar os associado e o modo de abordagem dos temas’. Mas, eu não sei dizer qual é a fórmula para mudar e ampliar (gestor OP4).

A possibilidade de redução de custos através de programa de promoção da saúde e prevenção de doenças é reconhecida, apesar de não ser colocada como objetivo da operadora.

Prevenção também. A gente percebe hoje um grande movimento nacional nas empresas de plano de saúde investindo em prevenção e promoção com o objetivo de lucro, de diminuir o custo do hospital. Então, esse é o grande objetivo da maioria das operadoras, mas não é o objetivo da Operadora 4. Isso (redução de custos) pode até vir a acontecer secundariamente por decorrência natural, mas a Operadora 4 não visa isso, esse não é o objetivo (gestor OP4).

Contudo, a direcionalidade dos programas aos grupos que apresentam riscos para doenças crônicas pode apontar para manutenção da lógica centrada no modelo de atenção gerenciada que visa, sobretudo, o racionamento de procedimentos e serviços especializados com vistas à redução de custos. Essa inferência não elimina o potencial de investimentos em grupos de risco possibilitar a construção de um modelo mais cuidador, mas evidencia a manutenção da lógica do controle dos riscos e doenças que, por sua vez, remete às estratégias econômicas.

A dificuldade de aprovar programas de promoção da saúde e prevenção de doenças junto a ANS foi revelada no discurso do gestor, que destacou como obstáculos o rigor da avaliação da agência reguladora e as limitações da equipe da operadora para elaboração de projetos.

A avaliação dos programas também é desvelada como “*uma questão desafiadora, porque é complexo conseguir mensurar os resultados quantitativos e qualitativos*” (coordenador OP4). Assim, as avaliações dos programas em curso referem-se a pesquisas de satisfação e avaliação de alguns indicadores relacionados à utilização dos serviços médico-hospitalares.

4.4.1 Programa estudado na Operadora 4

Nesta operadora optou-se por fazer uma análise mais aprofundada do programa de controle de obesidade por considerar que sua problemática se aproxima dos objetivos deste estudo, bem como pela maior disponibilidade de acesso, visto que a atividade grupal para gestantes acontece a cada bimestre.

Programa de controle da obesidade

O programa teve início na operadora no ano de 2004 com objetivo, inicialmente, de prevenir cirurgias bariátricas e oferecer suporte para mudança de hábitos. Mas, atualmente incorporou o ideal de prevenir e controlar doenças crônicas relacionadas à obesidade e sobrepeso. É formado por três atividades que se complementam, mas são desenvolvidas de forma desarticulada, a saber: grupo de atividade física, grupo de nutrição e de apoio psicológico.

O acesso dos usuários ocorre através de encaminhamentos feitos pelos médicos que trabalham para a operadora e demanda espontânea por parte dos beneficiários que têm pretensão de emagrecer.

Ao ingressarem no programa os beneficiários passam por avaliação individual por parte da fisioterapia, nutrição e psicologia, com objetivo de determinar as principais necessidades e limitações de cada beneficiário. Não existem critérios de alta do programa, ou seja, o programa é aberto a todos os interessados durante o tempo que os próprios beneficiários julgarem necessário.

Os relatos dos profissionais entrevistados revelaram que os grupos são compostos por aproximadamente 25 pessoas, mas existe uma grande rotatividade entre os participantes, visto que alguns desistem por questões relacionadas à motivação individual ou indisponibilidade de tempo.

É assim, tem aqueles que ficam, que são sempre constantes, mas tem uns que eles flutuam. Mas assim, cerca de umas 25 pessoas (nutricionista 1 OP4).

Porque como todo grupo tem essa rotatividade muito grande e tem faltas. Às vezes a pessoa, no caso da obesidade, desanima, porque às vezes você tem uma ilusão muito grande de que vai entrar no grupo e vai ser emagrecido, não vai emagrecer (psicóloga 1 OP4).

O grupo de atividade física acontece três vezes por semana, no horário de 18:00 às 20:00 horas, em uma academia emprestada por uma instituição pública. O espaço não se encontrava em condições ideais, visto que o interior da sala é pouco arejado e a parte externa, que é utilizada para caminhadas, possui iluminação inadequada. Além disso, os materiais e equipamentos utilizados são insuficientes para todos, sendo necessário criar estratégias para que haja revezamento entre os usuários. Essa percepção foi reforçada pelo relato do coordenador do grupo e de beneficiários entrevistados.

É um grupo também que a gente já percebe uma necessidade de reestruturação, de melhorias até em relação a espaço físico. A gente não tem muitos recursos, por isso a necessidade de até de adaptação de melhorias, a gente vê hoje que é um ponto que precisa ser melhorado (coordenador OP4).

As condições que a gente tem, equipamento que a gente tem, o local, nós estamos com problema agora, por exemplo, de utilização da parte externa porque tá muito escuro. Isso pode dificultar, isso pode ser uma parte negativa (fisioterapeuta 1 OP4).

Nós já fizemos abaixo assinado para a diretoria da Operadora 4, mas ainda nada foi feito. Precisamos de um local adequado, lá fora tá tudo escuro, aqui dentro um calorão e quando chove não dá pra fazer todos os exercícios (beneficiário 1 OP4).

O grupo é coordenado por um fisioterapeuta que também é formado em educação física, sendo que a condução das atividades é realizada por uma fisioterapeuta com apoio de três acadêmicos de educação física. As atividades são realizadas através de circuitos de exercícios, de modo que, enquanto um grupo pratica caminhada, outro pedala nas bicicletas ergométricas e o terceiro pratica exercícios de musculação. Durante o desenvolvimento das atividades, periodicamente, os dados

vitais dos beneficiários são aferidos e registrados por acadêmicos de educação física (Notas de observação 08/08/12).

Foi possível perceber que há integração e amizade entre as pessoas que compõem o grupo. Esse fator foi referido pelo coordenador do grupo e por beneficiários como sendo um aspecto positivo.

O que eu vejo positivamente é o vínculo que a gente cria com eles e eles entre eles, esse vínculo terapêutico, esse vínculo social. A gente sabe que a atividade física tem muito disso, essa questão social, esse vínculo de amizades que a gente tem, a gente cria isso (fisioterapeuta 1 OP4).

Eu tenho amigos aqui de anos de convivência. Isso anima a gente, a turma é muito boa (beneficiário 2 OP4).

O grupo de nutrição é desenvolvido por um nutricionista em um encontro mensal que acontece em uma sala também cedida por uma instituição pública. Em geral, tanto o grupo de nutrição quanto o de apoio psicológico, acontecem logo após o término da atividade física para facilitar o acesso dos beneficiários. Além das reuniões em grupo o nutricionista atende os participantes do programa em consultas individuais mensais ou de acordo com a necessidade de cada pessoa. Para ter acesso às consultas é preciso participar do grupo, conforme revela o profissional.

Então o paciente que é integrante do grupo, primeiro, é pré-requisito que ele participe das reuniões, se ele não participar das reuniões, ele perde o direito de ter o acesso a esse acompanhamento nutricional (nutricionista 1 OP4).

As temáticas são abordadas por meio de uma exposição dialogada na qual são discutidas questões referentes a hábitos alimentares saudáveis e também atualidades que dizem respeito às “dietas e produtos da moda”.

Eu trago temas diferentes sobre alimentação. No início eu vim com temas de reeducação alimentar, hoje a gente aborda temas que tão na mídia que têm muitas dúvidas pra eles. Então aparece às vezes que a aveia emagrece, o óleo de coco. Então aí a gente vai abordar esses temas pra mostrar até que ponto que é verdadeiro (nutricionista 1 OP4).

Duas vezes ao ano são realizadas aulas de cozinha experimental, nas quais são ensinadas receitas de alimentos considerados saudáveis. Também foi revelado que o principal objetivo do programa é o emagrecimento, contudo o nutricionista abordou a necessidade de valorizar a manutenção do peso.

Emagrecimento, hoje, é a proposta da Operadora 4, mas eu particularmente visualizo que pra nutrição, o principal é o não ganhar peso porque pra um obeso não ganhar peso é muito difícil. E se ele não ganha peso, é sinal que

alguma coisa já mudou na cabecinha dele, então alguma coisa ele aprendeu (nutricionista 1 OP4).

O grupo de apoio psicológico ocorre duas vezes por mês, é conduzido por um psicólogo que objetiva “*tentar promover a mudança de hábito*” (psicólogo 1 OP4), através de *grupos operativos* com enfoque em questões relacionadas à obesidade. Os temas são definidos a partir das demandas apresentadas pelo grupo e a dinâmica de trabalho utiliza como instrumentos para mediação das discussões “*relato de outras pessoas que passaram pelo processo de emagrecimento, literatura, poesia, fragmento de livro, filmes, dentre outros*” (psicólogo 1 OP4).

A partir de cada encontro, o grupo vai trazendo, vai falando, através do diálogo mesmo e a partir daí, escutamos e aí monto a próxima atividade, então é sempre uma surpresa, assim porque depende do que é falado (psicólogo 1 OP4).

A observação do grupo permitiu apreender que os integrantes pertencem a faixas etárias e nível socioeconômico variados, com predominância feminina. O grupo operativo é realizado em uma sala, na qual o profissional se posiciona em uma mesa central para conduzir as atividades.

Foi evidenciado certo nível de interação entre alguns participantes através de conversas anteriores ao início das atividades e nem todos aqueles que praticam atividade física participam do grupo (Notas de observação 08/08/12).

O psicólogo iniciou as atividades convidando o grupo para ler um estudo de caso sobre emagrecimento. O texto havia sido sugerido por um dos beneficiários e contava a história de uma mulher que obteve uma importante perda de peso a partir de decisões próprias, sem auxílio profissional ou uso de medicamentos. A leitura aconteceu através do revezamento dos participantes, de modo que todos leram um trecho do relato. A partir daí, o profissional iniciou uma discussão que foi centralizada na necessidade de atitudes individuais, responsabilização e autocuidado para alcançar perda de peso de forma saudável.

O procedimento de cirurgia bariátrica foi criticado e desencorajado ante a justificativa de que “*o processo de mudança de hábitos é inevitável*” (Notas de observação 08/08/12).

Um dos participantes compartilhou que as reuniões em grupo têm contribuído para que ele tome decisão de emagrecer por causa de seus próprios desejos e não pela necessidade de dar satisfações à sociedade (Notas de observação 08/08/12). Outro beneficiário revelou em entrevista:

Eu participo do grupo há quatro anos, cheguei aqui por indicação do meu cardiologista. Minha pressão estava alta e eu pesava 10 quilos a mais. Aqui, a gente faz os exercícios bem monitorados, isso você não vê nas academias. Tem também os grupos com a nutricionista e psicóloga que ajudam muito a gente. É um conjunto né (beneficiário 3 OP4).

No decorrer da discussão os integrantes demonstraram maior interação por meio de sorrisos, tratamento pelo nome e conversas. Para finalizar, o profissional reafirmou: *“mudar hábitos significa cuidar mais de si”*. Após o fim do grupo operativo os beneficiários se despediram e deixaram o local.

4.5 Operadora 5

Operadora da modalidade autogestão, fundada no ano 1992 com a finalidade de oferecer assistência médico-hospitalar aos trabalhadores de um grupo industrial. Está vinculada a uma Fundação do mesmo grupo que, além de serviços de saúde, também gerencia um conjunto de benefícios disponibilizados, tais como eventos culturais, lazer e assistência social.

A analista de promoção da saúde entrevistada afirmou que até dezembro de 2011 a gestão e a estrutura organizacional da Fundação encontravam-se unificadas, de modo que não havia separação entre os setores saúde e de benefícios concedidos pela Fundação. Essa unificação foi justificada por uma visão holística dos beneficiários, visto que a entrevistada afirmou que *“Fundação entende que o empregado é um todo; então, tem a parte do cuidado com a saúde e também a parte do cuidado dos benefícios (auxílio alimentação, lazer, cultura, etc.)”*.

Para cumprir uma exigência da ANS a operadora de saúde foi desagregada da Fundação, no que se refere aos aspectos administrativos, *“mas na forma de operar continua interagindo com os usuários como um todo, trabalhando tanto a parte de saúde como benefícios, integração social, lazer...”* (coordenador OP5).

Apesar de demonstrar uma concepção ampliada de saúde que considera a dimensão multifatorial do processo saúde-doença e a integralidade, os programas de promoção da saúde e prevenção de doenças da operadora apresentam traços marcantes de uma abordagem biologicista com predominância de atividades preventivas, de gerenciamento de riscos e mudança de hábitos.

Resumir tudo isso em uma única palavra seria falar em mudança de hábitos, é isso que estamos buscando. Então, o diabético, que é um paciente difícil de ser cuidado, nós queremos convencê-lo da importância de uma alimentação saudável, da atividade física (coordenador OP5).

A Fundação, entretanto, amplia essa perspectiva ao dispor de espaços e eventos direcionados ao lazer, esporte, cultura e interação social.

No contexto da operadora são assistidos 63 mil beneficiários, majoritariamente, da classe operária e que apresentam baixo nível de escolaridade, idade produtiva e reprodutiva.

A rede de serviços é composta por três unidades de atendimento próprias, além de hospitais, ambulatórios, clínicas, dentre outros serviços credenciados. As unidades de atendimento são denominadas unidades básicas, localizam-se em Belo Horizonte e em duas outras cidades da região metropolitana. Contam com a atuação de médicos clínicos, ginecologistas, pediatras, odontólogos, nutricionistas e equipe de enfermagem. Além dos consultórios a estrutura física das unidades também é composta por sala de vacinas, sala de reuniões com recursos multimídia e uma sala na qual atua a equipe responsável pelos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Cada unidade básica possui uma equipe de promoção da saúde composta por acadêmicos dos cursos de serviço social e enfermagem, sendo a coordenação das equipes responsabilidade de uma analista de promoção da saúde cuja formação é Serviço Social.

As observações participantes realizadas durante o percurso de coleta de dados revelaram que cabe às acadêmicas fazerem contato com os beneficiários para agendar consultas médicas relacionadas aos programas, realizar busca ativa de beneficiários, controlar e quantificar o número de participantes das práticas coletivas, organizar a estrutura física, bem como os recursos materiais e humanos utilizados

em atividades coletivas, além de prestar informações e esclarecimentos aos beneficiários (Notas de observação).

O entrevistado não soube precisar o momento em que a operadora iniciou trabalhos no campo da promoção da saúde e prevenção de doenças, mas afirmou que a estrutura organizacional e os projetos foram reformulados em janeiro de 2011 por uma médica que assumiu o cargo de gestão de saúde da operadora ao final de 2009. Atualmente, “*os programas de promoção da saúde são operados dentro das unidades próprias*” (coordenadora OP5), mas existe um projeto para o futuro que objetiva utilizar um sistema informatizado para possibilitar a expansão da captação dos beneficiários que utilizam os serviços credenciados.

A gente tem um desenho pro futuro, que é um sistema novo, desenvolvido em que a gente vai começar a buscar os pacientes que têm perfil, que é o público alvo, elegível dos programas, na rede credenciada. Mas, hoje, nós estamos única e exclusivamente dentro dessas três unidades próprias (coordenador OP5).

A divulgação dos programas é realizada através de cartazes expostos nas portarias das fábricas e no clube de esporte e lazer, emissão de e-mails marketing, revistas mensais, informes no site da operadora e serviço de divulgação em sala de espera.

Além da divulgação para incentivar a livre demanda, a captação de beneficiários também ocorre por meio de encaminhamentos dos médicos que atuam no serviço próprio, busca ativa de pessoas que apresentam fatores de risco e/ou utilizam os serviços de saúde com frequência, encaminhamentos pelo setor de saúde ocupacional a partir dos exames periódicos dos trabalhadores.

O acesso aos programas é viabilizado pela equipe de promoção da saúde que faz o cadastramento e a inclusão dos beneficiários com perfil pré-definido, além de iniciar o telemonitoramento dos mesmos.

Os programas denominados promoção da saúde e prevenção de doenças desenvolvidos pela operadora são: controle de crônicos, controle de crianças portadoras de doenças respiratórias, cessação do tabagismo, planejamento familiar, gestação e puerpério e nutrição.

O programa de controle de crônicos tem como objetivo prevenir eventos agudos em pacientes portadores de hipertensão arterial, diabetes, dislipidemias, insuficiência

renal e cardiopatias, com objetivo de promover bem-estar aos sujeitos e seus familiares, além de reduzir custos assistenciais.

Para minha população, se eu tenho uma família, que uma mãe vem a óbito ou que tenha um AVC, que vai ter que demandar uma mudança de vida mesmo, alguém que vai ter que ajudar essa pessoa até se recuperar. O trauma que isso causa para esse empregado que vai ter sua rotina toda mudada é grande e, em contrapartida, a gente tem gastos de todas as partes, os altos custos, disso, desse tipo de evento para a gente é muito grande (coordenador OP5).

