

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

TALITA DOURADO SCHWARTZ

**A PROMOÇÃO DA SAÚDE E A PREVENÇÃO DE DOENÇAS COMO
DISPOSITIVOS DE MUDANÇAS NAS PRÁTICAS DE CUIDADO NA
SAÚDE SUPLEMENTAR NO ESPÍRITO SANTO**

VITÓRIA
2009

TALITA DOURADO SCHWARTZ

**A PROMOÇÃO DA SAÚDE E A PREVENÇÃO DE DOENÇAS COMO
DISPOSITIVOS DE MUDANÇAS NAS PRÁTICAS DE CUIDADO NA
SAÚDE SUPLEMENTAR NO ESPÍRITO SANTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração Política e Gestão em Saúde.

Aprovada em 07 de dezembro de 2009 por:

Prof^a. Dr^a. Rita de Cássia Duarte Lima (orientadora)

Universidade Federal do Espírito Santo

Prof^a. Dr^a. Ethel Leonor Noia Maciel (membro interno)

Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dr. Túlio Batista Franco (membro externo)

Universidade Federal Fluminense

VITÓRIA
2009

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

S399p Schwartz, Talita Dourado, 1984-
A promoção da saúde e a prevenção de doenças como dispositivos de mudanças nas práticas de cuidado na saúde suplementar no Espírito Santo / Talita Dourado Schwartz. – 2008.
93 f.

Orientadora: Rita de Cássia Duarte Lima.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

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

CDU: 614

Aos meus amores...

Luiz Mauro e LÍzia, minha base.

Bruno e Felipe, irmãos e amigos.

Juliano, meu anjo.

Amigos e familiares por tudo que são para mim.

AGRADECIMENTOS

Nossas trajetórias nunca são solitárias, por mais que, em momentos de concentração e dedicação presos a livros e artigos, assim nos pareçam. Com várias mãos diretas e indiretas, construí este trabalho aqui relatado, com tantas pessoas notáveis que interferiram em meu percurso. Há decisões na vida que não podem ser feitas solitariamente; dependem de um esforço coletivo com apoio de pessoas importantes que nos forneçam suporte, motivem e gerem confiança. No mestrado não seria diferente. Desde a escolha do local, curso e abdicação de outros caminhos, diversas mãos pairaram sobre mim, e este espaço é dedicado a pessoas que, de alguma forma, fizeram parte da minha curta jornada até aqui trilhada, eis aqui minha homenagem.

Minha gratidão à professora Rita de Cássia Duarte Lima que, desde a graduação, foi amiga, professora, mestre, orientadora e me ajudou a compreender a saúde de uma forma que jamais imaginei. Muito obrigada por me auxiliar no direcionamento de minhas escolhas profissionais e pessoais, por entender minhas limitações e por sempre me levar a fazer o melhor que podia.

À equipe de alunos e professores da Universidade Federal Fluminense por me presentear com o tema apaixonante desta pesquisa e me inserir em um grupo que proporcionou tantos ganhos e crescimentos que, por certo, trará benefícios para nosso sistema de saúde. Dentre muitos nomes, destaco os professores Dr. Túlio Franco e Dr. Dimas Ribeiro, que influenciaram diretamente em meu conhecimento do tema e no desenvolvimento deste trabalho.

Ao nosso grupo de pesquisa, Cristina, Erivelto, Hélia e Tânia, por tantas discussões construtivas no desenvolvimento da nossa pesquisa e desta dissertação.

Aos trabalhadores de saúde e beneficiários das empresas que adentrei na busca por extrair as informações necessárias para compor esta pesquisa. Pessoas com inúmeros compromissos e responsabilidades que, sem restrições, contribuíram de forma fundamental na construção deste trabalho.

Aos professores do Mestrado em Saúde Coletiva, cada um tem sua digital aqui impressa. Meu sincero obrigada aos professores Ethel, Maristela, Túlio Figueiredo, dentre muitos outros.

Aos meus companheiros de mestrado: Ana Paula, Ana Rosa, Elem, Josélia, Larissa, Márcia, Rafaela, Rodrigo, Rosa, Letycia, Luciene, Viviane e Wanêssa. Obrigada por tornarem essa etapa de minha vida o mais divertida e enriquecedora possível. Cada um de vocês tem meu carinho, amizade e consideração.

À Paula por termos sido praticamente uma dupla na elaboração de nossas pesquisas, por dividir opiniões, críticas, informação e inúmeros livros. Acredito que, com nosso conhecimento tão distante um do outro, criamos um ambiente de troca com o equilíbrio necessário ao enriquecimento de tudo que fizemos.

Aos meus pais (Lízia e Luiz Mauro) e aos meus irmãos (Bruno e Felipe) pelo apoio e amor incondicional, por entenderem meu momento de ocupação durante os tantos desafios e obstáculos encontrados no caminhar do mestrado. Por terem sempre uma palavra de apoio e orientação em situações que eu sozinha não poderia optar pelo caminho certo.

Aos meus avós, Antônio, Geni, Maria (*in memoriam*) e Ataíde (*in memoriam*) por serem a base da alegria de nossa família.

A todos os meus tios e tias, primos e primas, que são tantos que amo e que participam de minha história, que seria impossível descrever todos sem deixar de incluir alguns.

Aos meus amigos que, perto ou distante, me são apoio e fortaleza e alegam minha vida. Obrigada a todos: Cássia, Edilsa, Luciana, Melina, Tatiani, Thaise, Thâmily, Vanessa e muitos outros que sabem que possuem lugar guardado em meu coração.

A Juliano, pelo amor, alegria e companheirismo. Obrigada por caminhar junto comigo há tanto tempo, como amigo e namorado. Agradeço à sua família, Anderson, Denise, Rodolpho, tios e tias, primos e primas, por ter se tornado minha também.

A Deus, minha força, paz e segurança, por ter me guiado por um caminho no qual tudo dá certo e por ter me concedido tantas pessoas especiais para trilhar comigo esta história.

Obrigada a todos que de alguma forma estiveram presentes em minha vida.

“O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.”

Fernando Sabino

LISTA DE SIGLAS

- ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar
- MVA - Médico Vinculador Assistencial
- PGC - Programa de Gerenciamento de Casos
- UESC - Universidade Estadual de Santa Cruz
- UFES - Universidade Federal do Espírito Santo
- UFF - Universidade Federal Fluminense
- SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVO	11
3	QUADRO TEÓRICO	12
3.1	A REGULAÇÃO DO SISTEMA SUPLEMENTAR DE SAÚDE NO BRASIL...	12
3.2	SENTIDOS DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: INTERROGANDO AS PROPOSTAS EM DISPUTA.....	14
3.3	PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS: DILEMAS, PROBLEMAS E DISPUTAS EM AÇÃO.....	16
3.4	PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS: DISPOSITIVOS BIOPOLÍTICOS, CAPTURAS E PRODUÇÃO DA VIDA.....	20
4	METODOLOGIA	23
5	REFERÊNCIAS	27
6	ARTIGOS	31
6.1	ARTIGO 1: A PROMOÇÃO DA SAÚDE E A PREVENÇÃO DE DOENÇAS COMO POSSIBILIDADES DE MUDANÇAS NAS PRÁTICAS DE CUIDADO: AS INTERFACES DOS DISPOSITIVOS BIOPOLÍTICOS.....	31
6.2	ARTIGO 2: OS MUITOS E COMPLEXOS DISPOSITIVOS DISCIPLINARES E BIOPOLÍTICOS NA ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS EM UMA OPERADORA DE MEDICINA DE GRUPO.....	54

APÊNDICES.....	77
APÊNDICE A – Carta de Apresentação da Pesquisa nas Empresas.....	78
APÊNDICE B – Termo de Autorização das Empresas para Realização da Pesquisa.....	79
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	80
APÊNDICE D – Roteiro de Entrevista do Gestor da Operadora.....	82
APÊNDICE E – Roteiro de Entrevista do Coordenador do Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças.....	84
APÊNDICE F – Roteiro de Entrevista do Trabalhador da Equipe do Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças.....	86
APÊNDICE G – Roteiro de Entrevista do Beneficiário do Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças.....	88
ANEXO.....	90
ANEXO A – Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa.....	91

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação é produto de uma temática que vem sendo estudada por um amplo grupo de pesquisa composto por diversos pesquisadores de diferentes instituições públicas. Encontro-me inserida em um projeto demasiadamente interessante e atual que analisa os programas de promoção da saúde e prevenção de doenças no Sistema Suplementar de Saúde. Esta pesquisa tem sua base em uma parceria entre a Universidade Federal Fluminense (UFF), a Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC) e a Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). No desenvolvimento desta pesquisa, muitas reuniões, debates e leituras têm ocorrido, nas quais tenho incorporado novos conhecimentos e buscado transmitir em meu estudo e em minha vida. Adentrar no campo desta pesquisa constituiu um processo de grande enriquecimento pessoal e profissional.

Esta dissertação não utiliza o modelo convencional de apresentação. É composta por uma introdução ao tema seguida por dois artigos. No quadro teórico, buscou-se contextualizar o tema. Os aspectos metodológicos e os resultados são desenvolvidos individualmente por artigo, em decorrência da particularidade de cada operadora participante. Procurou-se analisar as mudanças provocadas no modo de produção do cuidado realizado por duas empresas da saúde suplementar atuantes no Estado do Espírito Santo: uma na modalidade Autogestão e outra na modalidade Medicina de Grupo.

Nessas operadoras, foram analisados os programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, estratégias estimuladas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e fundamentais para a consolidação de práticas de saúde cuidadoras e pautadas na integralidade. Espera-se que esse trabalho sirva de inspiração e orientação para o avanço e enriquecimento das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, a fim de qualificar a atenção e contribuir para a melhoria das condições de vida da população brasileira.