O programa consiste em consultas periódicas com médicos clínicos que atendem nas unidades básicas, telemonitoramento dos beneficiários e encaminhamentos ao serviço de nutrição ou a outras especialidades médicas, quando necessário. Limitam-se àqueles que, por demanda espontânea ou encaminhamento, são atendidos no serviço próprio da operadora, sendo essa uma limitação apontada pela coordenadora do programa que revela: *“Meu desejo é que no futuro a gente possa usar o sistema pra buscar essas pessoas que vão só a PA's de urgência, e que tem esse tipo de sintoma”* (Coordenador OP5).

Os beneficiários incluídos no programa recebem uma cartilha com informações sobre a doença, meios de prevenção e tratamento, além de um objeto em forma de coração, utilizado para massagear as mãos. A periodicidade das consultas e alta do programa são definidas conforme critérios médicos.

Em seu discurso a coordenadora do programa revela que a não adesão dos beneficiários é considerado um problema para a operadora porque impacta negativamente os custos. O ideal disciplinar e de racionalização emerge como objetivo do programa:

O paciente do Controle de Crônicos, como não dói, a doença ela é silenciosa, eles são indisciplinados, então eles me geram um alto custo no tratamento deles porque eles não comparecem às minhas consultas, um absenteísmo muito grande. Então trabalhar esse paciente é difícil porque eu perco meu tempo médico que eu poderia abrir para outra pessoa que está precisando. Eu não consigo trazer esse paciente porque ele não se convence da importância. A gente tem também a demanda do tempo da equipe que é desperdiçado (coordenador OP5).

O programa de controle de crianças portadoras de doenças respiratórias objetiva realizar o acompanhamento de crianças de zero a cinco anos que apresentam doenças de ordem respiratória como rinite, sinusite, asma, bronquite, dentre outras. Os pediatras das unidades básicas identificam essas crianças em consultório e

notificam o setor de promoção da saúde, indicam a periodicidade dos retornos às consultas e a necessidade de interconsultas com pneumologista.

A equipe de promoção da saúde realiza as marcações de consultas, o telemonitoramento e transmite informações básicas aos pais, tais como manuseio de espaçador, inadequação do uso de objetos que podem acumular alérgenos, dentre outros.

O objetivo de prevenir doenças para proporcionar saúde e bem estar às crianças assistidas no programa é associado ao foco na redução de custos. Além disso, do discurso da coordenadora, emergem os dispositivos para ditar normas de controle de hábitos e modos de vida.

A gente fica repetindo todo o tempo pra tentar convencer mesmo a mãe, o pai, o cuidador que precisa mudar os hábitos pra essa criança ter uma vida saudável, com foco também, claro, na redução de internações, na redução do custo, da medicação (coordenador OP5).

O programa de cessação do tabagismo consiste em consultas médicas, telemonitoramento e subsídio de 50% do valor do medicamento utilizado para cessação do uso de tabaco. A coordenadora de promoção da saúde afirmou que *“de todos os programas esse é o mais difícil de atuar, porque se não houver vontade do próprio indivíduo a coisa não acontece, não adianta insistir porque o usuário vai evadir”* (coordenador OP5). Apesar da vasta divulgação e oferta ilimitada, a adesão é considerada pequena.

A implantação de uma metodologia para trabalhar as questões referentes ao tabagismo de forma coletiva é citada como um ideal da operadora, porém o afastamento dos trabalhadores da linha de produção fabril para participarem das atividades grupais contrapõe-se a esse ideal por prejudicar a produtividade e o lucro da empresa.

O desejo que a gente tem hoje é de ter um grupo coletivo que possa apoiá-los. Mas como eu trabalho com empregados, eu não posso tirá-los da área, eu não posso tirar do trabalho todos os dias, a gente tem que tá sempre contrapondo a questão do lucro e do benefício, a gente tenta fazer essa ponte (coordenador OP5).

Planejamento Familiar é um programa destinado a todos os beneficiários que têm pretensão de fazerem histerectomia. A partir da manifestação do desejo de esterilização, as mulheres são encaminhadas ao setor de promoção da saúde que,

por sua vez, agenda a primeira consulta com um ginecologista. Posteriormente a mulher ou o casal são orientados quanto à documentação necessária e incluídos em uma lista para participação de uma palestra que acontece mensalmente. Nessa palestra o médico ginecologista apresenta as técnicas e métodos de esterilização possíveis e *“tenta desencorajar a contracepção definitiva precocemente”* (coordenadora), além de apresentar métodos contraceptivos não definitivos.

A gente tenta conversar e provocar para que eles possam pensar e por si só ter autonomia para decidir. A gente apresenta, provoca, mas a decisão final é do casal, é deles de optarem pelo procedimento definitivo ou não. Que a gente custeia a vasectomia e também a laqueadura tubária (coordenador OP5).

Um dos desafios apontados foi a falta de consenso entre os profissionais médicos acerca dos benefícios das abordagens preventivas e de promoção da saúde. Contudo, contraditoriamente, os programas desenvolvidos pela operadora mantêm centralidade médica.

O médico também é uma ferramenta instrumental importantíssima para promoção da saúde, mas também são poucos que se convencem da importância da promoção da saúde. Eles não são formados pra isso (coordenador OP5).

As ações coletivas dos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças são desenvolvidas em salas de reuniões nas unidades básicas e também são realizados eventos de educação para saúde no clube de esporte e lazer da Fundação. Como exemplo de ação de promoção da saúde no clube, a coordenadora dos programas cita a colônia de férias das crianças, em que uma nutricionista convida os pais que aguardam seus filhos para participarem de palestra sobre alimentação saudável.

A coordenadora apresenta que a prevenção de agravos à saúde emerge como um importante instrumento utilizado para redução de custos assistenciais e estratégia para garantir a sustentabilidade da operadora.

Quando falamos de tratar a saúde, em contrapartida, a gente está visando sempre o custo, é impossível falar que eu estou tratando da saúde só porque é bacana, não é. A gente está tentando fazer com que nossa saúde ela se torne sustentável. Se ele (o usuário) emagrece, ele vai me ajudar nesse tratamento da fisioterapia, do menor consumo com medicamento e aí eu consigo melhorar o tratamento dele, mas também melhorar o meu custo. A gente precisa ter um setor que consiga sistematizar o atendimento dentro do consultório com a promoção da saúde, com as contas lá fora para que a gente possa reduzir medicamento, reduzir internações, os eventos agudos.

A gente não vai conseguir fechar as contas no futuro, se a gente não atuar na prevenção. (...) Se eu pudesse alterar os programas, eu cobraria a consulta que o paciente não comparecesse. Eu acho que o órgão mais sensível do corpo do ser humano chama-se bolso (coordenador OP5).

A proposta de trabalhar promoção da saúde no âmbito da operadora é apontada como incipiente e desafiadora. Dentre as inquietações sentidas pela coordenadora, encontra-se a *“preocupação de como atrair e convencer o paciente a participar dos programas”*. Ela afirma que o *“maior desafio é o absenteísmo”* dos pacientes às consultas agendadas, porque impacta no aumento dos custos.

Porque se eu tenho que reduzir custo, com o absenteísmo estou gerando custo. Eu estou tentando reduzir o custo de medicamento porque se ele tomava 10 medicamentos, à medida que ele vai entrando nesse processo de pactuar com o médico, o médico começa a ajustar medicação, ele começa a dar uma melhorada, eu tenho uma redução de custos de medicamento, eu tenho uma redução de custos de visitas à PA, mas a minha estrutura também tem custo. Quando eu tenho três horários de programa e não foram preenchido num dia, eu tenho 45 minutos de ociosidade de um especialista, que é caro, que é uma mão de obra cara (coordenador OP5).

Como método avaliativo é utilizado um questionário para pesquisa de opiniões, sugestões e críticas, aplicado a todos os beneficiários que participam das palestras.

4.5.1 Programas estudados na Operadora 5

Dentre os programas desenvolvidos pela operadora foi possível estudar com maior profundidade o Programa de Gestação e Puerpério e o Programa de Nutrição.

Gestação e Puerpério

O programa Gestação e Puerpério é categorizado como o maior programa da operadora, com o objetivo de garantir assistência integral às gestantes e cuidados às crianças durante o primeiro ano de vida.

As gestantes são incluídas no programa a partir da detecção da gravidez ou início do pré-natal nas unidades de serviços próprios. Elas são encaminhadas pelos médicos assistentes para o setor de promoção da saúde com uma ficha contendo os dados gerais, além dos registros das datas de agendamento de consultas pré-natal. Para garantir o acompanhamento e monitoramento da totalidade das gestantes, a operadora não autoriza consultas pré-natal na rede de serviços credenciada, visto

que assim *“fecha-se a possibilidade da gestante evadir. Então, temos um controle”* (coordenador OP5).

Durante o período gestacional são realizadas três palestras para grupos de gestantes e seus companheiros. A palestra referente ao primeiro trimestre de gestação é ministrada por um médico ginecologista que aborda questões relacionadas às alterações no corpo das gestantes, crescimento e desenvolvimento fetal, efeitos indesejáveis da gestação, mitos e verdades sobre sexo.

No segundo trimestre um odontólogo transmite informações sobre saúde bucal da gestante e da criança e posteriormente um nutricionista faz orientações nutricionais. Os médicos ginecologista e pediatra discorrem sobre os tipos de partos, anestésias, aleitamento e cuidados com o recém-nascido durante a palestra do terceiro trimestre.

Para finalizar o terceiro e último encontro, a equipe de promoção da saúde distribui kits que contêm alguns produtos para uso do recém-nascido e orienta quanto às maternidades conveniadas, licença maternidade e paternidade, licença para aleitamento materno.

Após o parto a equipe de promoção da saúde acompanha a assistência à criança durante o primeiro ano de vida, através do controle da marcação e frequência às consultas de puericultura.

Foram observadas palestras ministradas por nutricionista, dentista e médico obstetra. Todos os encontros ocorreram no auditório de uma das unidades da operadora, local arejado, iluminado, equipado com aparelho de *data show* e com capacidade para 20 pessoas. As palestras acontecem no horário da manhã (9:00 às 11:00) ou no período da tarde (14:00 às 16:00).

A palestra com o nutricionista contou com a participação de sete gestantes e um homem, companheiro de uma delas. O profissional iniciou a palestra se apresentando ao grupo e posteriormente questionou às gestantes qual seria a importância de uma alimentação saudável durante a gestação. O grupo manteve-se pouco participativo, sendo que apenas uma gestante respondia aos estímulos do profissional.

O conteúdo da apresentação foi projetado através de um aparelho de multimídia. Os slides continham imagens coloridas e abordavam os seguintes assuntos: benefícios da alimentação saudável na gestação, benefícios da alimentação para o bebê, crescimento e desenvolvimento do feto, gestação *versus* dietas, cuidados durante a gestação, prevenção de problemas gestacionais comuns ao período gestacional.

Foi notória a falta de interesse do grupo pela atividade proposta, visto que os participantes evitaram as cadeiras da frente do auditório. Apesar dos olhares atentos não houve participação por parte da maioria das gestantes. Assim, a palestra transcorreu com a fala unilateral da nutricionista. Com o passar do tempo as gestantes e o homem começaram a apresentar sinais de cansaço evidenciado por inquietude, posturas inadequadas nas cadeiras e olhares desatentos.

Ao final da explanação o nutricionista perguntou ao grupo se havia restado alguma dúvida em relação ao tema abordado. Neste momento, algumas participantes fizeram perguntas e obtiveram respostas. Logo após a palestra foi servido um lanche e as participantes receberam cartilhas educativas contendo informações nutricionais e algumas receitas (Notas de observação 24/07/12).

A palestra com o dentista seguiu a mesma lógica de organização. Inicialmente ele se apresentou e se colocou à disposição para atendimentos no consultório. O tema abordado objetivou diminuir o risco de cárie no bebê e criança, além de instruir as gestantes quanto às possibilidades e restrições de tratamento odontológico no período gestacional.

Durante a palestra o grupo de gestantes manteve a postura de ouvintes com rara participação através de perguntas direcionadas ao profissional. A prática foi fotografada pelas acadêmicas de serviço social, as quais participam do processo de organização dos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças (Notas de observação).

De acordo com o relato do profissional dentista, as temáticas abordadas foram definidas a partir do consenso dos dentistas que trabalham para a operadora. Além disso, apesar de vários profissionais participarem do programa, foi revelado que não há uma articulação entre eles.

Eu não sei assim direito todos os profissionais, mas eu acredito que sim, o que eu tenho certeza o ginecologista, o pediatra, a nutricionista, odontólogo. Acho que é isso (odontólogo 1 OP5).

O mesmo profissional expõe que sua atuação focaliza-se na prevenção primária e envolve tanto as consultas individuais quanto o trabalho no grupo de gestantes.

Olha, aqui a gente trabalha muito, aqui no consultório com a prevenção mesmo, tanto que todos os pacientes que passam pela limpeza, profilaxia, aplicação de flúor. O nosso trabalho aqui é muito voltado pra prevenção (odontólogo 1 OP5).

A palestra conduzida por um profissional médico obstetra contou com a participação de 10 gestantes, utilizou o mesmo recurso audiovisual e seguiu a mesma metodologia de educação em saúde adotada pelos outros profissionais. Contudo, o profissional apresentou, durante sua palestra, uma concepção mais ampliada de saúde ao afirmar:

Saúde não é adquirida através de remédios, mas é uma construção. Saúde é igual a qualidade na alimentação, atividade física, qualidade das relações (Notas de observação 31/07/12).

O conceito de promoção da saúde relacionado à mudança de hábitos de vida foi revelado na entrevista. Além disso, o discurso do profissional médico também demonstrou crítica ao reducionismo das abordagens médicas e à imposição de normas e condutas nos processos de educação em saúde.

Realmente é trabalhar com as pessoas nesse sentido das mudanças de hábitos para poder promover a saúde e saber que isso é o que faz a diferença na saúde da pessoa e na qualidade de vida. (...) Mudar hábito é uma coisa muito difícil, a pessoa tende a ficar naquela inércia, então assim, eu tô até estudando sobre a entrevista motivacional, que no contato com a pessoa, você já sabe que momento ela pode estar. [...] Então todo o profissional de saúde tem que tá com a escuta atenta pra poder saber em que momento a pessoa está e saber que, muitas vezes, assim, a forma com que você aborda um problema de saúde, um tabagismo ou uma mudança pra fazer uma atividade física pode ajudar a pessoa a pensar e a querer começar ou pode afastar a pessoa do objetivo. (...) Na saúde, fica aquela coisa assim, a pessoa estuda a doença, o tratamento, a forma de evolução da doença, mas esquece que naquele lugar, aquela pessoa que tá passando por aquele problema, é um ser único, que tem uma história de vida, que tem as suas convicções, que tem os seus hábitos. Então, o profissional médico tem que tá pronto pra isso. Essa é a grande diferença, acho que isso hoje em dia, faz a diferença do bom profissional, que tá empenhado em realmente ajudar o paciente (médico 1 OP5).

Durante a palestra o profissional fez referência à complexidade dos seres humanos, afirmou que os aspectos subjetivos também influenciam as experiências (Notas de observação 30/07/12).

Apesar de sinalizar para uma concepção mais ampliada de saúde e reconhecer a complexidade dos seres humanos, o médico utilizou os métodos tradicionais de educação com transmissão vertical de temáticas restritas aos aspectos biológicos e comportamentais, tais como processo de fecundação, doenças sexualmente transmissíveis e má-formação fetal, alterações no primeiro trimestre de gestação, criação de hábitos saudáveis e vida sexual.

Apesar desse contrassenso, em entrevista o profissional apresentou algumas propostas metodológicas que poderiam ser incorporadas ao programa para melhorar a eficiência das práticas. Destaca-se nessa proposta a abertura para que os beneficiários pudessem participar da definição das temáticas, de modo a garantir-lhes certa autonomia e corresponsabilização.

Eu colocaria coisas mais dinâmicas também, algumas dinâmicas de grupo pra poder motivar e pra gente poder também conseguir perceber porque às vezes nós estamos achando que estamos dando o que elas precisam, mas às vezes elas estão precisando de coisas diferentes, entendeu? Então, talvez se antes de começarmos as palestras todas se a gente tivesse uma hora que a gente conseguisse identificar qual que é o perfil daquele grupo, trabalhar pra aquele grupo, ao invés de ser uma coisa quadradinha igual a gente faz (médico 1 OP5).

O médico também revelou que o limitado acesso dos beneficiários ocorre em função dos horários das palestras, visto que muitas gestantes trabalham e não conseguem licença para ir aos encontros.

Eu acho que o programa tá legal, a única coisa ruim é a pouca participação. Porque assim não são os 100% das gestantes que conseguem participar e há falta de participação do parceiro porque como eles estão no horário de trabalho, muitas também estão no horário de trabalho. Então a gente consegue nas palestras pegar um número reduzido de gestantes (...) eu mudaria o horário das palestras, principalmente, eu faria de forma com que a gente conseguisse trazer as pessoas, principalmente as mulheres que trabalham fora, fora do horário de expediente (médico 1 OP5).

Algumas questões foram levantadas durante a explanação, mas o grupo manteve uma postura passiva, assim como nas outras palestras observadas. Não foi possível entrevistar beneficiárias, visto que todas as convidadas alegaram falta de tempo para contribuir com o estudo.

Nutrição

O programa de nutrição objetiva promover o emagrecimento de beneficiários portadores de obesidade ou sobrepeso, através de mudanças de hábitos alimentares e de vida.