2 OBJETIVO

Analisar os programas de promoção da saúde e prevenção de doenças produzidos pelo Sistema Suplementar de Saúde no Estado do Espírito Santo a partir dos discursos operados nos espaços micropolíticos em que são fabricados os atos de cuidados de promoção da saúde e prevenção de doenças.

3 QUADRO TEÓRICO

3.1 A REGULAÇÃO DO SISTEMA SUPLEMENTAR DE SAÚDE NO BRASIL

A relação entre o sistema público e o privado de saúde no País sempre foi pouco clara, existindo muitas duplicidades e ineficiências na convivência dos dois setores. Apesar do conflito político-ideológico que os opõe e da ausência dessa definição clara de papéis e de mecanismos concretos de articulação, esses setores estão extremamente interligados e interdependentes e, conjuntamente, constituem o sistema de saúde brasileiro. Na Constituição de 1988, está posto que a saúde é um dever do Estado, e a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, de maneira que o setor privado oferece uma cobertura adicional aos bens e serviços, complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS) (CECHIN, 2008).

O Sistema Suplementar de Saúde constitui-se em um dos maiores mercados de compra e venda de serviços de saúde do mundo. Após as políticas de fortalecimento do modelo público da década de 1980, tanto o setor público quanto o privado expandiram-se consideravelmente. Nos anos 90, o setor público manteve seu ritmo de expansão, e houve uma relativa alta das taxas de crescimento dos planos e seguros de saúde privados (BAHIA; VIANA, 2002).

Em função desse aumento dos beneficiários de planos ocorrido após a década de 80 e 90, e com o crescente índice de insatisfação de diversos segmentos, a saúde suplementar ficou cada vez mais presente na agenda política do País, emergindo na pauta do governo a necessidade de um ordenamento jurídico-legal para o setor que incorporasse a regulamentação desse mercado privado e a definição das suas responsabilidades (SANTOS et al., 2008; MALTA et al., 2004).

Esse processo regulatório pode ser entendido como ações que definem a estrutura normativa e de referência capaz de estabelecer fronteiras e limites aos procedimentos dos agentes que ofertam e demandam o seguro saúde. O Estado, por meio de um órgão específico, estabelece o modo pelo qual a oferta e a demanda tenham suas práticas e expectativas respeitadas (ANDREAZZI, 2004), com o

objetivo de garantir a eficiência do mercado, para atingir o maior bem-estar possível de seus participantes, sejam eles consumidores, sejam produtores (CECHIN, 2008).

Para a regulamentação das operadoras e planos de saúde, foi criada, em 1998, a Lei nº 9.656, na qual foram estabelecidas regras, definidos padrões de oferta de serviços, medidas de saneamento dos planos, regras de ressarcimento ao SUS, dentre muitas outras importantes mudanças no setor suplementar (SANTOS et al., 2008). Anteriormente à edição dessa lei, os planos privados de assistência à saúde, com exceção das sociedades seguradoras, não seguiam nenhuma regulamentação específica (BRASIL, 2009).

No ano de 2000, foi instituída a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) como instância de regulação do setor, vinculada ao Ministério da Saúde e com autonomia financeira e decisória, tornando-se o órgão responsável pela regulação das atividades que garantem o funcionamento apropriado da intermediação do financiamento da assistência privada à saúde. Sua criação significou um passo importante na regulação do mercado, possibilitando estender o papel de regulação para o controle da assistência no setor e para as condições financeiras das empresas (OCKÉ-REIS, 2003; SANTOS et al., 2008).

Dessa forma, quando o Estado toma para si a incumbência das tarefas reguladoras, estas começam a ser fundamentadas no pressuposto de um reordenamento da produção privada, segundo a lógica da gestão de bens públicos, acompanhando o rumo das políticas de provimento e distribuição dos serviços públicos. Nesse contexto, torna-se necessário rever o painel de seleção de riscos utilizado pelos provedores de serviços de saúde e adequá-lo às demandas e necessidades dos clientes do SUS e dos planos de saúde (BAHIA; VIANA, 2002).

Compreende-se que o Sistema Suplementar sob a regulação do Estado atua como um sistema complementar ao SUS, e isso evidencia a necessidade do entendimento de como se estruturam os modelos assistenciais vigentes na saúde suplementar, identificando o modo como as operadoras de planos de saúde vêm se organizando para a oferta dos serviços de saúde, de forma a garantir a assistência com qualidade aos seus beneficiários, responsabilizando-se pelo processo saúde-doença da população (MALTA et al., 2004).

Além de regular a saúde financeira das operadoras, o direito dos beneficiários e a questão dos produtos, a ANS possui, como atribuição principal, a regulação do componente na perspectiva da produção da saúde. Para isso, há que se apostar em um novo enfoque regulador que considere a operadora como gestora do cuidado em saúde e responsável pelos resultados e pela qualidade da atenção prestada, para que seja construída uma atenção à saúde direcionada para a realização da integralidade na produção das ações de saúde, na qual o setor suplementar deve ter uma agenda partilhada e articulada com o SUS (BRASIL, 2009).

Um importante passo para o setor é o programa de qualificação de operadoras da ANS, que consiste na aplicação do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), composto por indicadores que avaliam e classificam as operadoras nos aspectos atenção à saúde, econômico-financeiro, estrutura e operação e satisfação do beneficiário (CECHIN, 2008). Esse programa é um convite para que os atores envolvidos nessa área realizem ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, observem os princípios de integralidade e resolubilidade, tenham uma concepção de inclusão de todos os profissionais de saúde, respeitem o controle social e estejam articulados com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009).

3.2 SENTIDOS DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: INTERROGANDO AS PROPOSTAS EM DISPUTA

No tensionamento entre o projeto da Reforma Sanitária e o projeto privatista, a relação que vai se desenhando entre o público e o privado conforma um modelo de atenção à saúde no País fragmentado, segmentado, desigual, orientado pela lógica mercantilista e que traz fortes rebatimentos para a consolidação do SUS (HEIMANN et al., 2006). O modelo hospitalocêntrico, com suas práticas médico-centradas e curativas, sustentado pelo paradigma da biomedicina, caracteriza-se por baixa eficácia, predomínio de interesses privatistas e pela existência de mecanismos gerenciais e financeiros que dificultam a racionalização do sistema (CARVALHO, 2007).

A resposta a essa situação tem suporte na matriz teórico-conceitual do campo da saúde coletiva, no qual incorpora a concepção dos determinantes e condicionantes

sociais do processo saúde-doença, em que são enfatizados aspectos ideológicos, culturais e psicológicos da vida em sociedade, valorizando temáticas, como o agenciamento humano, a produção do sujeito e a emancipação social (CASTRO; MALO, 2006; CARVALHO, 2007).

Ao considerarmos o processo saúde-doença como o conjunto de relações e variáveis que produz e condiciona o estado de saúde e doença de uma população e que se modifica nos diversos momentos históricos e do desenvolvimento científico da humanidade (ALMEIDA et al., 1998), vemos a importância das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, assinalando um novo paradigma no qual a doença não é vista como fatalidade, mas que ressignifica a saúde para além de uma questão científico-tecnológica e incorpora o sistema de cuidados de base filosófica e política, (LEFEVRE; LEFEVRE, 2004).

Observa-se que a saúde e a doença fazem parte de um mesmo processo, composto por fatores biológicos, econômicos, culturais e sociais, o que nos leva a entender a doença, sofrimento ou problema relacionado à saúde como categorias socialmente construídas. Há uma determinação permanente, um processo causal, que se identifica com o modo de organização da sociedade, evidenciando a necessidade de as ações de saúde atuarem de forma articulada e integral nas ações de promoção da saúde, prevenções primária, secundária e terciária, com redução dos riscos de doença, sequelas e óbitos (ALMEIDA et al., 1998; CARVALHO, 2007).

Resgatando o conceito ampliado de saúde da Reforma Sanitária Brasileira, tem-se a crítica ao modelo biologicista prevalecente na Medicina hegemônica, que supera a ausência de doença e desvia a atenção para sua produção social. Essa questão conceitual também é expressa no cotidiano dos serviços, em que se identificam fragilidades e impotências na dimensão do cuidado, da atenção e no encaminhamento de soluções de problemas que acometem a saúde (CASTRO; MALO, 2006).

Pode-se afirmar que, quanto mais distantes da lógica dos modelos assistencial e sanitaria estiverem os processos saúde-doença, maior será a necessidade de serem construídas práticas alternativas e intersetoriais que superem seus limites intrínsecos. Dessa forma, avançar nas práticas intersetoriais e de relação com a sociedade é de grande importância para que critérios sanitários estejam cada vez

mais presentes no conjunto dos processos decisórios das políticas públicas que afetam a saúde das populações, superando a concepção biológica e medicalizante da doença e internalizando a ideia de saúde como critério central dos modelos de desenvolvimento do País (PORTO; LACAZ, 2003).

Tais fatos evidenciam a necessidade de articulação com os demais serviços públicos e com a sociedade civil, julgando-se necessário avançar nas práticas intersetoriais (processos sociopolíticos, socioeconômicos, culturais, tecnológicos, produtivos, legais, institucionais) e de relação com a sociedade. Esse pode ser um meio de mobilização para a convergência de políticas e práticas sociais para a produção de qualidade de vida e saúde dos indivíduos e coletividades, para que os critérios de saúde estejam cada vez mais presentes no conjunto dos processos decisórios e nas políticas públicas que afetam a saúde das comunidades (MACHADO; PORTO, 2003; CASTRO; MALO, 2006). Nesse contexto, torna-se fundamental que seja operado um novo formato no modelo assistencial vigente no Sistema Suplementar de Saúde, e que este seja comandado por um processo de trabalho cuidador, evitando-se a fragmentação do cuidado. Também a prática deve ser centrada no estímulo à promoção da saúde e prevenção de doenças, referenciada no vínculo e na responsabilização (MALTA et al., 2004).

3.3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS: DILEMAS, PROBLEMAS E DISPUTAS EM AÇÃO

A Carta de Ottawa (BRASIL, 2002) sugere que a reorientação dos serviços de saúde deve efetivar-se a partir da ampliação dos enfoques curativo e clínico e do fortalecimento de ações voltadas para a promoção da saúde e prevenção de doenças que apontem para uma prática integral em saúde. Isso demonstra a necessidade das mudanças de atitudes dos profissionais, e que estas sejam alcançadas por processos educativos, de treinamentos e de novos formatos organizacionais (CARVALHO, 2007).

Em sua pesquisa a respeito do panorama das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças no setor suplementar de saúde (BRASIL, 2008), a ANS constatou que a temática da promoção e prevenção está sendo incorporada às

ações das operadoras. O atual número de operadoras que desenvolvem esses programas representa um resultado bastante significativo, tendo em vista que a introdução do tema é recente em um setor cuja tônica tem sido os aspectos econômico-financeiros e o pagamento de procedimentos realizados.

Não há dúvidas do crescimento dessas ações no setor, mas cabe destacar o estudo realizado por Malta et al. (2004), que constata que o modo de operar a assistência tem se tornado centrado na produção de atos desconexos, pois as operadoras não trabalham com a produção da saúde, mas com a ideia de evento/sinistralidade (relação entre eventos e contraprestações). Mesmo quando se investe em atividades de promoção e prevenção, esse componente entra mais como produto de *marketing* do que como diretriz do modelo assistencial, visando de fato ao cuidado à saúde.

Surge, então, a dúvida: atualmente, o setor suplementar de saúde tem privilegiado o *marketing* ou, pela dinâmica da ressignificação produtiva, tem incorporado gradativamente novos processos de reestruturação produtiva que apontam para a temática deste estudo?

Acredita-se que os dois processos estão em disputa em nossa sociedade, uma vez que a situação de crise de financiamento mundial tem repercussões que obrigam a redirecionar esses processos, inclusive os que aparentemente têm outros significados para a saúde suplementar nas formas de produção da saúde. O setor sente a pressão dos altos custos de financiamento dos serviços e busca intervir sobre o problema incorporando gradativamente novos processos de reestruturação produtiva, a partir de uma lógica administrativo-racionalizadora (FRANCO; MERHY, 2009).

Na tentativa de diversificação das tecnologias de cuidado nos processos produtivos, são trazidas para os projetos terapêuticos ações até então pouco usuais como meios para uma nova relação com o campo de necessidades dos usuários, a exemplo, a promoção e a prevenção, nas quais a preocupação com o autocuidado se coloca na possibilidade da obtenção de melhores resultados em relação à saúde, abrindo a perspectiva de autonomizar o usuário, reduzindo conseqüentemente os riscos de agravos (FRANCO, 2003; FRANCO; MERHY, 2009).

Com relação aos conceitos de promoção da saúde e prevenção de doenças, estes vêm sendo elaborados por diferentes protagonistas, em diversas conjunturas e

formações sociais ao longo dos últimos anos, de maneira que inúmeros eventos internacionais, publicações de caráter conceitual e resultados de pesquisas têm contribuído para aproximações a conceitos e práticas mais precisos para esse campo (BUSS, 2000).

São numerosas as definições existentes para a promoção da saúde e prevenção de doenças, de forma que Carvalho (2007, p. 58) explica que “[...] esta diversidade deve-se a diferentes considerações políticas, sociais e teóricas, tornando impossível uma definição única e universalmente aceita”, de maneira que variam de acordo com os objetivos, a população-alvo, o foco e o tipo de intervenção.

Ainda nesse contexto, a variabilidade dos conceitos depende do conjunto de valores aos quais estão associados: qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros. Referem-se também e se modificam de acordo com uma combinação de estratégias: ações do Estado, da comunidade, de indivíduos, do sistema de saúde e de parcerias intersetoriais (BUSS, 2003).

Para delimitar sua abordagem e direcionar o estudo, é fundamental a compreensão do conceito. Para isso, foram utilizados aqui diversos autores além dos abordados pela ANS em seus estudos a respeito do tema, que referencia principalmente Buss (2003), a Carta de Ottawa (BRASIL, 2002) e Czeresnia (2003).

A promoção da saúde moderna tem como marco inaugural o Relatório Lalonde, publicado no Canadá, em 1974 (CARVALHO, 2007), e o seu moderno conceito vem acontecendo desde a I Conferência de Promoção da Saúde, em 1986, na qual foi aprovada a Carta de Ottawa (WESTPHAL, 2006), que representou o consenso alcançado por 212 participantes de 35 países presentes (CARVALHO, 2007) e definiu a promoção da saúde como “[...] o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle do processo” (BRASIL, 2002, p. 9).

Baseando-se nessa definição, Fleury-Teixeira et al. (2008) esclarecem que se trata de um conceito positivo que enfatiza recursos sociais e pessoais, assim como capacidades físicas. Portanto, promoção de saúde não é apenas responsabilidade de um setor, vai além dos estilos de vida saudáveis para o bem-estar, é a atuação para ampliar o controle ou domínio dos indivíduos e comunidades sobre os

determinantes de sua saúde. Dessa forma, promover saúde alcança uma abrangência muito maior do que a circunscrita no campo específico da saúde, incluindo o ambiente em sentido amplo, atravessando a perspectiva local e global, além de incorporar elementos físicos, psicológicos e sociais (CZERESNIA, 2003).

Já as ações de prevenção podem ser definidas como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. A base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno. Seu objetivo é o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos (CZERESNIA, 2003).

As ações de prevenção ainda podem ser divididas em três níveis. O nível da prevenção primária procura prevenir a morbidade, com a diminuição dos fatores de risco ou do aumento dos fatores de proteção. Por conseguinte, quando se atua na prevenção secundária, pretende-se detectar a doença tão precocemente quanto possível, de modo a maximizar as probabilidades de um tratamento eficaz ou de cura da doença. Por último, a prevenção terciária atua ao nível do controle ou da cura de uma doença pela aplicação do tratamento oportuno logo após o seu diagnóstico (DIAS et al., 2004).

É importante considerar as diferenças entre promoção e prevenção. A prevenção é toda medida que, tomada antes do surgimento ou agravamento de uma dada condição mórbida ou de um conjunto dessas condições, vise a afastar a doença do doente ou vice-versa, para que tal condição não se manifeste ou manifeste-se de forma menos grave ou mais branda nos indivíduos e nas coletividades. Por outro lado, a promoção caracterizaria uma intervenção ou conjunto de intervenções que teria como horizonte ou meta ideal a eliminação permanente da doença, ou pelo menos duradoura, porque buscaria atingir suas causas básicas, e não apenas evitar que as doenças se manifestem (LEFEVRE; LEFEVRE, 2004).

Buss (2003) e Czeresnia (2003) consideram a promoção e a prevenção como enfoques complementares ao processo saúde-doença e esclarecem que a linha divisória entre seus conceitos é um ponto crítico, pois o conteúdo teórico entre esses dois enfoques se diferencia com mais precisão do que as respectivas práticas, de

forma que a radicalidade da diferença entre promoção e prevenção raramente é afirmada ou exercida de modo explícito.

As ações de promoção e prevenção são um modo de pensar e operar que, articulado com as demais estratégias e políticas de saúde, contribuem para a construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde. Atuar por meio dessas perspectivas significa comprometer-se com sujeitos e coletividades que expressem crescente autonomia e capacidade para gerenciar satisfatoriamente os limites e os riscos impostos pela doença, pela constituição genética e pelo contexto sociopolítico e cultural (CAPONI, 2003).

3.4 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS: DISPOSITIVOS BIOPOLÍTICOS, CAPTURAS E PRODUÇÃO DA VIDA

Nesta pesquisa, entende-se que os programas de promoção da saúde e prevenção de doenças na saúde suplementar podem estar atuando como produtores de dispositivos biopolíticos. Dispositivo compreendido como um campo de linhas e correlações, que possui capacidade de capturar, orientar, determinar, modelar, controlar e assegurar os gestos, as condutas e as opiniões. Biopolítico porque se trata de um dispositivo cuja finalidade é produzir a vida ou formas de vida determinadas, combinando tecnologias de disciplina centradas no corpo individual e tecnologias de segurança dirigidas às populações (FOUCAULT, 1999; AGAMBEN, 2006).

O tema da biopolítica, no interior de uma estratégia mais ampla, o biopoder, foi desenvolvido no fim do século XVIII e durante todo o século XIX e se constitui em uma nova estratégia de poder, na qual o Estado tem essencialmente a função de incumbir-se da vida, de organizá-la, de multiplicá-la, de compensar suas eventualidades, de percorrer e delimitar suas chances e possibilidades biológicas. O Estado assume o que poderia ser chamado de poder de regulamentação e que consiste em “fazer viver e deixar morrer”, em substituição ao princípio soberano de “fazer morrer e deixar viver” (FOUCAULT, 1999).

Essa transformação não chega a ser uma substituição, mas completa o velho direito de soberania com outro direito novo, que Foucault evidencia (1999, p. 287): “[...] não

vai apagar o primeiro, mas vai penetrá-lo, perpassá-lo, modificá-lo, e que vai ser um direito, ou melhor, um poder exatamente inverso: poder de ‘fazer’ viver e de ‘deixar’ morrer”.

A biopolítica é centrada, prioritariamente, nos mecanismos do ser vivo e nos processos biológicos. Tem por objeto a população, uma massa global afetada por processos de conjunto. Designa a entrada do corpo e da vida, bem como de seus mecanismos, no domínio dos cálculos explícitos do poder, fazendo do poder-saber um agente de transformação da vida humana (PELBART, 2003).

Nos últimos anos, ocorreu uma inversão conceitual e política, assumindo um aspecto positivo, no qual a biopolítica não mais é o poder sobre a vida, mas a potência da vida. Pelbart (2003), por meio do diálogo que estabelece com Foucault, aponta que, quando o poder já não incide sobre um território, mas sobre uma população, a vida biológica e a saúde da nação tornam-se problemas políticos.