O acesso ao programa ocorre através de indicação médica e a alta é determinada pelo nutricionista que realiza o acompanhamento dos usuários em consultas periódicas.

Além das consultas individuais, os participantes do programa são convidados para participarem de três palestras que são conduzidas, em momentos diferentes, por psicólogo, cardiologista e nutricionista. Durante as palestras são abordados temas referentes aos fatores psicossociais, mórbidos e nutricionais relacionados à obesidade e ao processo de emagrecimento. A operadora autoriza cirurgia bariátrica para beneficiários que atendem aos critérios específicos e utiliza o programa como alternativa para evitar as cirurgias.

As palestras são realizadas no auditório das sedes da operadora. As cadeiras foram organizadas em roda, foi utilizado aparelho multimídia para exposição do tema. A atividade teve início às 14 horas e contou com a participação de 11 pessoas, sendo apenas um homem.

Inicialmente a coordenadora dos programas de promoção da saúde e duas estagiárias deram as boas vindas ao grupo, apresentaram o programa, falaram sobre o objetivo de contribuir para a mudança de hábitos de vida para preparar ou prevenir cirurgia bariátrica. Elas apoiaram hábitos saudáveis, estimularam a prática de atividades físicas e colocaram o setor de promoção da saúde à disposição para maiores orientações (Notas de observação 21/08/12).

Posteriormente, um profissional de psicologia apresentou-se ao grupo, falou sobre sua formação profissional e seus títulos acadêmicos. Iniciou a apresentação, expondo os temas centrais a serem discutidos, a saber: *fatores orgânicos, psicossociais e ambientais que causam obesidade*.

Durante sua exposição o profissional se referiu várias vezes às teorias de Freud para explicar questões relacionadas à relação entre prazer e frustração, as quais remetem a algumas causas de compulsão alimentar. Ele discorreu sobre a cirurgia bariátrica de modo a desencorajar o procedimento cirúrgico, caso não haja uma mudança no modo de pensar e agir. Essa ideia também foi afirmada no seguinte trecho da entrevista: *“Aqui nós tentamos convencer as pessoas que não adianta costurar estômago, tem que mudar pensamento”* (psicólogo 1 OP5).

O profissional também abordou a relação entre obesidade, comprometimento fisiológico e impacto negativo na autoestima. Afirmou que a angústia e o sofrimento impulsionam a busca por compensação que pode ser através da fala e compartilhamento dos problemas ou aumento da ingestão alimentar (Notas de observação 21/08/12). Durante todo o tempo os integrantes do grupo aparentaram atenção, mas mantiveram-se como ouvintes passivos (Notas de observação 21/08/12).

Em entrevista um dos beneficiários afirmou que estava participando do programa pela segunda vez, por indicação médica, devido à necessidade de emagrecer. Além disso revelou que sua motivação para participar das palestras e acompanhamento nutricional está relacionada ao desejo de emagrecer e também à possibilidade de aprendizado com a “palestra de nutrição”.

Devido que eu tava falando com ele (o médico) que negócio do peso, né? Precisava emagrecer, aí foi aonde ele me mandou eu vir. Ah, a minha motivação é de perder peso. Perder peso e ter saúde. (...) Na palestra sobre nutrição, às vezes vai ter alguma coisa que eu posso tá aproveitando (beneficiária 1 OP5).

Ao final da palestra o psicólogo ensinou técnica de relaxamento através da respiração ao grupo.

4.6 Operadora 6

A operadora 6 foi originada de uma Fundação, criada em 1993, para prestar assistência aos funcionários de um dos setores do Estado de Minas Gerais. No ano de 1998 os serviços prestados pela estatal foram privatizados, sendo que em 2003 a operadora reiniciou os serviços de assistência à saúde que outrora eram prestados pela referida Fundação.

Trata-se de uma operadora na modalidade de autogestão que atende a uma carteira de aproximadamente 17 mil vidas em Belo Horizonte e região metropolitana. O plano de saúde é ofertado aos funcionários ativos, aposentados e pensionistas de um grupo de empresas que atua em território nacional. Assim, a diversidade de faixas etárias e nível socioeconômico é uma característica do perfil dos beneficiários da operadora.

Em Minas Gerais a operadora conta com uma sede própria onde funcionam todos os serviços administrativos e também algumas práticas do programa de promoção da saúde e prevenção de doenças. Além dos departamentos gerenciais e do serviço de atendimento ao público, a sede possui um grande espaço dividido em um auditório, uma sala estruturada e equipada para práticas de atividade física e um salão para dança.

A rede de serviços assistenciais (hospitais, ambulatórios, clínicas, laboratórios, centros de diagnóstico por imagem, dentre outros) é composta por instituições credenciadas à operadora e o programa de atenção domiciliar e gerenciamento de casos crônicos é terceirizado, por meio da contratação de empresas prestadoras de serviços.

O gestor da operadora é graduado em Administração, e atua na operadora há 13 anos e revelou que há cinco ou seis anos existia uma assistente social e um psicólogo que faziam a coordenação do programa de promoção da saúde e prevenção de doenças, mas atualmente o programa é coordenado pelo próprio gestor da operadora.

O informante afirmou que a operadora *“é pioneira no desenvolvimento de práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças, não só em Minas Gerais, mas em todo o Brasil”* (gestor OP6), visto que em 1998 *“já havia incentivos ao parto normal através do pagamento de valores diferenciados para os obstetras”* (gestor OP6). A promoção da saúde é referida como *“valor construído desde o alicerce, desde a base da construção da instituição”* (gestor OP6).

A operadora desenvolve um programa de promoção da saúde e prevenção de doenças composto por diferentes práticas que têm como objetivo melhorar a

qualidade de vida dos beneficiários, assim como reduzir custos com assistência médico-hospitalar e garantir sustentabilidade econômica-financeira.

Nós ficamos só com esse programa, mas esse programa abrange várias atividades. A gente tem oficinas, tem palestras, tem passeios culturais, passeios também em hortas orgânicas. Então, nós temos várias atividades que o objetivo, o foco exatamente é auxiliar, tentar embutir na cabeça das pessoas a vida saudável. (...) Envelhecendo menos doente, isso abaixaria o sinistro da carteira, então essa que é a lógica dos programas de promoção e prevenção. Evidente que tem a questão da parte social, humana, da pessoa ter uma qualidade de vida de fato, melhor, mas é claro que não é só isso, tem todo um contexto de custo aí envolvido (gestor OP6).

O discurso do gestor da operadora evidenciou uma concepção positiva de saúde como bem-estar e qualidade de vida que tem como determinantes e condicionantes alguns fatores relacionados à vida em sociedade. A amplitude desse conceito se expressa também nos tipos de práticas de promoção da saúde desenvolvidos pela operadora que, por sua vez, direcionam-se ao lazer, relaxamento, interação social, atividade física e desenvolvimento de habilidades artísticas.

Nós entendemos que o trabalho faz parte da qualidade de vida, mas ele não é o todo, ele é uma parte. Quando se chegar nesse consenso, nessa maturidade nós vamos conseguir estender esses programas e contribuir para que as pessoas tenham uma vida, uma qualidade de vida melhor (gestor OP6).

Existe uma definição político-institucional para o programa de promoção da saúde e prevenção de doenças que consta no estatuto da operadora, além de haver um planejamento anual das atividades e orçamento específico.

Existe todo um planejamento anual pra essas atividades, elas têm um orçamento específico, a Fundação deixa um valor reservado para fazer a gestão desses programas. (...) Existe uma definição dentro do estatuto da própria operadora, além da assistência médica, devem existir programas de saúde. Existe também uma definição com relação ao gerenciamento dos custos dos programas de saúde; então, temos a separação de uma rubrica contábil que está disponível para os programas de promoção e prevenção, porque esse dinheiro tem que ser separado do dinheiro que paga o sinistro do plano de saúde (gestor OP6).

O planejamento dos eventos que compõem o programa é realizado anualmente, segue uma “didática própria” e as temáticas são definidas a partir de indicadores referentes à utilização de serviços médico-hospitalares.

Foram citados como exemplos de eventos, realizados para prevenção de sinistralidade, palestras sobre maturidade e saúde mental, prevenção e controle de doenças cardiovasculares, cuidados para prevenção de quedas de pessoas idosas,

medidas para prevenção e controle da gripe. O planejamento também contempla práticas de lazer e cultura como visita a museus e passeios em clubes, além de práticas que são ofertadas regularmente durante todo o ano, tais como Yoga, cantoterapia, dança de salão, caminhada/ginástica.

As diferentes práticas do programa de promoção da saúde são desenvolvidas por médicos especialistas, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos e educadores físicos, que são profissionais credenciados à operadora ou contratados especificamente para as atividades. Além da estrutura própria (auditório e salões para atividade física), a operadora aluga espaços como clubes, centros de convenções e salões de festas para realização de seus eventos. Praças e parques públicos também são utilizados para prática de atividade física.

A divulgação das práticas é realizada através de convites enviados às residências de todos os beneficiários, cartazes anexados nos locais de trabalho e na sede da operadora. Assim, os beneficiários interessados realizam inscrições por meio de contatos telefônicos com a sede da operadora, sendo que, geralmente, o número de vagas contempla todos os interessados.

A adesão aos eventos e práticas que compõem o programa de promoção da saúde e prevenção de doenças é satisfatória em se tratando dos beneficiários aposentados, pensionistas ou licenciados, visto que *o ativo (beneficiário) não tem tempo para participar (gestor)*. A limitada participação dos beneficiários que fazem parte da população em idade ativa é apontada como um desafio a ser superado pela operadora.

A alteração que eu faria para o programa, é que ele não chegue só às faixas etárias mais elevadas, a gente tem que construir, consolidar as carteiras para o futuro. Nós precisamos pegar essas pessoas ativas e prepará-las para envelhecer bem, com qualidade, com saúde. [...] Mas, infelizmente, a vida é corrida e aí sobra tempo pra quem já se aposentou, ou são aposentados, pensionistas, viúvas (gestor OP6).

Apesar dos desafios enunciados, o entrevistado avalia positivamente o programa pela percepção do bem-estar expresso pelas pessoas que participam das práticas. Afirma que a avaliação do programa limita-se à apuração da satisfação dos participantes e não alcança a mensuração dos resultados financeiros, aspecto esse que é apontado como uma limitação.

Em cada evento a gente disponibiliza um formulário que tanto os usuários, quanto os palestrantes, eles vão fazer a avaliação do evento (...) o programa é muito bom, faz bem às pessoas, a gente sabe por que convive com as pessoas de próximo e percebe o resultado. Pessoas que tinham depressão, que vêm dançar, cantar, fazer Yoga. Eu avalio como bom, seria ótimo se a gente já tivesse uma forma de mensurar os resultados financeiros (gestor OP6).

No que se refere à ANS, o gestor entrevistado fez uma crítica contundente quanto aos critérios utilizados para avaliação do desempenho das operadoras e afirmou que os interesses financeiros sobressaem ao ideal de promover qualidade de vida.

Eu vejo a ANS muito mais como uma reguladora, do que como uma incentivadora de qualquer outra questão. E vejo também na prática o que acontece em relação à Agência Nacional de Saúde. A Operadora 6, que tem programas desde 1998, não tem um décimo de ponto a mais no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS). Quer dizer, o que impactou para a operadora ter programas desde 1998? Nada. Agora, existe impacto para a operadora no IDSS, se você não tiver uma provisão pros eventos ocorridos não avisados, se não tiver uma reserva técnica, se não pagar as taxas que ela recolhe. Isso impacta muito mais no resultado da operadora; então, nós percebemos que tem um lastro muito maior financeiro do que preocupação social, na qualidade de vida e tal (gestor OP6).

Também foram desveladas algumas dificuldades que as operadoras enfrentam para registrar os programas de promoção da saúde e prevenção de doenças junto à ANS, com destaque para a burocratização do processo de inscrição, determinação prévia de um formato de programa rígido com número mínimo de participantes e constantes alterações nas resoluções normativas destinadas à regulamentação dos programas.

A própria forma que a ANS tem de fazer a gestão da regulação dificulta muito, são Resoluções Normativas (RN's), mais RN's, uma revogando a outra e nós ficamos perdidos. E muitas vezes uma coisa falando a mesma coisa da outra e sem resultado efetivo nenhum. Então, o registro dos programas junto à Agência Nacional de Saúde da forma que ela coloca, fica praticamente inviabilizado, primeiro que você tem que ter um número enorme de beneficiários nos programas e nem sempre você vai ter essa amostragem enorme porque nem todo mundo quer e você não pode obrigar (...). A forma que nós temos para cadastrar os programas é super complexa, super confusa. A ANS disponibiliza para nós hoje para informar cadastros de beneficiários num formato, amanhã ela muda e já é outro formato, depois ela muda de novo e já é outro formato. É difícil, não é fácil (gestor OP6).

Diante do exposto, o gestor não considera a inscrição e aprovação dos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças junto à ANS como prioridades da operadora, visto que não constitui uma obrigatoriedade sujeita a multas e o impacto no IDSS não é muito significativo.

A gente acaba não tendo tempo suficiente pra poder fazer (o cadastramentos dos programas) porque você tem tantas obrigações junto à Agência Nacional de Saúde que essa não é uma obrigação que eu vou ser penalizado se eu não tiver, eu vou ser penalizado talvez, entre aspas, não sei, na nota do IDSS, mas eu não vou ser penalizado com uma multa, então as operadoras preferem cumprir o obrigatório que o não obrigatório (gestor OP6).

4.6.1 Práticas estudados na Operadora 6

Durante o período de coleta de dados foi possível estudar duas das práticas que acontecem regularmente na operadora: Yoga e Grupo de atividades físicas.

Yoga

A prática de Yoga é ofertada a todos os beneficiários da operadora há 17 anos. Para ter acesso às aulas os beneficiários precisam fazer inscrição na sede da operadora e, de acordo com a professora, não há demanda maior que oferta, visto que a procura é maior por parte dos associados aposentados. Atualmente participam ativamente do grupo 15 pessoas, sendo apenas um homem.

Importa ressaltar que as aulas acontecem continuamente e os beneficiários podem participar durante o tempo que quiserem. As atividades acontecem duas vezes por semana no horário de 9:30 às 10:30 em um espaço adequado para atividade física:

O objetivo da Yoga na Operadora 6 é melhoria na saúde, sabe... Eu tenho alunos que entraram aqui tomando ansiolíticos e agora não tomam mais, faziam tratamento pra pressão alta e hoje já diminuíram os remédios ou retiraram os remédios (...). O sentido da Yoga é a integração entre o corpo físico, mental e espiritual. Então a gente faz com que eles consigam fazer essa integração consigo mesmo e com o cosmos (professora de Yoga 1 OP6).

Durante as observações percebeu-se que a maioria das pessoas que compõem o grupo chegou ao local da atividade com antecedência e iniciam um convívio harmonioso através de cumprimentos afetivos, conversas sobre assuntos diversos e sorrisos. Alguns discursos também revelaram a existência de um vínculo entre os participantes do grupo que ultrapassa os limites dos encontros para as aulas de Yoga, uma vez que eventualmente são realizados encontros, visitas e passeios organizados pelos próprios sujeitos (Notas de observação 21/11/12).

A professora de Yoga, enfermeira de formação e dançarina, também participa do convívio e parece estabelecer uma relação de parceria e amizade com todo o grupo. Essa percepção é fortalecida pelo relato de beneficiários ao afirmarem que *é a melhor professora que já tivemos. Ela é “muito boa, não aceita desculpas, exige muito, mas ajuda àqueles que têm mais dificuldades” (beneficiário 1 OP6).*

Momentos antes do início de uma das aulas observadas percebeu-se que os beneficiários estavam insatisfeitos por não terem participado de uma visita a um museu, organizada pela operadora, além de estarem desmotivados para atenderem ao convite de fazerem uma apresentação de Yoga na festa de confraternização da operadora.

Diante disso, a professora expôs o problema para o gestor da operadora e o convidou para conversar com os beneficiários antes do início das atividades do grupo. O gestor foi ao salão onde a aula acontece, ouviu todas as queixas, se justificou, colocou-se à disposição do grupo para dialogar sempre que necessário e incentivou a participação de todos no evento de confraternização. Durante a conversa os beneficiários demonstraram total autonomia para colocar as questões que os desagradava e aceitaram as justificativas do gestor (Notas de observação 21/11/12). A situação descrita parece significar a existência de proximidade entre gestão e beneficiários no sentido de possibilitar autonomia dos sujeitos para advogar sobre seus interesses.

Para iniciar a aula todos pegaram seus colchonetes e os espalharam pelo salão, sendo que a professora posicionou-se à frente dos alunos. Neste momento a professora questionou sobre quem participaria da apresentação. A grande maioria aceitou participar, mas alguns se recusaram alegando dificuldade de se apresentar em público. Então a professora incentivou essas pessoas a vencerem seus desafios, mas respeitou as decisões individuais. Ela abriu para o grupo a possibilidade de sugerirem quais os exercícios mais indicados para a apresentação e várias pessoas se posicionaram, apresentaram suas opiniões e desejos (Notas de observação 21/11/12). Percebeu-se que a relação dialógica entre o profissional e os beneficiários favorece corresponsabilização dos sujeitos em relação aos objetivos colocados para o grupo.