Tal proposição segue em consonância com a reflexão de Pogrebinschi (2004) a respeito do conceito foucaultiano de poder, que esclarece que, se o poder consiste em relações de força, múltiplas e móveis, desiguais e instáveis, é evidente que ele não pode emanar de um ponto central (Estado), mas sim de instâncias periféricas localizadas. Dessa forma, o poder está, ao mesmo tempo, em todos os pontos do suporte móvel das correlações de força que o constitui; está em toda parte, na relação de um ponto com outro, enfim, multiplica-se e provém, simultaneamente, de todos os lugares.

O biopoder não intervém no indivíduo, no seu corpo, como faz o poder disciplinar; ao contrário, intervém exatamente naqueles fenômenos coletivos que podem atingir a população e afetá-la. Disso decorre que é preciso estar constantemente medindo, prevendo, calculando tais fenômenos e, para isso, o biopoder cria alguns mecanismos reguladores que lhe permitam realizar tais tarefas (POGREBINSCHI, 2004).

O que se procurou analisar neste estudo é se essas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças estão sendo operadas como dispositivos biopolíticos, regulando a vida e ditando certos modos de como viver, observando também se essas ações estariam atuando com o que Foucault (2004, p. 119) denomina de política das coerções “[...] uma manipulação calculada de seus elementos, de seus

gestos, de seus comportamentos”, com o intuito de aumentar as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade – reprodução da força de trabalho) e diminuir essas mesmas forças (em termos políticos de obediência), ou seja, ações que buscam fabricar corpos submissos e exercitados, corpos “dóceis” (FOUCAULT, 2004).

Além de se pensar a biopolítica como a forma de ditar a maneira de viver, há de se considerar também a ressignificação conceitual e política dada por Pelbart (2003) e por diversos teóricos italianos para o termo da biopolítica, no qual esta não é mais o *poder sobre a vida*, mas a *potência da vida*. Nesse sentido, a biopolítica deixa de ser prioritariamente a perspectiva do poder e de sua racionalidade refletida tendo por objeto passivo o corpo da população e suas condições de reprodução. A própria vida deixa de ser definida apenas a partir dos processos biológicos que afetam a população, “[...] a vida agora inclui a sinergia coletiva, a cooperação social e subjetiva no contexto de produção material e imaterial contemporânea, o intelecto geral” (PELBART, 2003, p. 83).

Ao descolar dessa concepção predominantemente biológica, esse termo ganha uma amplitude inesperada e passa a significar uma virtualidade molecular da multidão, energia, desejo, poder de afetar e ser afetado. Deixa assim de ter um sentido negativo de uma dimensão de disciplina e controle e incorpora um sentido positivo, com dimensão intensiva, ontológica e constitutiva (PELBART, 2003). Na biopotência, essa nova biopolítica é produto dos sujeitos e dos grupos, que tem em si uma potência, colocando em evidência a reação dos sujeitos, a resistência a certas prescrições que possam vir ditando as formas de vida, sendo possível ter uma nova produção de vida, novas formas de se viver, sem estar necessariamente preso ao que está prescrito.

4 METODOLOGIA

Esta dissertação privilegia a abordagem qualitativa, com foco na micropolítica do processo de trabalho, tendo como lugar de produção das ações os programas de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Organiza-se a partir de debates teóricos e dois artigos, cuja metodologia está descrita individualmente por artigo, com particularidades dos procedimentos utilizados em cada operadora. Nos artigos são analisados os programas de promoção da saúde e prevenção de doenças realizados por duas empresas do Sistema Suplementar de Saúde, atuantes no Estado do Espírito Santo.

Para a fundamentação na construção dos artigos, foi elaborado um quadro teórico abrangendo a regulação do Sistema Suplementar de Saúde, os sentidos do processo saúde-doença, dilemas, problemas e disputas das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e os dispositivos biopolíticos como possíveis capturas de produção da vida por meio desses programas.

O primeiro artigo analisa os programas de uma operadora na modalidade Autogestão, e o segundo, os programas de uma empresa na modalidade Medicina de Grupo. Ambas foram selecionadas tendo como critério o fato de se constituírem nas operadoras atuantes no Estado do Espírito Santo que, em sua modalidade (Autogestão e Medicina de Grupo), se encontram dentre as que possuem o maior número de associados inscritos. Cabe aqui relatar sucintamente as diferenças metodológicas entre os dois artigos.

SUJEITOS DA PESQUISA

No primeiro artigo, participaram do estudo seis trabalhadores dos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças da operadora na modalidade Autogestão. Foram entrevistados o gestor da operadora, os dois coordenadores dos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças e três trabalhadores da equipe.

No segundo artigo, participaram do estudo um beneficiário e três trabalhadores de saúde dos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças da operadora na modalidade Medicina de Grupo. Foram entrevistados o coordenador do programa e dois trabalhadores da equipe, um participante direto da assistência e um auxiliar administrativo. Para a captação do beneficiário, foi solicitado aos trabalhadores que indicassem um caso traçador, caracterizado como aquele usuário mais inserido, questionador, implicado e reivindicador que participa ou que tenha participado do programa de promoção da saúde e prevenção de doenças.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Para a escolha dos trabalhadores nas operadoras, buscando refletir a totalidade das múltiplas dimensões dos programas, foi utilizada a técnica de inclusão progressiva de segmentos da empresa, a partir das descobertas do campo, até ser delineado o quadro empírico necessário para a pesquisa (MINAYO et al., 2005), obtendo-se assim atores de diferentes formações e funções.

Na empresa Autogestão, foram incluídos trabalhadores da equipe que atuavam, no mínimo, há quatro anos no programa. Já na empresa Medicina de Grupo, foram incluídos trabalhadores com o tempo mínimo de dois anos. Com esses critérios, buscou-se trabalhadores que já compreendessem e vivenciassem os passos a serem apreendidos ou captados. A diferença no período, como critério de inclusão, ocorreu em função do perfil das operadoras. Ao adentrar no campo, foram percebidas as diferenças nos vínculos entre a empresa e os trabalhadores das operadoras de Medicina de Grupo e Autogestão. Pela característica da operadora de

Autogestão (empresa que não visa a lucro), há uma menor rotatividade dos trabalhadores, com predomínio de profissionais com longos vínculos com a empresa.

COLETA DE DADOS

Para o levantamento das informações, foram desenvolvidos quatro roteiros semiestruturados para auxiliar na coleta de dados (APÊNDICES D, E, F e G), cada um direcionado para a função desempenhada pelo profissional na operadora (gestor, coordenador e trabalhador da equipe) e um foi voltado para o beneficiário. Inicialmente, foi realizado um pré-teste dos instrumentos de pesquisa em outra operadora selecionada. Todas as entrevistas foram gravadas em voz e posteriormente transcritas para análise. Os dados foram coletados na sede das empresas pelo autor da pesquisa no período de abril a julho de 2009.

ANÁLISE DOS DADOS

Para o desvelamento dos discursos sobre os temas que emergiram dos sujeitos implicados na pesquisa, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2008, p. 44), definida como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/percepção destas mensagens.

Todas as etapas foram respeitadas, incluindo a pré-análise e exploração do material, o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação do discurso, buscando atingir um maior grau de profundidade.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, registrada com o número 156/08 (ANEXO A). Foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual os sujeitos da pesquisa, após terem sido devidamente esclarecidos sobre a investigação, manifestaram anuência à sua participação. A privacidade e a confidencialidade dos dados coletados e todos os procedimentos éticos atinentes à pesquisa foram rigorosamente cumpridos.

5 REFERÊNCIAS

- 1 AGAMBEN, G. **O que é um dispositivo?**. Tradução de Nilcéia Valdati. Santa Maria - RS: Palloti, 2006.
- 2 ALMEIDA, E.S. de; CASTRO, C.G.J. de; LISBOA, C.A. O conceito de saúde e do processo saúde-doença. In:_____. **Distritos sanitários: concepção e organização**. São Paulo: FSP/USP, 1998. p.11-13.
- 3 ANDREAZZI, M. F. S. Mercado de saúde suplementar: amplitudes e limites na arena da regulação. In: MONTONE J.; WERNECK A. (Org.). **Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2004. v. 3, p.121 - 146.
- 4 BAHIA, L.; VIANA, A. L. Introdução. In: BRASIL. **Regulação e saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2002.
- 5 BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2008.
- 6 BRASIL. **Programa de Qualificação da Saúde Suplementar: nova perspectiva no processo de regulação**. Texto-base. Rio de Janeiro: ANS, 2009.
- 7 BRASIL. Ministério da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília-DF, 2002.
- 8 BRASIL. **Panorama das ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças no setor suplementar de saúde**. Rio de Janeiro: ANS, 2008.
- 9 BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p.163-177, 2000.
- 10 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: editora Fiocruz, 2003. p.15-38.

- 11 CAPONI, S. A. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 55-77.
- 12 CARVALHO, Sérgio Resende. **Saúde coletiva e promoção da saúde**: sujeito e mudança. São Paulo: Hucitec, 2007.
- 13 CASTRO, A.; MALO, M. **SUS**: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec: OPAS, 2006.
- 14 CECHIN, José (Org.). **A história e os desafios da saúde suplementar**: 10 anos de regulação. São Paulo: Saraiva, 2008.
- 15 CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p.39-53.
- 16 DIAS, M. R. et al. Promoção da saúde: o renascimento de uma ideologia? **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 22, n. 3, p. 463-473, 2004.
- 17 FLEURY-TEIXEIRA, P. et al. Autonomia como categoria central no conceito de promoção da saúde. **Rev. Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 2115-2122, 2008. Supl. 2.
- 18 FRANCO, T. B. **Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde**: um olhar a partir do cartão nacional de saúde. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.
- 19 FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde**. Disponível em: <http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/reestruturacao_produtiva_e_transicao_tecnologica_na_saude_emerson_merhy_tulio_franco.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2009.
- 20 FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- 21 FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Tradução de Raquel Ramallete. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

- 22 HEIMANN, L. S.; ILBANHES, L. S.; BARBOZA, R. (Org.). **O público e o privado na saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 2005. Resenha de CAVALCANTI, C. P. N. O público e o privado na saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.11, n. 3, p. 847-849, 2006.
- 23 LEFEVRE, F.; LEVEFRE, A. M. C. **Promoção de saúde: a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2004.
- 24 LIMA, R. C. D. **A Enfermeira: uma protagonista que produz o cuidado no cotidiano do trabalho em saúde**. Vitória: EDUFES, 2001.
- 25 MACHADO, J. M. H.; PORTO, M. F. S. Promoção da saúde e intersectorialidade: a experiência da vigilância em saúde do trabalhador na construção de redes. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 12, n. 3, p.121-130, 2003.
- 26 MALTA, D.C. et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 433-444, 2004.
- 27 MINAYO, M. C. S. et al. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 71-103.
- 28 OCKÉ-REIS, C. O. A regulação dos planos de saúde no Brasil: uma gestão sem política? In: JORNADA DE ECONOMIA DA SAÚDE, 1., 2003, São Leopoldo (RS). **Anais**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Economia da Saúde, 2003.
- 29 PELBART, P. P. **Vida capital: ensaios de biopolítica**. São Paulo: Iluminuras, 2003.
- 30 POGREBINSCHI, T. Foucault, para além do poder disciplinar e do biopoder. **Lua Nova**. Revista de Cultura e Política, São Paulo, v. 63, p. 129-202, 2004.
- 31 PORTO, M. F. S.; LACAZ, F. A. C. Promoção da saúde e intersectorialidade: contribuições e limites da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 192-206, 2003.

- 32 SANTOS, F. P.; MALTA, D. C.; MERHI, E. E. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 5, p. 1463-1475, 2008.
- 33 WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 635-668.

6 ARTIGOS

6.1 ARTIGO 1: A PROMOÇÃO DA SAÚDE E A PREVENÇÃO DE DOENÇAS COMO POSSIBILIDADES DE MUDANÇAS NAS PRÁTICAS DE CUIDADO: AS INTERFACES DOS DISPOSITIVOS BIOPOLÍTICOS

A PROMOÇÃO DA SAÚDE E A PREVENÇÃO DE DOENÇAS COMO POSSIBILIDADES DE MUDANÇAS NAS PRÁTICAS DE CUIDADO: AS INTERFACES DOS DISPOSITIVOS BIOPOLÍTICOS

RESUMO

O Sistema Suplementar de Saúde e o Sistema Único de Saúde (SUS) estão interligados e interdependentes. Quando esses sistemas seguem na mesma direção, há uma colaboração produtiva no que se refere a políticas públicas e mecanismos racionais de incorporação de tecnologia. A promoção e a prevenção há muito estão em pauta no SUS, evidenciando a necessidade do aprofundamento de como essas ações se estruturam na saúde suplementar. Esta pesquisa é um estudo de caso que privilegia a abordagem qualitativa e objetiva analisar o modo como se produz a atenção dos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças em uma empresa de Autogestão, observando se esses atos estão sendo operados como dispositivos biopolíticos. Utiliza os discursos dos trabalhadores de saúde dos programas, coletados a partir de roteiros semiestruturados e desvendados na técnica de análise de conteúdo. Nos resultados é mostrada a organização do processo de trabalho e como o programa se estrutura com ações integrais e forte adesão dos profissionais a esse modelo. As ações dos programas têm atuado como dispositivos biopolíticos, ditando formas de viver. Esses dispositivos biopolíticos, quando exercidos de maneira coerente, contribuem para a autonomia dos indivíduos e para a racionalização de custos da operadora.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde suplementar; promoção da saúde; prevenção de doenças; processo de trabalho; biopolítica.

THE HEALTH PROMOTION AND DISEASE PREVENTION AS INNOVATION
POSSIBILITIES IN THE CARE PRACTICE: THE DIMENSION OF THE BIOPOLITIC
DEVICE

ABSTRACT

The Supplementary Health System and the Public Health System are interconnected and independent. When these systems are in the same direction, there is a productive partnership on public politics and technology incorporation of rational mechanisms. The promotion and prevention have been on the Public Health System's schedule for a long time, exposing the need to intensify the way in which these actions structure supplementary health. This research is a study that emphasizes the approach quality, and the goal is to analyze the way the attention of health promotion and disease prevention programs are produced in a self-management company, and if these actions are being used as a biopolitics device. In order to do that, health care professionals give a speech, collected by semi-structured scripts and revealed by a technique to analyze content. As a result of this work process an organization can be seen in how the professionals strategize the program with actions and strong adhesion to this model. This program's actions have been acted as biopolitics devices, dictation ways to live. These biopolitics devices, when performed in the correct manner, contribute to the individual autonomy and rationalization of expenses of the operator.

KEYWORDS: Supplemental health; health promotion; disease prevention; work process; biopolitic.

INTRODUÇÃO

A relação entre o sistema público e o privado de saúde no País sempre foi pouco clara, existindo muitas duplicidades e ineficiências na convivência dos dois setores. Apesar do conflito político-ideológico que os opõe e da ausência da definição clara de papéis e mecanismos concretos de articulação, esses setores são extremamente interligados e interdependentes e, conjuntamente, constituem o sistema de saúde brasileiro. Na Constituição de 1988, está posto que a saúde é dever do Estado, e a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, de maneira que o setor privado oferece uma cobertura adicional aos bens e serviços, complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS)¹.

Após as políticas de fortalecimento do modelo público da década de 1980, tanto o setor público quanto o privado expandiram-se consideravelmente. Nos anos 90, o setor público manteve seu ritmo de expansão, e houve uma relativa alta das taxas de crescimento dos planos e seguros de saúde². Em função desse aumento, e com o crescente índice de insatisfação de diversos segmentos, emerge na pauta do governo a necessidade de um ordenamento jurídico-legal para o setor que incorporasse a regulamentação desse mercado privado e a definição de suas responsabilidades^{3, 4}.

Em 1998, foi criada a Lei nº 9.656, estabelecendo regras, padrões de oferta de serviços, medidas de saneamento dos planos e outras importantes mudanças no setor complementar³. No ano de 2000, foi instituída a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vinculada ao Ministério da Saúde e com autonomia financeira e decisória, tornando-se o órgão responsável pela regulação das atividades que garantem o funcionamento apropriado da assistência privada à saúde^{3, 5}.

Quando o Estado toma para si a incumbência das tarefas reguladoras, estas começam a ser fundamentadas no pressuposto de um reordenamento da produção privada, acompanhando o rumo das políticas de provimento e distribuição dos serviços públicos. Neste contexto, torna-se necessário rever o processo de seleção de riscos utilizado pelos provedores de serviços de saúde e como se estruturam os modelos assistenciais vigentes na saúde suplementar, identificando o modo como as operadoras de planos de saúde vêm se organizando para a oferta dos serviços de

saúde, para adequá-los às demandas e necessidades dos beneficiários, visando a garantir assistência com qualidade^{2, 4}.

Além de regular a saúde financeira das operadoras, o direito dos beneficiários e a questão dos produtos, a ANS possui, como atribuição principal, a regulação do componente na perspectiva da produção da saúde. Para isso, há que se apostar em um novo enfoque regulador que considere a operadora como gestora do cuidado em saúde e responsável pelos resultados e pela qualidade da atenção prestada, na busca da integralidade na produção das ações de saúde, na qual o setor suplementar deve ter uma agenda partilhada e articulada com o SUS⁶.

Com o objetivo de promover a mudança do modelo assistencial vigente no sistema de saúde suplementar (hegemônico e com enfoque biologicista) para um modelo que utilize o cuidado integral como eixo condutor das ações de saúde, a ANS passa a estimular o desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, responsabilizando as operadoras pela gestão da saúde dos seus beneficiários, visando à melhoria da qualidade de vida⁷. Tais programas impactam positivamente na prática discursiva e no *marketing* de diversas operadoras e, mesmo avaliando que essa prática ainda não conseguiu se estabelecer como uma das ações principais dentro do modelo de atenção dessas empresas, ganham cada vez mais espaço, contanto, inclusive, com incentivos da ANS^{1, 3}. Surge, então, a dúvida: atualmente o setor suplementar de saúde tem privilegiado o *marketing* ou, pela dinâmica da resignificação produtiva, tem incorporado gradativamente novos processos de reestruturação produtiva que apontam para a temática deste estudo?

Acredita-se que os dois processos estão em disputa em nossa sociedade, uma vez que a situação de crise de financiamento mundial tem repercussões que obrigam a redirecionar esses processos. O setor vem se ressentindo da pressão dos altos custos de financiamento dos serviços de saúde e tem buscado intervir sobre o problema a partir de uma lógica administrativo-racionalizadora, na qual as ações de promoção e prevenção podem atuar como fortes aliadas⁸.

As operadoras de planos de assistência à saúde são as empresas e entidades que atuam no setor de saúde suplementar e são classificadas em oito modalidades: Administradora, Cooperativa Médica, Cooperativa Odontológica, Autogestão, Medicina de Grupo, Odontologia de Grupo, Filantropia e Seguradoras

Especializadas em Saúde¹. Este trabalho objetiva analisar as mudanças provocadas no modo de produção do cuidado realizado por uma empresa na modalidade Autogestão atuante no Espírito Santo. Para tal, examina os programas de promoção da saúde e prevenção de doenças desenvolvidos a partir dos discursos operados nos espaços micropolíticos em que os trabalhadores dos programas produzem esses atos.

As entidades no modelo Autogestão operam o segmento não comercial do mercado de planos e seguros, constituído por planos próprios patrocinados ou não pelas empresas empregadoras. Atualmente totalizam 253 empresas no País, e possuem aproximadamente 5,3 milhões de beneficiários⁹.