As atividades de Yoga foram iniciadas a partir do comando da professora. Todos os participantes fizeram os exercícios de respiração, alongamento, força muscular e relaxamento com empenho. Chamou atenção a participação dos dois membros mais idosos do grupo pelo desempenho e comprometimento com a aula.

O primeiro deles tem 85 anos, é o único homem do grupo e participa das aulas na operadora há 17 anos. Ele afirma que “[...] *é muito bom o grupo, a professora é excelente e nós fazemos muita amizade*” (beneficiário 2 OP6). Declara gostar muito de levar mensagens reflexivas para compartilhar com os colegas e compôs o hino da terceira idade (Notas de observação 21/11/12).

O segundo membro mais velho é uma senhora de 82 anos de idade e 11 anos de participação no grupo de Yoga, que também expressa muita satisfação em permanecer participando ativamente do grupo. Essas expressões de satisfação são corroboradas com o discurso da professora, a qual afirmou: “*Eles têm alegria em vir fazer a aula, não faltam de jeito nenhum, são integrados, topam tudo, gostam de novidade*” (professora de Yoga 1 OP6).

Destaca-se a postura acolhedora de todos os membros para com o pesquisador e também os relatos espontâneos sobre os benefícios da Yoga para a saúde. Uma beneficiária revelou que parou de utilizar medicamentos ansiolíticos após ingressar no grupo. Outra afirmou que estava passando por momentos muito difíceis em sua vida particular e sofria de Fibromialgia quando decidiu participar dos grupos de Yoga e ginástica ofertados pela operadora. A partir de então sente-se melhor, mais animada e satisfeita com as novas amizades (Notas de observação 21/11/12).

Após o término das atividades é oferecido um lanche aos beneficiários e esse momento é marcado por conversas amigáveis.

Atividade Física

A prática de atividade física é ofertada a todos os beneficiários da operadora há três anos. A divulgação constante e os convites enviados às residências dos beneficiários constituem a principal forma de captação. Assim, para ter acesso às aulas, os beneficiários precisam fazer inscrição na sede da operadora e, de acordo com o professor, não há demanda maior que oferta, haja vista o reduzido número de

participantes. Atualmente participam ativamente do grupo 12 pessoas, sendo apenas três homens.

As atividades acontecem duas vezes por semana no horário de 9:00 às 10:00 no espaço disponibilizado pela operadora ou no Parque Municipal, local em que são feitas caminhadas em grupo, orientadas pelo professor de educação física. O objetivo a ser alcançado com esse grupo diz respeito aos aspectos biológicos e também psicossociais. Nesta perspectiva o professor entrevistado afirmou:

O nosso objetivo é fazer com que essas pessoas, que são todos idosos como você pode ver, melhorar a força muscular, o equilíbrio e a mobilidade porque assim eles vão estar prevenindo vários riscos. Aqui também a gente trabalha a questão da interação que é uma coisa muito importante para a saúde mental das pessoas idosas (professor de educação física 1 OP6).

No momento da observação o grupo contava com seis mulheres e três homens, todos aparentando idade acima de 60 anos. Os integrantes chegaram antecipadamente ao horário de início das atividades e conversavam amigavelmente na antessala do local em que são realizadas as aulas do educador físico, que é o profissional contratado pela operadora para conduzir as atividades do grupo. A amizade entre os sujeitos foi facilmente percebida, além de ser afirmada por um dos beneficiários, que revelou: *“A maioria de nós nos conhecemos há muitos anos, desde quando trabalhamos juntos no banco”* (beneficiário 3 OP6).

De forma bem humorada e satisfeita outro beneficiário declarou que tem 88 anos e não é portador de nenhuma doença porque faz caminhada há 20 anos e participa do grupo de atividade física da operadora desde quando começou, há três anos. O mesmo sujeito afirmou: *“Aqui todos estão buscando saúde, ninguém aqui quer saber de doença”*. Nesse momento outro participante utilizou o dito popular: *“é melhor prevenir que remediar”* (Notas de observação). Uma senhora contribuiu com a discussão ao fazer a seguinte declaração:

Aqui tudo faz bem para a saúde, até o pegar ônibus, sair de casa, encontrar as pessoas que a gente tem afinidade e também àquelas que não batem tão bem assim (beneficiária 4 OP6).

Um dos beneficiários revelou que inicialmente o grupo era composto por cerca de 30 pessoas, mas alguns deixaram de participar por motivo de doença, outros foram a óbito e também existem aqueles que desistiram por vontade própria. Ele ainda

acrescentou que eventualmente o grupo promove encontros em suas residências para lazer e descontração (Notas de observação 22/11/12).

Quando o professor de educação física chegou ele foi bem recepcionado por todo o grupo e em seguida os exercícios físicos foram iniciados no salão próprio da operadora, cujo espaço é amplo e adequado ao número de pessoas, ambiente ventilado e bem iluminado. Inicialmente o grupo fez um alongamento e alguns exercícios de ginástica localizada utilizando cabos de vassouras como bastões. Posteriormente o professor pediu para os alunos pegarem os pesos, que são garrafas plásticas de refrigerante cheias de areia.

Alguns reclamaram do material dizendo que a operadora deveria comprar halteres e caneleiras, isso inclusive já havia sido solicitado pelo grupo. O professor não deu continuidade a esse assunto, mas os outros membros fizeram vários questionamentos e críticas em relação à redução de recursos financeiros destinados aos programas e eventos de promoção da saúde no ano em curso.

Um dos beneficiários, indignado, afirmou que o balanço financeiro da operadora não foi disponibilizado aos beneficiários, como acontece normalmente (Notas de observação 22/12/12). De acordo com o exposto, parece haver um racionamento de recursos financeiros para investimento em recursos materiais apropriados para as atividades do programa de atividade física. Os discursos referentes aos recursos financeiros e materiais disponibilizados pela operadora também podem sinalizar para existência de senso crítico entre os sujeitos e coalizão para participação do gerenciamento das ações e serviços prestados pela operadora.

Durante o decorrer da aula os beneficiários conversaram de forma descontraída e animada enquanto faziam os exercícios propostos pelo professor. O profissional de educação física, por sua vez, participou das conversas, mas não deixou de observar os movimentos dos alunos e orientava, quando necessário (Notas de observação 22/11/12).

Ao final o grupo se reuniu para lanche e o professor lembrou que o próximo encontro seria no Parque Municipal.

5 Promoção da saúde na saúde suplementar: categorias temáticas

5 Promoção da saúde na saúde suplementar: categorias temáticas

Diante da complexidade e da abrangência dos dados obtidos foram construídas categorias temáticas comuns que remetessem ao problema de investigação e que permitissem compreender a totalidade do fenômeno de estudo.

Assim, a partir da análise da síntese cruzada dos casos múltiplos emergiram as seguintes categorias temáticas: Abordagem da promoção da saúde revelada nos programas; Modelo de atenção praticado pelas operadoras e Tensões da promoção da saúde na saúde suplementar.

5.1 Abordagem da promoção da saúde revelada nos programas

Os resultados permitiram revelar as abordagens que orientam as práticas de promoção da saúde desenvolvidas nos programas das operadoras estudadas. Prevaleceu a abordagem comportamental que tem implicações sobre as estratégias metodológicas utilizadas nos programas e sobre os processos de educação em saúde com a determinação dos atores envolvidos nas práticas.

A análise desta categoria direcionou à compreensão de que os programas de promoção da saúde e prevenção de agravos representam uma estratégia biopolítica de controle de riscos e indivíduos cujos hábitos de vida são considerados “desviantes” daqueles que a operadora estabelece como saudáveis. Ao mesmo tempo suscitou críticas quanto aos modos de subjetivação que se instauram a partir dos processos educativos que são adotados de forma modelar nos programas e práticas analisados.

5.1.1 Enfoque nos riscos e comportamentos: dispositivos disciplinares e biopolíticos nos programas de promoção da saúde

A análise dos dados evidenciou que a concepção de saúde orientadora das práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças aproxima-se de uma perspectiva que entende a saúde como bem-estar físico e mental, condicionada por fatores biológicos e comportamentais centrados no indivíduo.

A restrição desse conceito aos determinantes proximais do processo saúde-doença foi revelada através dos objetos de intervenção que, em geral, dizem respeito aos indivíduos doentes, àqueles que apresentam risco aumentado para adoecimento e os modos de vida das pessoas.

No que se refere às intervenções sobre os modos de vida o estudo revelou programas focalizados na padronização universal de condutas, através de abordagens recorrentes sobre tabagismo, exercícios físicos e hábitos alimentares. A ênfase nesses aspectos, de acordo com Pasche e Hennington (2006), pode estar relacionada ao objetivo de modelar o comportamento das pessoas em nome da saúde e qualidade de vida.

As concepções de saúde e promoção da saúde que emergiram da análise dos dados vão ao encontro do debate sobre promoção da saúde proposto pelo Relatório Lalonde, na década de 1970. A ênfase desse relatório direciona-se às intervenções sobre os estilos de vida dos indivíduos com vistas ao enfrentamento dos altos custos com assistência médica, associados à baixa resolutividade do modelo médico-centrado, apesar de destacar outros determinantes do processo saúde-doença (BUSS, 2000).

Esses achados revelam que os programas definidos pelas operadoras como *Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças* apresentam características essencialmente preventivistas e comportamentalistas, visto que têm como foco evitar doenças e complicações por meio da mudança de comportamentos em prol da adoção de hábitos pré-concebidos como sendo saudáveis.

Essa confusão conceitual e de definição a respeito da *promoção da saúde* é discutida por Iglesias e Araújo (2011), os quais afirmam a existência de práticas variadas, que apresentam diferenças em relação ao entendimento sobre o significado de promover saúde.

A concepção comportamental que é tratada como uma perspectiva conservadora da promoção da saúde (BUSS, 2003; WESTPHAL, 2006), sustenta-se na racionalidade médica que estabelece padrões de normalidade e cria mecanismos de responsabilização dos indivíduos quanto à preservação de sua própria saúde, sem

considerar os fatores socioeconômicos, culturais e ambientais, os quais constituem os determinantes distais do processo saúde-doença.

De acordo com Castiel (2004) o enfoque comportamental das práticas de promoção e prevenção é referenciado pelos hábitos e estilos de vida que, por sua vez, relacionam-se aos padrões de exposição aos riscos relacionados a determinados comportamentos.

Sob essa ótica, a responsabilidade pelo desenvolvimento de doenças está diretamente relacionada a atitudes de risco e, portanto, é atribuída unicamente aos indivíduos. O enfoque individualista dessa concepção pode resultar em culpabilização daqueles que não se submetem ou não alcançam as determinações autoritárias ditadas por aqueles que detêm o poder (CASTIEL; DIAZ, 2007).

Na maior parte dos programas o público alvo das ações é um conjunto restrito da carteira de beneficiários, que já se apresenta adoecido ou em risco de adoecimento. O enfoque sobre o risco traduz uma ressignificação da noção de perigo na perspectiva da “domesticação do futuro”. Ao adotá-lo, instauram-se mecanismos de controle dos indivíduos, que se tornam mais adequados às relações de forças e modos de organização da sociedade contemporânea, uma vez que a abordagem dos riscos quase sempre é transvestida por “sutilezas persuasivas e permeáveis, capilarizadas, quase invisíveis” (CASTIEL, 2010).

Ao mesmo tempo o controle dos riscos e comportamentos remete à perspectiva de *governamentalidade*, de governo de populações, objetivado pela quantificação e por técnicas que levam ao autocontrole.

O caráter determinista e controlador das concepções comportamentais, que fundamentam as práticas estudadas, explicitam formas de poder sobre a vida, o biopoder, o qual institui o modo como as pessoas devem viver sem considerar seus anseios (FOUCAULT, 2000).

Essa proposição é corroborada por Ribeiro *et al.* (2011) ao afirmarem que os programas de promoção e prevenção do setor suplementar de saúde, quando centrados no enfoque comportamental, operam com base em uma biopolítica, ou seja, no estabelecimento de estratégias direcionadas ao controle da vida em suas

várias formas de produção, através de atos prescritivos idealizados pelas hegemonias.

O termo biopolítica foi utilizado por Foucault para designar uma das modalidades do exercício do poder sobre a vida, centrado prioritariamente sobre os mecanismos do ser vivo e os processos biológicos. A Biopolítica é entendida como um polo do biopoder que emprega controle e intervenções reguladores para manejar a população e controlar o corpo social (FOUCAULT, 1985). Nesse sentido muitas políticas e práticas sociais empregam técnicas “invisíveis” de poder, com estratégias repressivas (GASTALDO, 1997).

A biopolítica como dimensão do biopoder que é exercido pelos programas de promoção da saúde funciona como dispositivo de regulação da vida, ditando regras sobre o viver, de acordo com o que é prescrito por uma certa racionalidade. Admite-se que a biopolítica não precisa necessariamente ser desenvolvida pelo Estado, mas pode ser por qualquer instituição, desde que esta tenha possibilidade de indicar certos modos de viver à população à qual tem acesso ou sobre a qual exerce algum poder de controle (RIBEIRO *et al.*, 2011, p.81).

No processo de criação de normas biopolíticas admite-se a existência de uma rede de micropoderes que operam muitas vezes em pólos opostos tendendo ora a manutenção de uma lógica conservadora, ora instaurando perspectivas inovadoras no campo. Isso se revelou no estudo a partir das diferentes formas de tratar o objeto promoção da saúde no conjunto dos programas estudados, desde uma vertente que pode ser considerada como mais conservadora e outra caracterizada como libertadora.

A vertente comportamental conservadora foi revelada sobremaneira nos programas antitabagismo, de reeducação alimentar e prevenção da obesidade, prevenção e controle de doenças crônicas, dentre outras práticas educativas expositivas. Nesses programas foi revelada a existência de ideologias preventivistas que se fundamentam na prescrição de condutas definidas por profissionais de saúde como sendo saudáveis, sem que haja um diálogo crítico com os beneficiários no sentido de elucidar suas possibilidades e seus desejos.

Nessa perspectiva, a autonomia, princípio fundamental do ideário da abordagem socioambiental de promoção da saúde, não foi revelada no conjunto de dados analisados, uma vez que o controle sobre os modos de vida das pessoas, através da determinação de padrões considerados saudáveis, é predominante.

Em alguns discursos emergiu o reconhecimento da autonomia dos beneficiários para tomarem decisões referentes à própria vida. Contudo essa “autonomia” é transformada em culpa caso o sujeito não alcance o objetivo prescrito. Castiel e Diaz (2007) discutem sobre a precária efetividade de intervenções culpabilizantes e individualistas, de caráter autoritário e comportamentalista que, frequentemente são utilizadas em dimensões como obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares, consumo de drogas, dentre outros.

Importa ressaltar que os benefícios das ações preventivas e mudanças de comportamento em prol de hábitos saudáveis são reconhecidos, contudo as estratégias utilizadas para promover tais mudanças demonstraram ser reducionistas ao atribuírem aos indivíduos toda a responsabilidade por seu adoecimento e exposição a riscos, desconsiderando a complexidade dos fatores que envolvem o processo.

Por outro lado foi possível também evidenciar traços que indicam uma perspectiva libertadora na abordagem comportamental que sustenta os programas de promoção da saúde na saúde suplementar. Nesta, mantém-se o enfoque sobre o indivíduo, contudo, avança-se no reconhecimento de que a interação social, a criação de vínculos e o bem-estar psicoemocional são fatores determinantes da promoção da saúde.

Sabe-se que a complexa proposta de promover saúde envolve ações no âmbito global, como coalizões para advocacia e ação política, mas também a singularidade das experiências subjetivas dos indivíduos, através do encontro com seus pares e da relação consigo mesmos. Ambas as dimensões não são excludentes, mas se complementam na compreensão da totalidade de aspectos que atravessam o campo da promoção da saúde.

Contudo, os achados indicam contradições e desafios que perpassam as duas dimensões: no campo mais global foram evidenciados limites de atuação e

intervenção das propostas em curso nas operadoras. Na dimensão mais subjetiva prevaleceram certos modos de subjetivação que parecem indicar movimentos opostos àqueles de autonomia e empoderamento defendidos no projeto libertário de promoção da saúde.

No campo mais global, da ação política da promoção da saúde, foi possível compreender que os programas analisados não contemplam uma abordagem ampliada, na qual saúde é resultante de fatores relacionados à qualidade de vida, acesso a alimentação, habitação, saneamento, boas condições de trabalho, educação, cultura, lazer, dentre outros determinantes sociais, culturais e ambientais. Da mesma forma não foram identificados sinais de que as propostas em curso contribuem para o incentivo e fortalecimento da ação comunitária com vistas à participação efetiva dos sujeitos nas questões sociais e políticas que dizem respeito à vida das pessoas.

Em uma perspectiva compreensiva do fenômeno há que se admitir que os ideais privatistas, marcados pela racionalidade econômica que fundam o setor suplementar de saúde no país, são incongruentes com a defesa dos princípios da justiça social que sustentam a abordagem socioambiental de promoção da saúde.