O que se pretende analisar com essa operadora é se as ações de promoção e prevenção estão sendo operadas como dispositivos biopolíticos, regulando a vida e ditando certos modos de viver. Observa-se também se estariam atuando com o que Foucault^{10:119} denomina “política das coerções”, uma manipulação calculada dos gestos e comportamentos, com o intuito de aumentar as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminuir essas mesmas forças (em termos políticos de obediência), ou seja, ações que buscam fabricar corpos submissos, exercitados e dóceis.

METODOLOGIA

Esta pesquisa é um estudo de caso de caráter qualitativo, com foco na micropolítica do processo de trabalho, tendo como lugar de produção das ações os programas de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Participaram do estudo seis trabalhadores de saúde dos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças de uma operadora de Autogestão que atua no Estado do Espírito Santo, segundo cadastro da ANS. Para a escolha dos trabalhadores, buscando refletir a totalidade das múltiplas dimensões dos programas, foi utilizada a técnica de inclusão progressiva de segmentos da empresa, a partir das descobertas do campo, até ser delineado o quadro empírico necessário para a pesquisa¹¹, obtendo-se assim atores de diferentes formações e funções. Seguindo esse processo, primeiramente foi entrevistado o gestor regional da operadora, que indicou os dois coordenadores dos programas, que, por sua vez, citaram três trabalhadores da equipe, estes seguindo o critério de inclusão de atuarem há, no mínimo, quatro anos no programa, já compreendendo e vivenciando os passos a serem apreendidos ou captados. A operadora foi selecionada tendo como critério atuar no modelo de Autogestão (empresa que não visa a lucro) que, nessa modalidade, se constitui em uma das operadoras que possui o maior número de associados inscritos no Estado.

Todo e qualquer trabalhador que exercia atividades nessas operadoras nos programas de promoção e prevenção foi considerado trabalhador de saúde e pôde ser incluído na pesquisa, pois o fato que determina a sua vinculação não é necessariamente a formação ou capacitação, mas sim a atividade realizada no setor saúde¹².

Para o levantamento das informações, foram desenvolvidos três roteiros semiestruturados para a coleta de dados, cada um direcionado para a função desempenhada pelo profissional na operadora (gestor, coordenador e trabalhador da equipe). Inicialmente foi realizado um pré-teste dos instrumentos de pesquisa em outra operadora selecionada. Todas as entrevistas foram gravadas em voz e posteriormente transcritas para a análise. Os dados foram coletados na sede da empresa pelo autor da pesquisa no período de abril a julho de 2009.

Para o desvelamento dos discursos sobre os temas que emergiram dos sujeitos implicados na pesquisa, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo^{13:44}, definida como: “Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/percepção destas mensagens.”

Esta pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo, com número de registro 156/08. Foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual os sujeitos da pesquisa manifestaram a anuência à sua participação. Todos os procedimentos éticos atinentes à pesquisa foram rigorosamente cumpridos.

RESULTADOS

A análise do modo de produção do cuidado dos programas de promoção e prevenção da operadora está dividido em quatro eixos temáticos. Primeiramente foram abordadas as bases para a construção e desenvolvimento dos programas na empresa. Em seguida, aprofundou-se no itinerário do beneficiário e na configuração do processo de trabalho, desvendando qual a composição da equipe produtora dessa assistência diferenciada e o fluxo das ações. Partiu-se, então, para a explicação dos vínculos dos profissionais na empresa e como se identificam com esse processo de trabalho. Por fim, foi realizada a análise observando em que medida esses programas têm sido produtores ou não de dispositivos biopolíticos e as implicações dessas formas de organização do modo de produzir saúde.

A CONSTRUÇÃO DE MODOS DE PRODUÇÃO DO CUIDADO

O surgimento do programa se deu principalmente em função de a empresa ter uma carteira de beneficiários composta por maioria de idosos, o que pode ser corroborado com o próprio processo de envelhecimento da população, conforme apontam dados demográficos em nosso país. A operadora ainda se depara com uma situação muito particular em relação aos seus associados: o perfil dos seus beneficiários: *“Todos são do serviço público, que ficou longos anos sem contratação de servidores. Os que estavam, estavam já com mais de 50 anos, e eles têm direito de colocar pai e mãe”; “[...] não tem nenhuma operadora com uma concentração de idosos tão grande como a nossa.”*

Em decorrência da preocupação com o aumento de custos gerados pelo envelhecimento da população e o perfil típico da carteira (conjunto de contratos da operadora), esses programas foram percebidos também como estratégias de controle de gastos, mediante um processo que Franco e Merhy¹⁴ nomeiam de reestruturação produtiva, no qual ocorrem importantes mudanças no modo de produção do cuidado, mas ainda nos marcos do modelo médico hegemônico e nas regras próprias de mercado: *“Em função do perfil do nosso cliente, foi traçada a política de buscar os caminhos de promoção e prevenção, não só para levar a*

qualidade de vida, mas também com o objetivo de reduzir custo. [...] começou na assistência domiciliar, e íamos aos pacientes que usavam muito o plano ou iam muito aos prontos-socorros”.

Quando as práticas de assistência domiciliar são ofertadas desarticuladas de práticas de humanização e investimentos em mudanças nos padrões relacionais com usuários ou dos trabalhadores entre si, prevalecem no foco em doenças e na fragmentação do cuidado, não provocando mudanças na qualidade do atendimento às necessidades dos usuários¹⁵. No intuito de fomentar uma assistência interligando ações de promoção e prevenção, reduzindo episódios de ações tardias de controle ou cura de adoecimentos, foi percebido que eram necessárias ações voltadas ao aumento da autonomia e ao autocuidado dos indivíduos atendidos. Foi se fortalecendo paralelamente à assistência domiciliar outro programa direcionado à melhoria da qualidade de vida.

Entende-se aqui que a qualidade de vida se apoia na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais, tendo no conceito de promoção da saúde seu foco mais relevante¹⁶. É centrada na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade. Considerou-se a relação da qualidade de vida com esse programa da operadora pelo fato de atuarem no âmbito em que podem influenciar os agravos que podem gerar dependências e desconfortos, evitando-os, minorando consequências, ou intervindo no diagnóstico e tratamento¹⁶.

“[...] começamos a fazer as palestras de prevenção, a gente chamava esses assistidos e falava sobre alguma patologia, para tomarem cuidado para não agravar. E aí foi criando vínculo, e foram formando outros grupos, formou-se o grupo do coral, do artesanato, da dança e aí foi”. Essa nova estratégia pode contribuir para a saúde das pessoas e, paradoxalmente, constituir práticas de controle sobre os indivíduos e coletivos. As relações de poder estabelecidas entre os profissionais de saúde e os beneficiários operam no aprimoramento do autocuidado dos indivíduos de acordo com o que é socialmente correto, resultando em uma eficácia produtiva, sendo importante considerar que os sujeitos sempre têm a possibilidade de reagir às relações de poder e alterá-las¹⁷.

Com essa nova tecnologia de cuidado na produção da saúde, com projetos terapêuticos e ações de promoção e prevenção, é constituída uma nova relação no campo de necessidades dos usuários, na qual a preocupação com o autocuidado coloca-se na possibilidade de se obter melhores resultados em relação à saúde e abre a perspectiva de autonomizar o usuário, objetivando reduzir os riscos de agravos⁸.

O PROCESSO DE TRABALHO MOLDANDO A REDE DE CUIDADOS

A operadora possui o programa de promoção da saúde e prevenção de doenças segmentado por duas frentes de atuação que se relacionam. O primeiro segmento criado é o Programa de Gerenciamento de Casos (PGC), instituído há cerca de seis anos. Possui quatro equipes multidisciplinares em quatro municípios da região metropolitana – Vitória, Vila Velha, Cariacica e Serra – compostas por médico, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e técnico de enfermagem. Atende atualmente de 90 a 100 beneficiários com internação domiciliar, que corresponde a cerca de 0,8% do total de beneficiários do plano.

A captação dos beneficiários para entrarem no programa ocorre normalmente por meio dos profissionais dos hospitais, que indicam o paciente quando este vai ter alta, ou a auditoria médica da empresa solicita uma visita ao paciente. Os próprios beneficiários ou a família muitas vezes procuram a empresa e solicitam a visita da equipe do programa. Os beneficiários captados são encaminhados a partir da coordenadora do programa. O médico e o enfermeiro realizam a avaliação inicial: *“Com a pessoa tendo o perfil para esse atendimento domiciliar, a gente seleciona os outros profissionais, se o paciente vier a necessitar. Fisioterapia, psicólogo, nutrição”*.

“Então a nossa prevenção é uma prevenção a nível secundário e terciário. O programa visa muito à educação, orienta o paciente e o cuidador”. Essas orientações são direcionadas ao processo de doenças, visando à prevenção de episódios recorrentes da morbidade acometida e outras situações que podem aumentar a dependência de cuidados, constituindo-se em ações tardias de tratamento, cura e reabilitação do dano. Esse atendimento domiciliar é um

dispositivo desse processo de reestruturação produtiva e, mesmo ainda sendo decorrente dos marcos do modelo médico hegemônico, há uma mudança no modo de produção do cuidado, fundamental na prevenção da morbidade e no desenvolvimento de um tratamento eficaz.

O programa criado posteriormente é voltado à promoção da saúde, objetivando a melhoria da qualidade de vida. O beneficiário é informado por meio de mala direta, de informativos, nas palestras, pelo *site*, dentre outras formas. Em alguns casos, o beneficiário é convidado a participar devido ao seu perfil, quando a empresa identifica, seja pelo atendimento que ele fez, seja por seu histórico no sistema: *“As atividades que fazemos são de estímulo ao autocuidado, entendendo que a integralidade da saúde é mais do que só tomar remédio e se alimentar bem. É cuidar da saúde como um todo, da saúde emocional, física e espiritual”*.