Assim, o setor privado limita-se a assistir os indivíduos no que tange às condições físicas e psicológicas de desvio da normalidade, conforme conceitos estabelecidos por uma dada racionalidade. A partir dessa premissa, no contexto estudado, pode-se inferir que a concepção comportamental de promoção da saúde, presente em todas as operadoras analisadas, explicita os interesses do mercado privado de saúde.

Nesse cenário a contenção de custos e a lucratividade são aspectos presentes em vários discursos, embora não sejam as únicas motivações para implantação de programas de promoção e prevenção. Essa lógica mostrou-se coerente com a concepção comportamental pelo potencial de efetividade em relação aos custos, quando comparado à provisão tradicional de serviços, visto que “dieta adequada para prevenir colapsos cardíacos é uma estratégia mais barata que lidar com as consequências de má dieta e cirurgia cardíaca” (CASTIEL; DIAZ, 2007, p.28).

Ayres (2001) corrobora com essa análise ao afirmar que as concepções e práticas que condicionam a saúde aos fatores individuais e comportamentais contribuem

para o fortalecimento dos interesses capitalistas, visto que pode resultar na transferência da responsabilidade de promover saúde para os próprios indivíduos.

O que se discute aqui não é a eliminação da necessária abordagem comportamental dos programas, mas o seu enfoque quase exclusivo no campo denominado de promoção da saúde, que parece se limitar à dimensão individual do surgimento de doenças através da redução de riscos, sem avançar para um campo mais político e coletivo que determinam em última instância o modo de viver e ter saúde na nossa sociedade.

Assim, na perspectiva crítica da interpretação do fenômeno há que se repensar as estratégias que superem o modelo de atenção hegemônico caracterizado pelo enfoque biologicista da saúde-doença-cuidado, que desconsidera os determinantes sociais, com ações desarticuladas, desintegradas, pouco cuidadoras, muito centradas na assistência médico-hospitalar especializada e com incorporação acrítica de novas tecnologias, constituindo-se em um modelo caro e pouco eficiente (GOMES, 2011).

5.1.2 Metodologias e sujeitos nos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças: é possível inventar novas formas mais libertárias?

A partir das metodologias de trabalho e sujeitos envolvidos nos programas de promoção da saúde e prevenção de agravos analisados foi possível identificar a diversidade de temas e formas de trabalho que compõe esse campo na saúde suplementar.

As metodologias utilizadas refletem as concepções de saúde e de promoção da saúde revelados na análise dos cenários. As observações das práticas revelaram certas sutilezas que podem sinalizar processos de subjetivação, com tecnologias de poder que refletem na relação de cuidado e responsabilização nos programas de promoção da saúde.

Processos educativos em saúde perpassam todos os programas analisados. No entanto, alguns utilizam essencialmente o modelo behaviorista de educação, no qual

a figura do profissional de saúde é central para decidir o que deve ser ensinado, no sentido de determinar o modo pré-concebido como ideal de viver.

Esse modo de promover a educação de forma verticalizada, que privilegia a transmissão de informações, com enfoque na gênese e prevenção de doenças ou complicações foi revelado como pouco atrativo aos beneficiários. Essa análise é corroborada por Ribeiro *et al.* (2011) visto que consideram a educação um grande dispositivo de promoção da saúde que deve ser resgatada em seu sentido libertário, como instrumento útil para contribuir com a construção da autonomia.

As práticas coletivas demonstraram ser uma importante estratégia dentro dos programas analisados, com diferenças significativas na forma de organização e condução dos diferentes grupos.

No âmbito das práticas e programas que podem ser considerados inovadores destacam-se os grupos de Yoga, dança, atividade física, oficina da memória e canto. Essas atividades comumente foram referidas por profissionais e beneficiários como potentes para promover lazer, socialização, bem-estar psicoemocional e autoestima.

Esses achados sugerem a existência do enfoque psicológico do empoderamento que é discutido por Carvalho (2004) como uma estratégia que tem como objetivo fortalecer autoestima, além de desenvolver mecanismos de autoajuda e adaptação ao meio. Contudo, o autor revela que esse tipo de empoderamento contribui, no máximo, para produzir uma autonomia regulada, na qual o sentimento de poder cria a ilusão da existência efetiva de poder.

Os profissionais responsáveis pela condução dessas práticas assumem a postura de orientadores, demonstram sensibilidade às necessidades dos participantes e flexibilidade para adequação às demandas do grupo. As atividades que compõem tais programas foram apresentadas pelos atores do estudo como sendo mais atrativas aos beneficiários, quando comparadas àquelas que são focadas em doenças ou desordens.

Alguns programas trabalham com práticas grupais a partir de objetivos e temas que podem ser considerados tradicionais como prevenção de doenças e reeducação alimentar, mas incorporaram tecnologias mais relacionais que valorizam o

compartilhamento de sentimentos, necessidades e criação de vínculo, através de processos de educação dialogada e utilização de instrumentos para incentivar reflexões, tais como as dinâmicas de grupo, filmes e construções manuais. Nessas práticas os profissionais atuam como facilitadores do processo instigando as discussões e problematizando as temáticas abordadas, mas oferecem abertura para que os próprios participantes direcionem as abordagens conforme seus anseios.

No que tange ao vínculo, Ribeiro *et al.* (2011) depreenderam de seus estudos sobre promoção da saúde que atividades coletivas contribuem para fortalecer a vinculação entre os beneficiários participantes das práticas e destes com os profissionais, de tal modo a ampliar as relações de confiança.

Esse tipo de abordagem educacional aproxima-se do pensamento de Freire (2003) por criar condições para construção de conhecimentos, para além da transmissão de informações, através da troca entre as pessoas. Contudo, não aborda o potencial crítico e transformador dos sujeitos no sentido de instigar atitudes em prol de melhores condições de vida e resolução de problemas de saúde que impactam a sociedade. Assim, apesar da incorporação de novas estratégias educacionais, permanece nos programas de promoção de saúde estudados a soberania profissional frente às pessoas que são colocadas como aquelas que devem ser ajudadas, treinadas e socializadas.

Ainda neste contexto é importante ressaltar que foi identificado expressivo investimento em programas direcionados à reeducação alimentar, prevenção e controle da obesidade. Todas as operadoras analisadas desenvolvem práticas, eventos ou programas focalizados nas questões referentes à alimentação e obesidade, desde palestras pontuais durante o ano e distribuição de cartilhas informativas até programas mais complexos e extensos.

Esse achado é corroborado por Coutinho; Gentil e Toral (2008), os quais apontam a obesidade como um importante problema de saúde pública, cuja determinação multifatorial explicita necessidade de atuação interdisciplinar, além da criação de políticas públicas direcionadas ao acesso, produção e comercialização de alimentos.

A necessidade de atentar para o cuidado com as pessoas portadoras de distúrbios alimentares, tais como o sobrepeso e a obesidade, é explícito devido às implicações

que obesidade traz para a vida e qualidade de vida dos sujeitos. Além disso, indivíduos obesos são grandes consumidores de serviços de saúde, com altos custos assistenciais (KELLES; BARRETO; GUERRA, 2011), reforçando a lógica de acumulação do capital presente na saúde suplementar.

A amplitude das questões relacionadas à obesidade e às questões alimentares não se mostrou abrangente devido às metodologias utilizadas pelas operadoras, visto que a centralidade exclusivamente na mudança comportamental desconsidera o contexto socioeconômico e cultural que estão envolvidos no problema. A esse respeito Castiel e Diaz (2007) advertem que as formulações científicas hegemônicas da saúde promocional não se voltam, como deveriam, às dimensões socioculturais cruciais.

Vale ressaltar que as metodologias que trabalham a construção de autoajuda e adaptação dos sujeitos ao meio, tais como reuniões em grupos de discussão e orientação sobre condutas cotidianas que podem contribuir para emagrecimento, não se traduzem, necessariamente, em empoderamento. Ao contrário, podem apenas sustentar a adaptação dos sujeitos ao meio em que estão inseridos, através da incorporação alienada de certos hábitos.

Neste sentido, as intervenções coletivas acontecem, quase sempre, com atravessamento de tecnologias de poder massificantes que operam em processos de objetivação dos sujeitos. Nesses, prevalece o discurso ordenador da saúde, enfatizando-se os procedimentos de cuidados corporais, médicos, higiênicos e estéticos, tais como a dieta, a prática de atividades físicas e a norma correta do modo de viver a vida, que se tornam marcas na construção das identidades pessoais (ORTEGA, 2004, p.15).

Assim, foi revelada a finalidade de disciplinarização nos programas de promoção da saúde e prevenção de agravos, que colocam os indivíduos em processo de autotransformação, em que a noção de disciplina e dedicação são fundamentais na modelagem de comportamentos por meio de prescrições e normatizações.

Cabe ressaltar que o público mais adepto aos programas de promoção da saúde são mulheres e faz parte da faixa etária denominada terceira idade. Isso amplia a discussão dos mecanismos de controle e vigilância que operam com maior

intensidade sobre os grupos mais vulneráveis da população, instituindo processos que levam ao assujeitamento dos indivíduos. Na perspectiva foucaultiana os indivíduos assujeitados constituem-se como dóceis e domesticados para fins políticos, visto que sua liberdade para tomar decisões autônomas é limitada (FOUCAULT, 2004). As estratégias em saúde que instituem esses processos de assujeitamento apontam para a manutenção dos mecanismos de controle.

Essa discussão remete à responsabilização dos sujeitos, a qual corresponde a uma ideia apregoada por documentos de referência da promoção da saúde (FERNANDEZ; WESTPHAL, 2012). A responsabilidade dos sujeitos pela própria saúde pode ser analisada através dos modos de subjetivação discutidos por Michel Foucault. Neste sentido o filósofo aborda dois modos de subjetivação distintos, os quais podem contribuir para uma perspectiva mais libertária ou autoritária do processo de responsabilização dos indivíduos, em particular, nos programas aqui analisados.

O primeiro modo de subjetivação foi estudado por Foucault a partir da cultura grega da antiguidade e diz respeito à possibilidade de os indivíduos escolherem, a partir de seus próprios preceitos, um determinado tipo de existência (MANSANO, 2009). Essa reflexão suscita a necessidade de elaboração de estratégias capazes de impulsionar a transformação das relações dos indivíduos “consigo mesmo” de modo que eles se responsabilizem pelo “cuidado de si”.

A produção de um modo de subjetivação distinto emergiu das formas de dominação que objetivam romper com “aquilo que liga o indivíduo a si mesmo e o submete, deste modo, aos outros” (FOUCAULT, 1995, p.235 citado por MANSANO, 2009). Dessa forma, evidencia-se um discurso marcado pela obrigatoriedade do “cuidado de si” que impõe sobre os indivíduos a responsabilidade pelo desvio dos padrões de normalidade hegemonicamente estabelecidos. Esse tipo de responsabilização revelou-se sobremaneira nos achados deste estudo, através das metodologias de trabalho e discursos que revelaram a soberania da racionalidade científica e econômica em detrimento da autonomia dos beneficiários para construção de sua saúde.

Reforça-se que a construção de um contexto que favoreça processos libertários de responsabilização não cabe unicamente aos programas de promoção da saúde, uma vez que envolve a amplitude de aspectos políticos, sociais, educacionais e culturais. Contudo, é no espaço dos programas de promoção da saúde que se visualiza a abertura necessária para a inclusão de processos de responsabilização autônoma no âmbito da Saúde Suplementar.

5.2 Modelo de atenção praticado pelas operadoras: que lugar ocupa a promoção da saúde?

O modelo assistencial refere-se à organização de ações e serviços para intervenção no processo saúde-doença, por meio da articulação de recursos físicos, tecnológicos e humanos (PAIM, 1999). O mesmo autor afirma que podem existir modelos exclusivamente médico-curativistas, que atendem a uma demanda espontânea e outros que incorporam programas de promoção da saúde e prevenção de doenças e atuam ativamente sobre os usuários de forma programada.

Essa discussão é corroborada por Merhy, Cecílio e Nogueira (1992), que partem do entendimento de que *“os modelos tecno-assistenciais estão sempre apoiados em uma dimensão assistencial e tecnológica, para expressar-se como projeto de política, articulado a determinadas forças e disputas sociais”*. Os autores consideram que os modelos se apresentam como projetos tecno-assistenciais para serem implantados enquanto estrutura concreta de parte das ações de saúde.

A partir desses conceitos acredito que a incorporação de práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças representa um elemento importante no processo de análise de modelos assistenciais, portanto os programas praticados pelas operadoras podem possibilitar alguns apontamentos sobre os modelos praticados.

Nesse sentido, algumas dimensões analíticas contribuem para revelar a relação entre os programas de promoção da saúde e o modelo assistencial praticado pela operadora, dentre as quais se destacam as formas de oferta, abrangência e acesso dos programas, bem como o lugar institucional ocupado pelos programas em relação ao conjunto de outras tecnologias assistenciais utilizadas.

5.2.1 Oferta, abrangência e acesso aos programas de promoção da saúde

A análise dos dados permitiu explicitar que as iniciativas de programas de promoção da saúde e prevenção de agravos partiram de gestores e outros profissionais motivados por ideais sanitaristas ou pelo reconhecimento da possibilidade de redução de custos e qualificação do cuidado. A partir dessas iniciativas os programas alcançaram um espaço institucional de modo a constituírem-se como parte complementar do conjunto de estratégias assistenciais utilizadas pelas operadoras estudadas.

Em alguns cenários esses programas encontram-se mais institucionalizados, haja vista a consistência e regularidade das práticas, existência de definição política evidenciada por normas que regulamentam os programas dentro das operadoras, disponibilidade de recursos materiais e humanos adequados.

Importa ressaltar que em uma das operadoras foi revelado a existência de um planejamento anual que define e disponibiliza recursos financeiros específicos para custear os programas de promoção e prevenção. Essa evidência também pode sinalizar um nível mais elevado de institucionalização dos programas.

Pedrosa (2004) corrobora essa discussão ao afirmar que o nível de institucionalização da promoção da saúde pode ser avaliado através de uma análise do lugar que a proposta ocupa em sua relação com a política de saúde e a organização do sistema de saúde. O autor coloca que ações e programas de promoção da saúde mais institucionalizados contam com apoio financeiro e técnico de organismos governamentais e/ou não governamentais. Em se tratando do campo da saúde suplementar esse apoio pode ser proveniente da ANS e da própria operadora.

Por outro lado, há outros programas que subsistem apesar das limitações impostas por restrições de recursos considerados necessários pelos sujeitos entrevistados e por ocuparem um lugar desprivilegiado em relação à organização dos outros serviços ofertados pelas operadoras. Cabe ressaltar que esses mesmos cenários apresentam iniciativas direcionadas à ampliação e reestruturação de seus

programas, através da contratação de consultores com experiência no campo, fato que revela a intenção de ampliar investimentos em promoção e prevenção.

Os achados apontam para a existência de cenários distintos no que tange à representatividade dos programas dentro da estrutura organizacional das operadoras. As operadoras que possuem programas aqui considerados como sendo mais institucionalizados parecem obter mais êxito em relação à continuidade das práticas, enquanto os programas das outras operadoras apresentam tendência a vulnerabilidade e descontinuidade.

Mesmo diante de uma diversidade de formas de organização e níveis de institucionalização, é possível inferir que os programas de promoção e prevenção ainda ocupam uma posição secundária, haja vista a amplitude do conjunto de serviços que compõem o arsenal tecnológico utilizado pelas operadoras (em especial a oferta de procedimentos, exames e métodos diagnósticos) e a limitada dimensão dos programas.

Ainda que a cobertura dos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças seja muito pequena, esses programas trazem ganhos aos beneficiários e sinalizam para o início de algo que tende a crescer (RIBEIRO *et al.*, 2011), indicando que há movimentos de mudança no campo.

Nesse contexto as condições de acesso devem ser pensadas como parte da organização dos serviços de saúde ofertados a uma dada população. Assim, vale lembrar que a oferta de serviços é uma pré-condição importante para influenciar o acesso (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

A análise dos dados permitiu apreender que os programas de promoção da saúde incluem-se na oferta de “programas especiais de saúde”. O acesso dos beneficiários a esses programas ocorre através de busca ativa de indivíduos com perfil pré-definido ou por meio de encaminhamentos feitos por profissionais de saúde que, em geral, trabalham nos serviços próprios das operadoras. Dessa forma, é explicitada a limitação do acesso aos programas de saúde à população geral de beneficiários e reafirma-se a ideia que as operadoras organizam seus serviços de modo a proporcionar acesso aos grupos mais vulneráveis e aos doentes, reforçando os mecanismos de controle instituídos na biopolítica.

Ribeiro *et al.* (2011) afirmam que os critérios de inclusão utilizados por operadoras do Setor Suplementar de saúde estão sempre direcionados ao público altamente consumidor de consultas e procedimentos.

Cabe ressaltar que a análise do material da ANS, divulgado como referência para o planejamento e operacionalização de programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças (BRASIL, 2007), é coerente com as propostas de criação de programas especiais de saúde, os quais utilizam os dados demográficos e epidemiológicos para definir quais os programas devem ser implantados (saúde da criança e adolescentes, saúde da mulher, doenças cardiovasculares, neoplasias, saúde mental). Nessa perspectiva parece não haver incentivos da agência reguladora em romper com a lógica de programas verticais de saúde.

As ações realizadas a partir da implantação dos “programas especiais”, dirigidos a grupos populacionais específicos, sugerem alguma mudança na oferta e, por conseguinte, no acesso aos serviços de saúde, visto que se diferenciam, em parte, da proposta hegemônica da demanda espontânea, por meio da qual não existe preocupação com a organização e acesso às ações e serviços (PALHA; VILLA, 2003).

Contudo, a operacionalização de “programas especiais” não apresenta potencial transformador da lógica assistencial, tal como ocorre na vertente da chamada “oferta organizada”, na qual a programação e execução das ações e serviços partem da identificação das necessidades expressas pela população (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

Uma aproximação da perspectiva da oferta organizada a partir das demandas dos beneficiários foi sinalizada por operadoras que demonstraram intencionalidade em abrir espaços para apreensão das aspirações dos beneficiários, por meio da utilização de questionários de avaliação dos programas de promoção e prevenção e abertura para sugestões de novos programas e práticas coerentes com os interesses dos usuários. Essa possibilidade de diálogo entre gestores e beneficiários, mesmo que ínfima, pode representar uma forma de conduzir à integralidade no âmbito do setor suplementar (SILVA JÚNIOR *et al.*, 2008) com indicativos de mudança no setor.

Por outro lado existem alguns programas que podem ser considerados mais “universais” por não limitarem o acesso dos beneficiários a critérios de risco, mas apresentarem características que permitam às pessoas participarem a partir de motivação própria, de acordo com suas escolhas. Esses programas, em geral, abordam temáticas ou atividades abrangentes que não se vinculam, necessariamente, ao adoecimento. A divulgação, através de diferentes meios de comunicação, é a principal estratégia para informar os beneficiários, os quais realizam inscrições junto à equipe organizadora dos programas, de modo a lhes garantir o direito de participação.

A análise dos dados provenientes das entrevistas e observações revelou que a oferta de alguns programas coletivos é menor que a demanda, sendo necessária a formação de listas de espera e alternativas, tal como criação de programas contínuos custeados parcialmente por beneficiários interessados. Esse descompasso entre oferta e demanda limita o acesso e pode estar relacionado à restrição de investimentos no campo e, conseqüentemente, redução da capacidade operacional dos programas.

Além disso, emergiu dos dados a existência de programas grupais ofertados em baixa escala, devido à carência de instrumentos para viabilizar a captação de beneficiários com perfis considerados “desejáveis” para os programas. Em parte, a dificuldade foi relatada pela desarticulação dos programas com a rede de serviços credenciados e incipiência de tecnologias que permitam a identificação do perfil dos beneficiários que utilizam esses serviços, constituindo-se um desafio para a gestão da promoção da saúde na saúde suplementar.

Por outro lado foram reveladas experiências nas quais a oferta supera a demanda por programas. Essa afirmação é sustentada pela análise dos seguintes programas: dança sênior, cessação do tabagismo, reeducação alimentar e controle de doenças crônicas.

Como fator limitante do acesso foi identificado o horário da oferta das atividades, quase todas restritas aos dias e horários comerciais. Isso restringe a participação e aponta para a necessidade de o planejamento dos programas considerar as

características da vida cotidiana dos beneficiários como elemento para a organização da promoção da saúde.

Cabe ressaltar que o desenvolvimento de práticas de prevenção e promoção em empresas conveniadas pode representar uma alternativa para facilitar o acesso dos beneficiários; contudo, as experiências das operadoras que ampliam o *lócus* de atuação para os espaços das empresas demonstram desafios referentes à racionalização de tempo dos empregados em horário de trabalho.

Outra experiência que deve ser destacada nesse sentido é a expansão e descentralização de unidades próprias das operadoras nas quais são desenvolvidos os programas nas regiões onde há maior concentração de beneficiários. Essas alternativas podem ser potentes para melhorar o acesso aos programas, se considerarmos a localização geográfica como um fator determinante.

As práticas que possibilitam acesso em larga escala, nos cenários estudados, são aquelas de caráter pontual, caracterizadas por transmissão de informações em massa ou eventos de educação, cultura e lazer que podem ser exemplificados por palestras, evento de educação infantil, campanhas de vacinação, evento para gestantes, passeios, dentre outros. Embora tenham uma representatividade relacionada à abrangência numérica de beneficiários, essas práticas não demonstraram potencial para mudança do modo de fazer promoção de saúde que demanda relações de vínculo.

A adesão a programas de promoção da saúde e prevenção de doenças emergiu dos dados empíricos como desafio enfrentado pelas operadoras estudadas. Esse achado sugere que os programas ofertados não condizem com as demandas e necessidades de saúde dos beneficiários, sendo pertinente uma análise sobre essa perspectiva.

A epidemiologia clássica conceitua adesão como utilização de produtos e serviços, tais como comparecer a programas de saúde e consultas médicas ou utilização adequada de medicamentos prescritos. Essa lógica não considera a relação entre adesão e a complexidade das questões relacionadas à vida em sociedade. Um conceito adverso àquele adotado pela epidemiologia clássica considera a adesão

como processo que envolve o cotidiano das pessoas, a organização dos processos de trabalho em saúde e a acessibilidade aos serviços (BERTOLOZZI *et al.*, 2009).

Os achados do estudo revelaram que a concepção de adesão dos gestores e coordenadores entrevistados diz respeito à participação nos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças e não, necessariamente, às atitudes dos beneficiários frente às abordagens propostas. Assim, o fato de alguns programas das operadoras terem sido desativados devido ao número insuficiente de adeptos é referido pelos entrevistados como baixa adesão.

A baixa adesão foi frequentemente associada às abordagens temáticas restritas a doenças, doentes e processos patogênicos. Experiências de grupos que subsistiram, apesar da manutenção das referidas temáticas, permitiram identificar a existência de *rotas de fuga*, criadas pelos beneficiários, como forma de resistência às abordagens impostas pelo ideário biomédico. Nesse contexto foi explicitada a criação de outras relações como socialização e vínculo entre os participantes que, subjetivamente, ampliaram ou modificaram o foco proposto pelos programas.

Essa análise, à luz da filosofia foucaultiana, revela a resistência dos beneficiários frente ao poder institucional das operadoras, visto que “se não houvesse possibilidade de resistência - de fuga, de subterfúgio, de estratégias que invertam a situação - não haveria de forma alguma relações de poder” (FOUCAULT, 2004, p.277).

Iglesias e Araújo (2011) também corroboram essa análise ao afirmarem que ações descontextualizadas e incoerentes com os interesses e pretensões dos usuários resultam em resistências, as quais transparecem através do não comparecimento às ações propostas, conversas paralelas durante as atividades e falta de envolvimento efetivo.

Alguns entrevistados relacionaram a “insatisfatória” adesão aos programas à diversidade de atividades da vida cotidiana que, por sua vez, limita o tempo das pessoas para participarem de ações direcionadas à saúde. Contudo, os dados demonstram que parece haver, também, um desacordo entre as propostas dos programas e as reais necessidades de saúde dos beneficiários.

Essa problemática pode ser pensada através da compreensão do distanciamento entre os espaços geral, particular e singular envolvidos no processo de planejamento das estratégias de promoção da saúde e prevenção das doenças.

No contexto estudado o espaço geral pode ser situado pela ANS, a qual formula as macropolíticas de saúde do setor suplementar. O espaço particular corresponde às operadoras de planos de saúde que, sob influência da agência reguladora, estruturam os serviços e práticas de saúde para ofertar aos beneficiários. Finalmente, o singular refere-se aos serviços ofertados, ou seja, os locais de encontro entre profissionais e usuários, onde ocorre a micropolítica do trabalho vivo em ato (MERHY, 2003).

Acredita-se que a relação de determinação hierárquica e pouco dialógica entre o geral e o particular e deste para o singular resulta na elaboração de programas que não atendem às reais necessidades de saúde, as quais são percebidas a partir do encontro com os usuários.

Em seus estudos sobre modelos assistenciais praticados por operadoras de planos de saúde em Minas Gerais, Andrade *et al.* (2009) demonstraram que existe um distanciamento entre ANS, operadoras e beneficiários que resulta no estabelecimento da oferta de pacotes verticalizados que não consideram as especificidades dos atores envolvidos no processo.

Cecílio (1999) contribui com essa discussão ao afirmar que as necessidades de saúde só podem ser captadas e trabalhadas em sua dimensão individual, visto que são sociais e historicamente determinadas. Para o autor as necessidades de saúde podem ser organizadas em quatro grandes conjuntos. O primeiro refere-se às necessidades relacionadas às condições socioeconômicas e culturais nas quais os indivíduos estão inseridos.

Outro conjunto diz respeito a ter acesso a todas as tecnologias de saúde capazes de melhorar a vida. O autor ressalta a importância de não estabelecer hierarquias entre as tecnologias duras, leve-duras e leves, visto que cada uma delas deve ser definida a partir das necessidades singulares das pessoas e a adequação ao momento vivido é que determinará os resultados.

A necessidade de criação de vínculo entre usuários e profissionais de saúde, de modo a contribuir com a construção de relações de confiança, constitui o terceiro conjunto. E o último conjunto refere-se à necessidade individual de construção de autonomia, que reflete a capacidade de luta pela satisfação das próprias necessidades. Assim, informação e educação em saúde são apenas partes da construção da autonomia.

A complexidade da proposta de organizar e operacionalizar programas e outros serviços de saúde, tendo como aspecto estruturante as necessidades de saúde dos beneficiários, explicita a relevância de empenhar esforços para superar a determinação hierárquica dos espaços institucionais, do geral ao singular, de modo a permitir interlocuções ou inversões, tais como partir da identificação das necessidades de saúde dos beneficiários, reveladas nos espaços singulares, para então, propor estratégias mais pertinentes e atraentes.

Nessa perspectiva foi revelado que a terceirização pode dificultar a interação entre operadoras e beneficiários, devido à grande parcela das demandas serem atendidas pela rede de serviços credenciados que, por sua vez, correspondem às instituições que utilizam, privilegiadamente, os atendimentos pontuais, especializados e específicos. Assim, a possibilidade de captar as necessidades de saúde dos beneficiários fica prejudicada e, mesmo quando a captação acontece, as informações não são repassadas para a gestão de programas e serviços das operadoras. Aliás, o objetivo de desvelar as necessidades de saúde não foi expressivo nos discursos dos gestores, coordenadores e profissionais entrevistados.

De acordo com Cecílio (2001) a demanda está diretamente relacionada à oferta de serviços e, portanto, pode estar direcionada às ofertas mais tradicionalmente percebidas pelos usuários, tais como consultas médicas, realização de exames e consumo de medicamentos. Contudo, apesar de existir uma grande demanda por consultas, as necessidades podem ser vínculo, maior autonomia diante da vida e acesso a outras tecnologias em saúde.

Os estudos de Malta e Jorge (2008) revelaram que algumas operadoras têm percebido essa relação entre demanda e necessidade e, portanto, iniciaram processos de mudança através da implantação de mecanismos capazes de

aumentar vínculo, responsabilização e acolhimento aos beneficiários. Entre esses mecanismos citam-se o desenvolvimento de grupos operativos, atividades educativas e práticas alternativas como acupuntura.

Os achados revelaram uma tendência das operadoras em investirem em unidades de atendimento próprias, com profissionais contratados para atuarem como referência para os beneficiários. Nesse sentido os profissionais orientam o fluxo e a utilização da rede de serviços, além de captarem informações referentes às demandas e problemas de saúde dos beneficiários. Esses profissionais também estabelecem uma relação com os programas de promoção e prevenção por deterem maior conhecimento sobre o conjunto de serviços ofertados pela operadora.

Malta e Jorge (2008), ao analisarem o modelo assistencial praticado por uma operadora de autogestão, também identificaram investimentos na criação de serviços próprios como portas de entrada para reordenar o fluxo dos beneficiários. As autoras afirmam que, com isso, busca-se um referenciamento mais racional e é possível impactar a integralidade do cuidado.

5.3 Tensões da promoção da saúde na saúde suplementar: atravessamentos do capital

A análise dos dados explicitou que os programas de promoção da saúde e prevenção de agravos no setor suplementar encontra-se em um terreno de disputas. Há tensões entre as lógicas que orientam a indução política pela ANS, a oferta de programas pelas operadoras e os interesses dos beneficiários.

Neste cenário de disputas foi revelado o atravessamento do capital de forma explícita ou velada. Aqui, o capital apresentou-se revestido por diferentes roupagens, tal como a prevenção de riscos e agravos, através da qual se torna possível alcançar o objetivo de reduzir o consumo de serviços caros. As roupagens referentes ao marketing e oferta de produtos novos, como os programas de promoção e prevenção, representam a possibilidade de atrair e fidelizar clientes.

Nessa perspectiva encontram-se os interesses das operadoras de planos de saúde que vêem nos programas a possibilidade de superação de uma possível crise no

setor suplementar caracterizada pela concorrência de mercado e altos custos operacionais com a assistência médico-hospitalar.

No que tange ao aumento dos custos, os discursos revelaram que o crescimento da população idosa e o adoecimento populacional por causas preveníveis são importantes fatores que influenciam a criação e manutenção de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Além disso, a ideologia dos modos de vidas saudáveis, difundida em nossa sociedade, traduz a oferta de programas como um diferencial de qualidade e cuidado com a saúde dos beneficiários. Assim, os programas de promoção da saúde e prevenção de doenças têm se configurado como estratégias de marketing, difundidas através dos informes e propagandas.

O interesse de “melhorar a saúde” dos beneficiários, através da prevenção de agravos e ações destinadas a melhoria da qualidade de vida, também sobressai nos discursos e parece ser legítimo, mas não supera a lógica mercadológica e capitalista.

A crescente incorporação de estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças no setor suplementar sugere o interesse das operadoras de operar mudanças na oferta de serviços de saúde. Essa análise pode ser sustentada, minimamente, pela incorporação de práticas que utilizam outros espaços e profissionais, que ultrapassam os limites dos hospitais. Contudo, no conjunto de dados, não foram identificadas evidências que possam sinalizar mudanças significativas no campo conceitual e prático da promoção da saúde de modo a alcançar os ideais propostos pela abordagem sócio- ambiental.

Essa proposição fundamenta-se na predominância de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças elaboradas para atender aos problemas de saúde considerados preveníveis e onerosos em detrimento da utilização do trabalho em rede e participação dos beneficiários nos processos decisórios.

Não se pretende, com essa discussão, opor à criação de estratégias com potencial para reduzir custos e contribuir com a sustentabilidade financeira das instituições, nem mesmo desconsiderar a importância das práticas preventivas. Mas, explicita-se

que as inovações proporcionadas pela incorporação de programas aos serviços ofertados pelas operadoras analisadas não alcançam os ideais propostos pela ANS devido, em parte, ao atravessamento do capital.

Essa análise é corroborada por Pó (2011) ao utilizar modelos econômicos para subsidiar discussões acerca do comércio de planos de saúde. O autor afirma que a competição de mercado e a “aversão ao risco” são expressões utilizadas de forma recorrente no mercado de investimentos, no qual o retorno financeiro é o principal objetivo a ser alcançado.

Em se tratando do setor de saúde complementar a aversão ao risco mostra-se presente através da criação de barreiras à entrada de grupos de pessoas com potencial para utilizar com mais frequência os serviços médico-hospitalares (PÓ, 2011) e também por meio das abordagens de promoção da saúde e prevenção de doenças, as quais estão focalizadas na indução de hábitos considerados saudáveis com vistas à redução de riscos de adoecimento.

Nessa última perspectiva Jouval Jr. (2011) assinala que as ações de saúde classificadas como promoção incentivam uma nova escala de consumo que dinamiza o mercado de outros produtos, bens e serviços, tais como artigos para práticas de atividade física, dietas balanceadas, dentre outros.

No entanto essa lógica de saúde fundamentada em aspectos mercadológicos não considera o peso dos indicadores sociais sobre a saúde e, por conseguinte, não incorpora os fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS), dentre os quais podem ser destacados a integralidade, equidade, participação e controle social.

Em outro pólo do tripé de interesses em disputas (operadoras, beneficiários e ANS), encontram-se os beneficiários que, por sua vez, buscam programas de promoção da saúde (ou são levados a eles) implicados com outras formas de lidar com sua saúde e encontram oportunidades de socialização e criação de vínculos. Com isso os programas são ressignificados no modo de viver dessas pessoas, as quais passam a ter ali um espaço de amizades e novas relações subjetivas em um contexto marcado pela carência de cuidado.

Assim, os programas de promoção da saúde e prevenção de agravos passam a representar novos espaços de produção do cuidado em uma sociedade na qual a busca pela atenção é um valor cultural a ser resgatado.

Luz (2005) contribui com essa discussão ao analisar a crise da saúde e medicina na cultura contemporânea. Ele afirma que as práticas médicas, pouco cuidadoras, caracterizadas por relações neutras e objetivas entre terapeuta e paciente, têm deixado várias lacunas relacionadas à subjetividade dos indivíduos. A frieza técnica da relação entre os dois atores sociais não satisfaz as necessidades de cuidados demandadas pelos pacientes e resulta na busca por outras práticas que possibilitem relações socialmente complexas em que estão presentes elementos simbólicos e subjetivos. Nesse contexto privilegia-se a adoção, pela clientela, de práticas alternativas de saúde que incentivam ou abrem espaço para socialização.