A coordenadora do programa é considerada o elemento disparador dos fluxos de cuidado, realizando a triagem dos beneficiários e os vinculando a um médico, denominado Médico Vinculador de Assistência (MVA). Atualmente são oito MVA: quatro geriatras, um cardiologista, um clínico geral e dois endocrinologistas. O Programa possui em torno de 350 beneficiários inscritos e se encontra em expansão: *“[...] queremos incrementar o programa, conseguir uma maior adesão e identificar mais profissionais, buscando inclusive no interior”*.

Cada MVA atende um grupo determinado de beneficiários, que vão passar a ter todo um acompanhamento e monitoramento, seja da sua doença de base, seja para que ele tenha efetivamente uma qualidade de vida. Possuem autonomia para traçar sua estratégia de atendimento e estabelecer o plano terapêutico: *“[...] se precisar, encaminham para o especialista, pedem exames e encaminham para o apoio psicossocial nos grupo”*. As atividades de apoio são realizadas na própria sede da empresa e incluem: coral, artesanato, ikebana, dança de salão, passeio cultural, contador de história, dentre outras. Devido ao espaço físico, há um limite de beneficiários para participar de cada grupo de apoio que, na maioria das vezes, é de 20 a 30 pessoas.

A Universidade Aberta é atividade complementar do programa direcionada aos idosos que possuem interesse em estudar temas, como envelhecimento e qualidade de vida, espiritualidade, memória, história e cultura: *“A Universidade Aberta para a*

Terceira Idade é uma parceria com a UFES. Embora não seja um curso curricular, ele fica lá três anos, em cada seis meses ele participa de um módulo”.

Em paralelo a essas vertentes, há a atuação também dentro dos próprios órgãos onde existem beneficiários ativos em sua atividade laboral, captando e estimulando esse beneficiário a participar desses programas, a realizar exames, com várias formas de estímulo a prevenção, educação em saúde e principalmente ao autocuidado, uma vez que esse servidor, devido à alta carga de trabalho e estresse, pode vir a adoecer e necessitar de ações mais complexas, preveníveis e custosas à empresa.

Nota-se que o programa caminha na direção de uma mudança a partir de novos sujeitos interpostos na cena de produção do cuidado, denominada transição tecnológica da saúde^{8, 18}, um processo de radical transformação do modo de produção do cuidado, que tem seu núcleo de definição na inversão das tecnologias de trabalho, no qual, além das tecnologias leves, o protagonismo dos trabalhadores na produção do cuidado é central para definir um processo de mudança, operando na assistência sentidos diferentes dos que existem no modelo médico hegemônico, pois tem sua ação voltada ao campo de necessidades dos usuários.

Embora esses programas tenham resquícios do modelo médico preventivista, apontam para um novo modelo da saúde, em que a vida e sua expansão são o centro de preocupação das práticas e dos saberes, na ideia de vitalidade e autonomia dos sujeitos¹⁹. Quando essas ações intervêm positivamente nos fenômenos coletivos que podem atingir a população ou afetá-la, os indivíduos podem ser potencializados em sua autonomia, para que sejam protagonistas conscientes de sua própria vida, com decisões coerentes às suas necessidades de saúde.

A AUTONOMIA PROFISSIONAL RESSIGNIFICANDO A GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

Os profissionais atuantes na empresa possuem três diferentes formas de vínculo empregatício. Na gestão dos programas, todos os empregados são da própria empresa, como os dois coordenadores, o apoio técnico-administrativo e o gerente

regional. Existem os prestadores de serviço, que são os profissionais que atuam diretamente na assistência, incluindo os médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionais, dentre outros. Estes não se localizam dentro da empresa e atendem conforme a organização de trabalho nos consultórios e no atendimento domiciliar. Por fim, há os profissionais que são remunerados por serviço, com valores por aula ou hora-aula, dependendo de cada atividade. Nessa categoria estão o maestro, o professor de ioga e o de artesanato, etc.

Um dos pontos comuns e importantes encontrados nesses profissionais foi o prazer na atividade vivenciada. O programa se encontra em expansão, e esses profissionais atuantes se identificaram no exercício das ações de promoção e prevenção, considerando-as um diferencial da empresa, com atos mais humanizados e em equipe multidisciplinar, abordando o paciente de forma integral. Isso reflete na qualidade assistência prestada, com ações mais eficazes e o estabelecimento de vínculo com os beneficiários: *“Como eu já trabalho com a terceira idade há muito tempo, eles já têm um vínculo comigo, e é prazeroso e enriquecedor, me faz sentir mais profissional, mais humana”*. Mesmo com profissionais que se identificam com o programa, há dificuldade de trabalhar com os aspectos subjetivos do beneficiário: *“Quando você entra na casa, cada um tem seus costumes, religião, política, quer dizer, é complicado”*.

Na abordagem assistencial entre o trabalhador de saúde e o beneficiário, é produzido um processo de relações no qual uma pessoa atua sobre a outra, operando um jogo de expectativas e produções²⁰. Vê-se o prazer do profissional ao exercer sua atividade com autonomia, e seu saber funciona como um poder e reproduz os seus efeitos, remetendo a formas de dominação²¹. Quando a autonomia dos profissionais é tensionada a partir da diminuição do seu poder-saber técnico, há uma ressignificação de seu processo de trabalho, gerando tensões e conflitos que podem acometer o prazer na atividade, comprometendo ou não o desempenho de sua função, que tem como sentido final a produção do cuidado ao beneficiário.

Assim, foram apontadas dificuldades no desenvolvimento do processo de trabalho desses programas, por exemplo, o sistema de produção que possui como diretriz a Atenção Gerenciada, promovendo uma reorganização do processo de trabalho a partir do controle dos atos clínicos do médico, sob a lógica administrativa: *“Quando lançamos o plano que o médico colocou, temos que justificar para uma auditoria*

médica, e temos pacientes que não são restritos ao leito, mas são dependentes totais de cuidados, mas aí indefere o plano; depois, quando ele interna, cobram para mandar ele para o programa, e o profissional que estava atendendo fica chateado e insatisfeito porque ele estava sendo atendido direitinho em casa, e aí foi indeferido o plano e não pode autorizar”.

Nessa proposta da operadora, não há uma preocupação com a produção do cuidado em função do mundo das necessidades do usuário. Prevalece a lógica do capital estruturando serviços como estratégia vital para atacar a relação custo-benefício do sistema, de acordo com uma nova dinâmica do mercado da saúde, no qual o critério administrativo para a clínica se superpõe a outro tipo possível de cuidado aos usuários²².

Este procedimento de “encaixar” a demanda em uma dada oferta preconcebida consiste em um processo de enquadramento, que sempre é, em algum grau, uma prática prescritiva e autoritária²³. Quando o trabalho clínico é enquadrado em protocolos rigorosamente delimitadores, há um comprometimento das práticas de saúde na produção do cuidado que afetam diretamente as necessidades do beneficiário, causando prejuízos à sua saúde e qualidade de vida. Isso gera insatisfação de diversos segmentos, incluindo os profissionais que atuam diretamente com os assistidos e se deparam com a redução de sua autonomia no trabalho.

A DIMENSÃO DA PRODUÇÃO DE DISPOSITIVOS BIOPOLÍTICOS NA ORGANIZAÇÃO DOS PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Neste capítulo, buscou-se apreender se esses programas de promoção da saúde e prevenção de doenças estão atuando como dispositivos biopolíticos. Dispositivo entendido como um campo de linhas e correlações que possui capacidade de capturar, orientar, determinar, modelar, controlar e assegurar os gestos, as condutas e as opiniões. Biopolítico porque se trata de um dispositivo cuja finalidade é produzir a vida ou formas de vida determinadas, combinando tecnologias de disciplina

centradas no corpo individual e tecnologias de segurança dirigidas às populações²⁴,
²⁵.

A economia política guiada pela ideia da necessidade exige estratégias de intervenção sobre todo o corpo social, baseando-se em critérios de efetividade e de maximização econômica e financeira²⁶. Nesse campo, a biopolítica pode atuar para que os corpos e estilos de vida das pessoas se adaptem, maximizando as forças dos corpos e contribuindo na redução de gastos com assistência em saúde.

Em algumas falas, pode-se ver a atuação do poder disciplinar na busca por fabricar corpos submissos, dóceis e obedientes, com o intuito de aumentar o domínio de cada um sobre seu próprio corpo para torná-lo útil e diminuir a morbidade^{10, 24}: *“O benefício que temos são pacientes clinicamente estáveis e sem complicações, gerando uma melhor qualidade de vida. Tanto para ele que mantém a situação estável de saúde, quanto para o plano de saúde, que não quer que ele interne”*.

Com isso, o poder disciplinar aumenta as forças do corpo para que este tenha a eficácia que se determina. A partir do aumento da dominação, a capacidade própria e aptidão do corpo são ampliadas: *“Então o resultado esperado é a diminuição da morbidade, diminuição de internação, diminuição de piora do estado clínico, o resultado é melhora da qualidade de vida”*. Há de se considerar que as generalizações sobre o que acontece aos sujeitos decorrentes do itinerário terapêutico traçado são mutáveis no tocante ao que eles podem aprender a “fazer acontecer” de acordo com sua subjetividade²⁷.

Também há momentos em que nos programas prevalecem as ações centradas nos mecanismos do ser vivo e nos processos biológicos, tendo por objeto a população, que faz do poder-saber um agente de transformação da vida humana²⁸: *“Porque hoje o estilo de vida que se leva com a sociedade moderna, nem sempre o comportamento é compatível, até com o perfil de cada um. São hábitos que não se mudam de uma hora para outra. É necessário ter um processo educativo muito consistente, ter essa mudança efetiva”*.