A ANS, como estatal responsável pela regulação do setor privado de saúde, mantém um discurso que idealiza aproximar o setor suplementar de saúde das diretrizes políticas do Ministério da Saúde, as quais vislumbram a integralidade da assistência com todas as suas implicações.

Além disso, a agência reguladora expõe como seu ideal a reorientação do modelo assistencial médico hegemônico predominante no setor suplementar, por meio do incentivo à criação e aprimoramento de programas preventivos e promocionais. Contudo, os meios utilizados para incentivar a mudança parecem ter potencial reduzido de transformação. Isso porque há a manutenção da lógica de produção hierarquizada e fragmentada, além de estratégias e abordagens que mantêm o foco em ações restritas à prevenção primária e com supervalorização da abrangência quantitativa dos programas em detrimento de aspectos qualitativos.

Nesse âmbito emergiu do discurso de gestores o entendimento que a inscrição de programas já existentes ou de novas propostas, junto à ANS, são inviáveis em decorrência da quantidade de exigências e metas que dizem respeito, essencialmente à produção. Assim, contraditoriamente, o Programa de Qualificação do Setor Suplementar, no que tange aos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, pode corroborar a redução de investimentos em qualidade para atender às exigências quantitativas.

Os gestores e coordenadores entrevistados revelaram que, para reconhecer e aprovar os programas e, por conseguinte, aumentar a pontuação que qualifica as operadoras no mercado de planos de saúde (IDSS), a agência reguladora impõe normas que orientam a elaboração e operacionalização dos programas de acordo com aquilo que entende como prioridade. A inflexibilidade de tais normas, associado à limitação ou inexistência de um espaço aberto para discussão sobre os programas desenvolvidos, resulta em conflitos e resistências revelados nas críticas de gestores entrevistados e também por meio de alguns programas ofertados.

Há que se considerar a importância de as operadoras proporcionarem condições de acesso universal aos programas de promoção e prevenção para que essas estratégias não se limitem a pequenos grupos, sem atingir representatividade em relação ao todo.

Em contrapartida, o estabelecimento de metas de cobertura, quantitativo de investimentos financeiros e áreas de atuação de forma rígida, sem levar em consideração as especificidades dos programas e outros argumentos que possam sustentá-los, também não contribuem para a expansão e aprimoramento das propostas, tampouco colabora para o acompanhamento dos programas com vistas à proteção e garantia dos direitos dos beneficiários na utilização de tais programas.

Ante ao exposto, é possível inferir que os incentivos da ANS não são suficientes para determinar os investimentos no campo, visto que as operadoras analisadas continuam mantendo programas que não foram inscritos ou aprovados junto à ANS, em razão de representarem para as operadoras a possibilidade de satisfazerem suas conveniências de mercado ou complementarem as estratégias assistenciais. Além disso, a diversidade de programas e de formas de organização também aponta para uma influência normativa relativa da ANS e evidencia ideais distintos dos atores em disputa.

Esse mapa de conflitos formado pela divergência entre os interesses manifestados por operadoras, beneficiários e ANS remete a uma discussão sobre a garantia do direito a ações e serviços de saúde de forma integral e também sobre a relação entre os subsetores público e privado de saúde.

Ao recordar que o SUS é resultante da luta política e ideológica de movimentos sociais organizados e representa a garantia do direito de todos à saúde com qualidade de assistência, explicita-se a necessidade de manutenção do direito conquistado. Essa proposição remete também à criação de uma política de regulação mais unificada e ajustada aos princípios e diretrizes do SUS, de modo a abranger tanto o setor público quanto o privado de saúde.

Pó (2011) contribui com essa discussão ao afirmar que o setor de serviços de saúde, tanto público quanto privado, não possui modelos amadurecidos de regulação. Cohn (2011) coloca, ainda, que a ANS enquanto órgão de regulação vinculado ao Ministério da Saúde não tem avançado muito além das ações realizadas por organizações dedicadas à defesa dos consumidores.

Ante o exposto reforçam-se os questionamentos de Cohn (2011): seria possível ter um órgão de regulação para todo o sistema de saúde brasileiro, tratando indiferenciadamente os interesses de mercado e os preceitos do SUS?

Os resultados deste estudo apontam para a incompatibilidade entre o ideário da abordagem socioambiental de promoção da saúde, pautada em preceitos do SUS, e os interesses capitalistas que determinam a organização dos serviços do setor suplementar. Se assim for, urge criar ou fortalecer políticas regulatórias com potencial para ajustar, minimamente, os dois subsetores de modo que ambos se organizem para ofertar serviços potentes para promover a saúde das pessoas, considerando saúde em seu conceito ampliado.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender as complexas e diversificadas formas de organização e operacionalização dos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças das operadoras de planos de saúde estudadas foi imprescindível para analisar a relação dos programas com o modelo assistencial operante nos cenários estudados.

Nesse processo analítico e crítico em busca da compreensão do objeto pesquisado foram identificados elementos que contribuíram sobremaneira, a saber: concepções e práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças; oferta, abrangência e acesso; local institucional dos programas e interesses em disputa.

No que se refere às concepções e práticas, a análise dos resultados revelou que saúde é entendida como bem-estar físico e psicoemocional, condicionada por fatores biológicos e comportamentais, centrados no indivíduo. Coerente com o referido conceito, os programas de promoção e prevenção estruturam-se como estratégias que privilegiam a prevenção de riscos primários e a indução de mudanças de hábitos de vida de modo a padronizar condutas consideradas saudáveis, tais como alimentação, atividade física, abstinência de tabaco, controle de doenças crônicas, dentre outros.

Apesar dos benefícios que tais estratégias podem proporcionar, o estudo destacou o caráter disciplinador dos programas que são desenvolvidos a partir dessa abordagem comportamental e o distanciamento de perspectivas libertárias. Assim, foram evidenciadas práticas de educação em saúde com características behavioristas, nas quais foi notória a centralidade no profissional de saúde enquanto sujeito dotado de saber-poder para ensinar o modo de vida pré-concebido como ideal.

Contudo, emergiram também algumas práticas que apresentam potencial mais inovador por abordarem temas e atividades diferenciados. Essas práticas foram referidas por profissionais e beneficiários como potentes para promover vínculo e socialização, além de serem mais atrativas aos beneficiários.

Além disso, alguns programas de promoção da saúde na saúde suplementar indicaram o estabelecimento de estratégias que podem fortalecer autoestima e

desenvolver mecanismos de autoajuda. Por um lado isso sinaliza o empoderamento psicológico que pode beneficiar o indivíduo por contribuir para a formação de uma consciência sanitária individual. Por outro, suscitou na análise a discussão quanto aos mecanismos de responsabilização dos indivíduos face à expressão dos dispositivos biopolíticos dos programas.

A diversidade de estruturas organizacionais dentro das quais se encontram os programas de promoção da saúde sinalizou diferenças em relação à representatividade dos programas dentro das operadoras. Mesmo considerando os diferentes contextos, em geral, a amplitude dos programas mostrou-se pequena quando comparado ao conjunto de outras tecnologias e serviços ofertados pelas operadoras. Contudo, as pessoas que têm acesso às estratégias de promoção e prevenção parecem ser beneficiadas no que tange à ampliação do cuidado.

A oferta de programas direcionados a grupos populacionais considerados mais vulneráveis ao risco de adoecer supera a oferta daqueles que não possuem critérios de inclusão rígidos. Nesse contexto o estudo revelou que os programas explicitamente focalizados em doenças e doentes são menos atraentes aos beneficiários, revelando as resistências e rotas de fuga que compõem o fenômeno promoção da saúde na saúde suplementar. Nessa perspectiva o estudo desvelou que a criação de programas verticalizados, que não consideram as necessidades de saúde dos beneficiários, também contribui para a baixa adesão.

O reconhecimento dessa realidade vem impulsionando a criação de serviços próprios com objetivo de orientar o fluxo dos beneficiários na rede assistencial e reduzir o distanciamento entre gestores/coordenadores de saúde e os beneficiários que compõem as carteiras das operadoras. Ao mesmo tempo essa estratégia representa um “novo” dispositivo biopolítico, que amplia o controle sobre a vida dos beneficiários.

O conjunto de dados analisados evidenciou que os programas de promoção e prevenção estão atrelados à lógica do capital. Aqui, foi revelado que o capital se reveste de outras roupagens, mas mantém o objetivo de garantir sustentabilidade ou lucratividade por parte das operadoras. Nessa perspectiva foram identificadas como roupagens do capital: a utilização dos programas para atrair clientes através de

estratégias de marketing; fixação de clientes às operadoras pela oferta de produtos novos e mais interessantes; redução de custos assistenciais pela possibilidade de prevenir e controlar doenças.

O objetivo de retorno financeiro, mesmo velado através das diferentes roupagens do capital, foi uma das razões identificadas para a manutenção de programas que não são registrados ou monitorados pela ANS. Nesse sentido o incentivo da ANS ao desenvolvimento de programas de promoção e prevenção parece influenciar relativamente as operadoras, mas não é determinante para criação e desenvolvimento de programas. Essa análise resultou em críticas em relação ao modo de regulação adotado pela ANS, o qual se limita aos aspectos referentes aos direitos dos consumidores e não alcança os princípios e diretrizes do SUS.

A lógica do capital mostrou-se incoerente com a perspectiva de reorientar o modelo a partir de uma abordagem socioambiental de promoção da saúde.

Ante a diversidade de elementos analíticos aqui apresentados o estudo permitiu inferir que a incorporação de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças sinaliza para o início de um processo de mudança de modelo assistencial, apesar de todas as limitações enunciadas.

Essa proposição está sustentada na identificação de práticas inovadoras que ultrapassam os limites das consultas individuais ao utilizar novas metodologias para o cuidado. Além disso o desenvolvimento de “programas especiais” inclui grupos de beneficiários que até então eram percebidos somente quando buscavam assistência médico-hospitalar por demanda espontânea. A incorporação de novas categorias profissionais, além do profissional médico, também sugere mudança e pode contribuir para uma assistência mais integral.

Contudo, as mudanças reveladas não são suficientes para eclodir a transformação do modelo, visto que permanece o paradigma biologicista e comportamental do processo saúde-doença. Para alcançar o nível de transformação, seria necessário atingir a abordagem socioambiental de promoção da saúde, a qual tem como premissas o empoderamento comunitário, participação social, concepção holística, interssetorialidade, equidade e sustentabilidade.

O estudo apontou a necessidade de se avançar em novas pesquisas nessa área, em especial sobre aspectos que não foram abordados em profundidade devido à insuficiência de dados. Destaco a responsabilização dos usuários e os mecanismos de assujeitamento como objetos que precisam ser melhor investigados, através de outras metodologias que permitam captar aspectos mais subjetivos dos processos educativos e do cotidiano de vida dos sujeitos.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

AKERMAN, M.; MENDES, R.; BÓGUS, C.M. É possível avaliar um imperativo ético? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.605-615, 2004.

ANDRADA, E.L.G.; LANA, F.C.F.; CHERCHIGLIA, M.L.; FREITAS, R.M.; MALTA, D.C.; FERREIRA, L.M.; RODRIGUES, C.L.; CAFAGGI, L.R.A. Análise dos modelos assistenciais praticados pelas operadoras de planos de saúde em Minas Gerais. In: PEREIRA, R.C.; SILVESTRE, R.M. (Org.). **Regulação e modelos assistenciais em saúde suplementar**: produção científica da Rede de Centros Colaboradores da ANS – 2006/2008. Brasília: OPAS/OMS, 2009. p.87-118.

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C. Promoção da saúde e cidades/municípios saudáveis: proposta de articulação entre saúde e ambiente. In: MINAYO, M.C.S.; MIRANDA, A.C. **Saúde e ambientes sustentáveis**: estreitando nós. Rio de Janeiro: Abrasco, Fiocruz, 2003. p.148-205.

AYRES, J.R.C.M. Sujeitos, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.63-72, 2001.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4.ed. Lisboa: Edições 70, 2009. 281p.

BERTOLOZZI, M.R.; NICHIA, L.Y.I.; TAKAHASHI, R.F.; CIOSEK, S.I.; HINO, P.; VAL, L.F.; GUANILLO, M.C.T.U.; PEREIRA, E.G. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na saúde coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.43, p.1326-1330, 2009. Número especial 2.

BRASIL. Constituição (1998). **Constituição brasileira**, 1988. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988. 292p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Panorama das ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2008. 88p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Programa de qualificação da saúde suplementar**: qualificação das operadoras. Rio de Janeiro: ANS, 2010. 61p. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/A_ANS/Transparencia_Institucional/Indicadores_de_qualidade/texto_base_a_val_des_idss_20090811.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**: manual técnico. 2. ed. Rio de Janeiro: ANS, 2007. 164p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos**. 2.ed. Rio de Janeiro: ANS, 2012. 52p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm>. Acesso em: 12 nov. 2011.

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

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. 174p.

CARVALHO, S.R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n.9, v.3, p.609-678, 2004.

CASTIEL, L.D. Promoção da saúde e a sensibilidade epistemológica da categoria comunidade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.5, p.615-622, 2004.

CASTIEL, L.D. Risco e hiperprevenção: o epidemiopoder e a promoção da saúde como prática biopolítica com formato religioso. In: NOGUEIRA, R.P. (Org.). **Determinação social da saúde e reforma sanitária**. Rio de Janeiro: CEBES, 2010. cap.8, p.161-179.

CASTIEL, L.D.; DIAZ, C.A.D. **A saúde persecutória: os limites da responsabilidade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007. 136p.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A.; BILIBIO, L.F.; ARMANI, T.B.; SCHAEGLER, L.I.; MORAIS, M.; SANTOS, N.M.D. Imaginários sobre a perspectiva pública e privada do exercício profissional em saúde e a educação da saúde. In: PEREIRA, R.C.; SILVESTRE, R.M. (Org.). **Regulação e modelos assistenciais em saúde suplementar: produção científica da Rede de Centros Colaboradores da ANS**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2009. p.199-233.

CECILIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO/UERJ, IMS, 2001. p.113-126.

CECILIO, L.C.O. Programa UNI: una necesaria ampliación de su agenda. In: ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.; LLANOS C.; M. (Ed.). **La educación de los profesionales de la salud en Latinoamérica**: teoría e práctica de un movimiento de cambio. Tomo 1: Una mirada analítica. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL, 1999. p.47-81.

COHN, A. Questionando conceitos: o público e o privado na saúde no século XXI. In: SANTOS, N.R.; AMARANTE, P.D.C. (Org.). **Gestão pública e relação público-privado na saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2011. cap.15, p.267-274.

COUTINHO, J.G.; GENTIL, P.C.; TORAL, N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, p.S332-S340, 2008. Suplemento 2.

FERNANDEZ, J.C.A.; WESTPHAL, M.F. O lugar dos sujeitos e a questão da hipossuficiência na promoção da saúde. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v.16, n.42, p.595-608, 2012.

FOUCAULT, M. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In: _____. **Ética, sexualidade, política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. (Ditos & Escritos, 5). p.265-287.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). Trad. Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 2000. 382p.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1985. 3v. v.3: O cuidado de si.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 28.ed. São Paulo: Paz e Terra, 2003. 148p.

GASTALDO, D. É a educação em saúde “saudável”? : repensando a educação em saúde através do conceito de biopoder. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v.22, n.1, p.174-168, 1997.

GOMES, A.C.G. **Microrregulação produzida pelos prestadores de serviços na linha do cuidado cardiovascular na saúde suplementar em Belo Horizonte, Minas Gerais**. 2011. 98f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

GUALDA, D.M.R.; HOGA, L.A.K. Pesquisa Etnográfica em Enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.31, n.3, p.410-422, 1997.

HABERMAS, J. **Dialética e hermenêutica**: para a crítica da hermenêutica de Gadamer. Porto Alegre: LPM Editora, 1987. 136p.

IGLESIAS, A.; ARAÚJO, M.D. As concepções de promoção da saúde e suas implicações. **Cadernos Saúde Coletiva (Rio de Janeiro)**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.291-298, 2011.

JORGE, A.O.; COELHO, K.S.; REIS, A.T. A perspectiva da promoção à saúde e a prevenção de doenças no setor suplementar. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **A regulação da atenção à saúde no setor suplementar: histórias e práticas**. Rio de Janeiro: ANS, Brasília: OPAS, 2007.

JOUVAL Jr., H.E. Políticas e estratégias governamentais de regulação. In: SANTOS, N.R.; AMARANTE, P.D.C. (Org.). **Gestão pública e relação público-privado na saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2011. cap.17, p.265-270.

KELLES, S.M.B.; BARRETO, M.S.; GUERRA, L.H. Custos e utilização de serviços de saúde antes e após cirurgia bariátrica por laparotomia. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v.129, n.5, p.291-299, 2011.

LAPASSADE, G.L. L'observation participante. **Revista Européia de Etnografia da Educação**, Funchal, n.1, p.9-26, 2001.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986. 99p.

LUZ, M.T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v.15, p.145-176, 2005. Suplemento.

MALTA, D.C.; CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E.; FRANCO, T.B.; JORGE, A.O.; COSTA, M.A. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p.433-444, 2004.

MALTA, D.C.; JORGE, A.O. Modelos assistenciais na saúde suplementar: o caso de uma operadora de autogestão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.5, p.1535-1542, 2008.

MANSANO, S.R.V. Sujeito, subjetividade e modos de subjetivação na contemporaneidade. **Revista de Psicologia da UNESP**, Assis, v.8, n.2, p.110-117, 2009.

MERHY, E.E. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. 296p.

MERHY, E.E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v.4, n.6, p.109-116, 2000.

MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C.O.; NOGUEIRA, R.C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9., 1992, Brasília. **Cadernos da nona...** Brasília: Cultura, 1992. v.1: Descentralizando e democratizando o conhecimento, p.91-96.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10.ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 406p.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; CRUZ NETO, O.; GOMES, R. (Org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. 80p.

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R.; CONSTANTINO, P.; SANTOS, N.C. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p.71-103.

MOYSÉS, S.J.; MOYSÉS, S.T.; KREMPEL, M.C. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção da saúde: a experiência de Curitiba. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.627-641, 2004.

OCKÉ-REIS, C.O. Os desafios da ANS frente à concentração dos planos de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.1041-1050, 2007.

OLIVEIRA, S.L. **Tratado de metodologia científica**: projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses. 2.ed. São Paulo: Pioneira, 1999. 320p.

ORTEGA, F.J.G. Biopolíticas da saúde: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v.8, n.14, p.9-20, 2004.

PAIM, J.S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. p.547-574.

PAIM, J.S. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 5.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p.489-503.

PALHA, P.F.; VILLA, T.C.S. A descentralização como eixo norteador na reorganização e operacionalização dos princípios do Sistema Único de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.37, n.3, p.19-26, 2003.

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

PEDROSA, J.I.S. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.617-626, 2004.

PELBART, P.P. **Vida capital: ensaios de biopolítica**. São Paulo: Iluminuras, 2003. 252p.

PÓ, M.V. Institucionalidade e desafios da regulação na área da saúde no Brasil. In: SANTOS, N.R.; AMARANTE, P.D.C. (Org.). **Gestão pública e relação público-privado na saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2011. cap.14, p.243-266.

RIBEIRO, C.D.M.; FRANCO, T.B.; SILVA JÚNIOR, A.G.; LIMA, R.C.D.; ANDRADE, C.S. (Org.). **Saúde suplementar, biopolítica e promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011. 229p.

SICOLI, J.L.; NASCIMENTO, P.R. Promoção da saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v.7, n.12, p.101-122, 2003.

SILVA, K.L.; SENA, R.R. **Poder, autonomia e responsabilização: promoção da saúde em espaços sociais da vida cotidiana**. São Paulo: Hucitec, 2010. 174p.

SILVA JÚNIOR, A.G.; ALVES, M.G.M.; MASCARENHAS, M.T.M.; SILVA, V.M.N.; CARVALHO, L.C. Experiências de avaliação do setor suplementar de saúde: contribuições da integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.5, p.1489-1500, 2008.

SPRADLEY, J.P. **Participant observation**. South Nelbourne: Thomson Learning, 1980. 195p.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S.; VILASBÔAS, A.L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v.7, n.2, p.7-28, 1998. (Texto elaborado para a Oficina de Vigilância em Saúde do IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 1997, Salvador/BA).

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre o conceito de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, p.S190-S198, 2004. Suplemento 2.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987. 175p.

UGÁ, M.A.D.; SANTOS, A.M.P.; PINTO, M.T.F.; PORTO, S.M. A regulação da atenção à saúde nos EUA. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Regulação e saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2002. p.237-255.

WESTPHAL, M.F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y.M. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p.635-667.

YIN, R.K. **Estudo de caso: Planejamento e métodos**. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212p.

APÊNDICES

APÊNDICES

Apêndice A - Carta de apresentação da pesquisa e solicitação de autorização para o estudo.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2012.

Prezado(a) Senhor(a)

O Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Práticas de Enfermagem – NUPEPE - vem realizando uma série de pesquisas, tendo como uma de suas linhas de estudo a Promoção da Saúde. Nessa linha estamos propondo a realização de um estudo que tem como tema “Promoção da saúde na saúde suplementar: o trabalho da enfermagem e a reestruturação produtiva no setor”. Como subprojeto do referido estudos, será realizada uma pesquisa intitulada “Promoção da saúde e prevenção de doenças na saúde suplementar: uma proposta de reorientação do modelo assistencial?”

As pesquisas têm como objetivos analisar programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças em operadoras e/ou prestadoras de planos privados de saúde; analisar o trabalho da enfermagem em programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças em operadoras e/ou prestadoras de planos privados de saúde; relacionar os aspectos do trabalho da enfermagem em programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças que sinalizem substitutividades nas práticas do setor de Saúde Suplementar, identificar dispositivos existentes em programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças indicativos da reestruturação produtiva no setor de Saúde Suplementar e analisar a relação dos programas com o modelo assistencial praticado.

As pesquisas serão coordenadas pela Professora Doutora Kênia Lara Silva, contará com o trabalho da mestrandia Andreza Trevenzoli Rodrigues e um grupo de pesquisadores da UFMG.

Gostaríamos de conhecer a dinâmica do seu programa de promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos, analisar alguns casos que você considere importantes, entrevistar coordenadores, profissionais das equipes e também alguns usuários. Esperamos, com esse estudo, aprofundar a discussão sobre o processo

de trabalho em enfermagem, revelando sua especificidade no campo da promoção da saúde, além de ampliar o debate sobre as práticas de promoção da saúde, educação e prevenção de riscos desenvolvidos por operadoras e/ou prestadoras de planos de saúde. Acredita-se que as informações que serão desvendadas podem ser úteis para influenciar políticas, fortalecer as práticas exitosas e impulsionar o surgimento de novas propostas. Para isso necessitamos de autorização de V. S^a. para que possamos realizar a pesquisa. Os projetos de pesquisa foram submetidos e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, atendendo à Resolução 196/96. Protocolo de Aprovação: CAAE 0581020300011.

Na oportunidade firmamos o compromisso do anonimato, privacidade e sigilo absoluto em relação às informações e declarações prestadas, bem como uso restrito dos dados para a pesquisa e divulgação dos seus resultados por meio de trabalhos técnico-científicos, colocando-os à disposição da instituição.

Certas de contar com a atenção de V. S^a., colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos e solicitamos a resposta a essa solicitação, através do Termo de Autorização.

Atenciosamente,

Prof^a. Kênia Lara Silva

Coordenadora da pesquisa

*ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFMG
PESQUISADORA*

*Av. Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia
Padre Eustáquio*

*Escola de Enfermagem, 4^o andar, sala 434
Telefone: 31-9621-0111*

*Tel: (0xx31) 3248-9871
kenialara17@yahoo.com.br*

E-mail: nupepeenufmg@yahoo.com.br

ENDEREÇO DA

Rua Furtado Nunes, 131/101,

Belo Horizonte – MG.

E-mail:

Termo de Autorização

Eu,

_____ (nome),

_____ (cargo e
função),

autorizo a realização da pesquisa “Promoção da Saúde na Saúde Suplementar: o trabalho da enfermagem e a reestruturação produtiva no setor” nesta instituição. Afirmo que fui devidamente orientado sobre a finalidade e objetivo do estudo, bem como da utilização dos dados exclusivamente para fins científicos e sua divulgação posterior, sendo que meu nome e o nome da instituição serão mantidos em sigilo.

Apêndice B - Roteiro de entrevista ao gestor da operadora

Identificação

Entrevistado:

Cargo e função:

Informações sobre o plano (dados secundários): número de vidas/beneficiários, tipos de plano, serviços que oferece (próprios e contratados)

Questões norteadoras

1. Como estão organizados os serviços oferecidos pela operadora?
2. O que o senhor entende por modelo assistencial? Em sua opinião, quais as características do modelo assistencial praticado por essa operadora?
3. O senhor conhece o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar (PQSS) proposto pela ANS?
4. Como a operadora se organiza para oferecer serviços de saúde de forma a garantir qualidade da assistência?
5. Há quanto tempo a operadora desenvolve programa de promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos?
6. Quais as razões que levaram a oferecer programa de promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos?
7. Existe alguma diretriz sobre o programa? (regimentos, normas, etc) (Se sim, solicitar a cópia).
8. São repassadas informações à ANS referente ao programa de promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos? Se sim, quais? É uma exigência?
9. Existem estimativas, relatórios ou outras informações sobre o custo-benefício com o programa?
10. O senhor identifica relação ou impacto do programa de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças com a forma de organização tecnológica dos serviços prestados?
11. O programa de promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos é submetido a avaliação?

Apêndice C - Roteiro de Entrevista ao coordenador dos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças

Identificação:

Entrevistado:

Cargo:

Formação:

Questões Norteadoras:

1. Descreva a organização do programa de promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos na operadora.
2. O serviço de Promoção da Saúde é próprio ou terceirizado? (nome da prestadora/critérios para contratação da prestadora).
3. Quais os objetivos do programa?
4. Quais os resultados esperados?
5. Atualmente quantos beneficiários participam do programa, nas diferentes práticas (cobertura)?
6. Qual o perfil dos beneficiários que participam do programa de promoção da saúde (faixa etária, gênero, patologia)?
7. Como os beneficiários acessam o programa de promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos?
8. Quais as facilidades e dificuldades de manter o beneficiário frequente no programa?
9. Quais temas são abordados dentro das práticas do programa? Como esses temas são definidos?
10. Fale sobre a infraestrutura disponível e utilizada para desenvolvimento das práticas do programa.
11. Quais os profissionais envolvidos? Qual a função de cada um?
12. Fale sobre as metodologias de trabalho utilizadas?
13. Como é definido o tempo de permanência dos beneficiários nas práticas do programa?
14. O programa articula-se com outros serviços vinculados à operadora, ao setor público ou equipamentos sociais?
15. Os beneficiários que participam do programa são referenciados e/ou contrarreferenciados dentro da rede de serviços oferecidos pela operadora?
16. Como ocorre a continuidade de cuidados depois de findada a participação dos beneficiários no programa?
17. Como a operadora avalia o desempenho do programa (próprio ou contratado)?
18. A satisfação dos beneficiários é avaliada?
19. Hoje você faria alguma alteração no programa?

Apêndice D - Roteiro para orientar a observação participante

Data e hora de início e fim da observação:

- 1- Descreva o espaço físico.
- 2- Quais são os atores envolvidos? Quais as suas características?
- 3- Descreva o conjunto de ações realizadas pelas pessoas.
- 4- Quais os objetos utilizados nas atividades e presentes no espaço observado?
- 5- Descreva a sequência dos atos.
- 6- O que as pessoas envolvidas expressam através de suas posturas, atitudes e palavras?
- 7- Como é o relacionamento entre os atores envolvidos?

Final: Percepção do pesquisador frente ao observado.

Apêndice E: Roteiro de entrevista aos profissionais que atuam em programa de promoção da saúde e prevenção de doenças

Identificação

Entrevistado:

Cargo:

Tempo de atuação no programa:

Formação:

Questões norteadoras

- 1- Fale sobre sua atuação no programa de promoção da saúde e prevenção de doenças.
- 2- Como e porque decidiu trabalhar no programa de promoção da saúde e prevenção de doenças?
- 3- Quais temáticas são abordadas dentro das práticas do programa? Como esses temas são definidos?
- 4- Quais profissionais estão envolvidos no programa?
- 5- Qual sua função dentro do processo de trabalho do programa?
- 6- Como ocorre a organização e planejamento das atividades?
- 7- Como ocorre a dinâmica de trabalho, considerando os demais profissionais envolvidos?
- 8- Fale sobre as metodologias de trabalho utilizadas?
- 9- Fale sobre a relação profissional-beneficiário no contexto das práticas de promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos.
- 10- Como você visualiza o papel do profissional de saúde no campo da promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos?
- 11- Qual o principal objetivo a ser alcançado junto ao grupo de beneficiários que participam do programa (resultados esperados)?
- 12- Quantos beneficiários participam do programa?
- 13- Como os beneficiários acessam ao programa?
- 14- Existem fatores facilitadores e dificultadores para manter os beneficiários no programa?
- 15- Após o fim das atividades existe proposta de continuidade?
- 16- Qual seu vínculo empregatício?
- 17- Como você avalia o programa?
- 18- O programa é submetido a processos de avaliação?
- 19- Hoje você faria alterações no programa?

Apêndice F - Roteiro de entrevista aos beneficiários que participam dos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças

IDENTIFICAÇÃO

Entrevistado:

Tempo de carteira na operadora:

Data da entrada no programa de promoção da saúde e prevenção de doenças:

Prática ou modalidade do programa que está inserido:

Questões norteadoras:

- 1- Descreva seu percurso na rede de serviços da operadora até chegar ao programa de promoção da saúde e prevenção de doenças.
- 2- Qual sua motivação para participar do programa?
- 3- Como é sua relação com o grupo e com os profissionais de saúde?
- 4- Percebe alguma mudança em sua vida e saúde após ingressar no programa?
Se sim, qual (is) a(s) pessoa(s) que contribuiu (íram) com essas mudanças?
- 5- Quem você considera responsável por melhorar suas condições de vida e saúde?
- 6- Você identifica vantagens e/ou desvantagens em participar do programa?

Apêndice G - TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TÍTULO DA PESQUISA: *“Promoção da saúde e prevenção de doenças na saúde suplementar: uma proposta de reorientação do modelo assistencial?”*

Prezado,

Por meio deste instrumento, venho torná-lo(a) ciente da pesquisa cujo título está referido acima, e convidá-lo(a) a participar voluntariamente da mesma. A pesquisa é coordenada pela Professora Kênia Lara Silva e a coleta de dados será desenvolvida em 4 fases: em uma primeira fase serão identificadas as operadoras que desenvolvem programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos no município de Belo Horizonte; na segunda fase serão realizadas entrevistas com gestores da operadora e coordenadores dos programas; na terceira fase serão realizadas entrevistas com enfermeiros e outros profissionais envolvidos nas práticas dos programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças e, finalmente, o acompanhamento de casos indicados pelos profissionais.

Você está sendo convidado para participar da Fase 2. Será realizada uma entrevista individual com questões sobre o programa de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na operadora _____ . A entrevista será gravada em áudio para posterior transcrição. Ou Você está sendo convidado para participar da Fase 3. Será realizada uma entrevista individual com questões sobre o seu trabalho no programa de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças. A entrevista será gravada em áudio para posterior transcrição. Ou Você está sendo convidado para participar da Fase 4. Será realizada uma entrevista individual com questões sobre sua participação nas atividades do programa de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças (colocar nome) da operadora _____ . A entrevista será gravada em áudio para posterior transcrição

Para isto, é necessário esclarecê-lo (a) que serão garantidos aos participantes anonimato, privacidade e sigilo absoluto em relação às informações e declarações prestadas verbalmente e/ou por escrito antes, durante e depois da realização da pesquisa; as informações obtidas não serão utilizadas em prejuízo das pessoas, inclusive em termo de autoestima, prestígio e/ou econômico-financeiros.

Reconhece-se a possibilidade da ocorrência dos eventuais riscos de constrangimentos gerados na execução das entrevistas. Caso ocorra, você tem a liberdade de interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo. As gravações estarão seguras e serão inutilizadas após a pesquisa. É importante afirmar que não haverá despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação. Concluída a pesquisa, seus resultados serão divulgados em trabalho científicos e você poderá ter acesso, caso queira.

Será garantido o acesso, em qualquer etapa do estudo, á coordenadora da pesquisa, Kênia Lara Silva que pode ser encontrada no endereço Rua Furtado Nunes, 131/101, Padre Eustáquio, Belo Horizonte/MG. Telefone: 31-9621-0111. A pesquisadora Andreza Trevenzoli Rodrigues, que reside na Rua Eufrásia Augusta de Jesus, nº 396, Santa Helena – Contagem/MG, telefones: 31-2564-2665/9784-6202, também estará disponível em todas as etapas da pesquisa. Maiores esclarecimentos sobre a ética em pesquisa podem ser obtidas junto ao Comitê de Ética em Pesquisa

da UFMG – Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha, Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005. CEP: 31270-901. Tel: (0xx31) 3409-4592. Email: coep@prpq.ufmg.br;

Caso participe, em qualquer momento poderá pedir informações ou esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa, bem como, sair da mesma e não permitir a utilização de seus dados, sem prejuízo algum.

Agradecendo sua colaboração, solicito a declaração de seu consentimento livre e esclarecido neste documento.

Atenciosamente,

Kênia Lara Silva
Pesquisadora Responsável

Andreza Trevenzoli Rodrigues
Pesquisadora(Mestranda – UFMG)

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações sobre o estudo acima citado que li ou que foram lidas para mim. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados e as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízos.

Local _____ Data ___/___/___

Nome/assinatura do participante