Encontram-se também nesses programas características tanto do poder disciplinar quanto da biopolítica. Como exemplo, cita-se a norma, que permite em um só tempo controlar a ordem disciplinar do corpo e os acontecimentos aleatórios de uma multiplicidade biológica por meio de tecnologias de segurança²⁴: *“Muitos familiares*

não entendem que isso não é um hospital, porque na hora que eles querem o médico tem que estar lá na casa [...], então isso gera uma insatisfação pela não aceitação das normas do programa”; “Na norma técnica ele pode atender esse usuário a vida inteira, porque, principalmente o idoso, não vai ter uma alta; vai ter um monitoramento”.

Há aqui mais uma característica disciplinar, o monitoramento e o controle, a organização de um espaço analítico, para conhecer, dominar e utilizar. O que importa é estabelecer as presenças e as ausências, saber onde e como encontrar os indivíduos, instaurar as comunicações úteis, interromper as outras, poder a cada instante vigiar o comportamento de cada um¹⁰.

Além de se pensar a biopolítica como a forma de ditar a maneira de se viver, há de se considerar a ressignificação conceitual e política dada por Pelbart²⁸ e por diversos teóricos italianos para o termo biopolítica, na qual esta não é mais o poder sobre a vida, mas a potência da vida. Na biopotência, essa nova biopolítica é produto dos sujeitos e dos grupos, e tem em si uma potência, colocando em evidência a reação dos sujeitos, a resistência a certas prescrições que possam vir ditando as formas de vida, sendo possível ter uma nova produção de vida, novas formas de se viver, sem estar necessariamente preso ao que está prescrito: *“As dificuldades maiores são as orientações, porque muitas vezes a gente tem dificuldade de passar as orientações e a família seguir, então a gente tem famílias ótimas, que seguem tudo direitinho, que a gente vê o resultado”; “Porque a família já tem um tipo de cultura e os preconceitos, então, para mudar isso, tem que ter vínculo, o paciente e a família têm que querer”.*

Na tentativa de modificar estilos e comportamentos de vida buscando controlar o bom funcionamento dos corpos, as ações coletivas podem desrespeitar posições minoritárias dos indivíduos e das famílias que sejam divergentes das hegemônicas na sociedade²⁹. Com os relatos apresentados, observa-se a biopotência dos indivíduos, que passam a ser considerados “resistentes às orientações”, mas que, muitas vezes, fazem a opção por uma forma de viver de acordo com o que consideram “bom para si”, seguindo suas expectativas e prioridades.

Merhy²⁰ evidencia que a defesa da vida do usuário e o controle dos seus riscos de adoecer ou agravar seu problema são indispensáveis, mas, para se produzir saúde

com qualidade, esses aspectos necessitam estar conectados com o desenvolvimento de ações que permitam a produção de um maior grau de autonomia do usuário.

Quando o indivíduo faz a opção por “não aderir” às orientações dos profissionais, ele exerce sua ideia de liberdade e de capacidade de exercício ativo de si, da livre decisão sobre suas próprias ações e as possibilidades e capacidades para construir sua trajetória na vida. A ampliação da autonomia pode ser um aspecto protetor, e não significa necessariamente que o indivíduo vá contrário ao que é “bom” para sua saúde. Sua restrição pode se tornar fator de risco elementar que pode vir a afetar determinantes e condicionantes sociais do seu processo saúde-doença, atingindo aspectos ideológicos, culturais e psicológicos de sua vida³⁰. Isso pode ser confirmado pela fala de um dos profissionais, mostrando que certos determinantes de saúde não são possíveis de sofrerem intervenção pela equipe: *“O problema está dentro da casa do paciente e depende de uma série de coisas que estão fora do nosso alcance”*.

Por conseguinte, há uma culpabilização das pessoas por seu estilo e comportamento no que refere à sua saúde: *“Tenha consciência que tem que fazer, tem que tomar o remédio, mas assim, tomar como de sua responsabilidade o autocuidado, porque quem é responsável pela saúde ou pela doença é o usuário, não é o plano”*.

Ao invés de responsabilizar o adoecimento como “falta de cuidado”, por não levarem uma “vida saudável” nos moldes do estilo de vida recomendados, devem ser oferecidas oportunidades e orientações para que o indivíduo conquiste a autonomia necessária para a tomada de decisão sobre aspectos que afetam suas vidas, capacitando-o para decidir de forma racional entre as alternativas que lhe são apresentadas e compreender as consequências da sua opção, livre de coações internas ou externas que o impeçam de exercer sua escolha^{19, 29}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A irracionalidade na incorporação e alocação de tecnologias em saúde é um problema que atinge o SUS e mais agudamente o Sistema Suplementar de Saúde. Encontrar soluções para essas deficiências, que geram problemas de qualidade, ineficiência e alto custo, constitui hoje o principal desafio para esses setores¹. Como descrito no percurso deste artigo, as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças foram vistas além de uma prática discursiva, visando ao *marketing* das operadoras. Foram encaradas como verdadeiras estratégias de redução de custos por meio de um novo modo de produzir saúde, que afeta positivamente a economia da empresa e que acaba por impactar na qualidade de vida do beneficiário, destinatário final de todas as ações.

A operadora possui diferentes ações estruturadas voltadas à promoção e prevenção. O PGC ainda se concentra nos moldes do modelo médico-hegemônico e não chega a operar uma mudança na composição técnica do trabalho, mas traz mudanças na assistência que auxiliam no cuidado dos beneficiários que necessitam de ações tardias de prevenção.

O PGC tem continuidade e apoio no programa voltado à melhoria da qualidade de vida. Este programa de promoção da saúde e qualidade de vida tem como cerne a mudança no modo de produzir saúde, utilizando o protagonismo dos trabalhadores na produção do cuidado, com seu núcleo voltado na inversão das tecnologias de trabalho. Pode-se dizer que esse programa caminha na direção de uma transição tecnológica em saúde, seguindo características citadas por Franco⁸, por se tratar de um processo de trabalho multiprofissional, interativo, combinado com o encontro entre os sujeitos (trabalhador e beneficiário) na produção de algo novo, com dispositivos de acolhimento e linhas de cuidado que operam a integralidade.

Observa-se que as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças desta operadora são produzidas mediante um processo de reestruturação produtiva associado a novas práticas de cuidado que visam a alcançar uma transição tecnológica em saúde. Seguindo a lógica de racionalização econômica imposta pelas regras de mercado, essas mudanças estão sendo operadas por meio de dispositivos biopolíticos, regulando a vida e ditando certos modos de viver. O setor

suplementar tem incorporado gradativamente tecnologias de disciplina centradas no corpo individual e tecnologias regulamentadoras dirigidas ao coletivo, tendo como alvo o controle da morbidade, o aumento da longevidade e a melhoria da qualidade de vida.

No interior desse processo, a relação entre os beneficiários e trabalhadores é tensionada quando há a tentativa de controle do modo de vida, demonstrando a potência que o indivíduo possui quando necessita seguir certas formas prescritivas de viver. Nota-se que não é a autonomia dos indivíduos que é buscada por esses programas, mas sim uma tentativa de vigilância e controle normalizante que incentiva o aprimoramento do autocuidado como ferramenta para se obter melhores resultados em relação à saúde. Enquanto a autonomia não for pautada como categoria norteadora das ações de promoção e prevenção, o sistema de saúde dificilmente conseguirá atender às necessidades dos usuários de forma integral e resolutiva.

A biopolítica pode se originar nos próprios sujeitos, e não precisa ser necessariamente uma prescrição. Quando a biopolítica é estabelecida em torno de um equilíbrio, com a responsabilização de cada indivíduo por sua saúde dentro de limites plausíveis, ela se torna grande aliada ao processo saúde-doença da população, fortalecendo o vínculo entre os profissionais dos planos de saúde e os beneficiários, que manterão sua autonomia com a instrução necessária para ampará-los ao exercerem a sua subjetivação.

É necessário que essas mudanças sejam implementadas com cautela para que não se tornem autoritárias ao estilo de vida dos indivíduos e populações. Na busca da qualidade de vida da população, há que se considerar as singularidades de cada indivíduo e, nesse processo, os elementos dos dispositivos biopolíticos podem contribuir grandemente quando implementados de maneira coerente, beneficiando tanto a melhoria da saúde da população quanto a racionalização de custos dos planos de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Cechin J. A história e os desafios da saúde suplementar: 10 anos de regulação. São Paulo: Saraiva; 2008.
2. Bahia L, Viana AL. Introdução. In: Brasil. Regulação e saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro: ANS; 2002. p. 7-17.
3. Santos FP, Malta DC, Merhy EE. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. Cien Saúde Colet 2008; 13 (5): 1463-1475.
4. Malta DC, Cecílio LCO, Merhy EE, Franco TB, Jorge AO, Costa MA. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. Cien Saude Colet 2004; 9 (2): 433-444.
5. Ocké-Reis CO. A regulação dos planos de saúde no Brasil: uma gestão sem política? In: Anais da I Jornada de Economia da Saúde; 2003; São Leopoldo (RS).
6. Brasil. Programa de Qualificação da Saúde Suplementar: nova perspectiva no processo de regulação. Texto base. Rio de Janeiro: ANS; 2009.
7. Brasil. Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar: manual técnico. 2nd ed. Rio de Janeiro: ANS; 2007.
8. Franco TB. Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde: um olhar a partir do cartão nacional de saúde [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2003.
9. Brasil. Caderno de Informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS; 2009.
10. Foucault M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. Tradução de Raquel Ramallete. 29nd ed. Petrópolis: Vozes; 2004.
11. Minayo MCS, Souza ER, Constantino P, Santos NC. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 71-103.
12. Lima RCD. A Enfermeira: uma protagonista que produz o cuidado no cotidiano do trabalho em saúde. Vitória: EDUFES; 2001.
13. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2008.

14. Franco TB, Merhy EE. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. *Cien Saude Colet* 2008; 13 (5): p.1511-1520.
15. Júnior AGS. Promoção à saúde e mudanças nas práticas da saúde suplementar. In: Brasil. Panorama das ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças no setor suplementar de saúde. Rio de Janeiro: ANS; 2008. p. 71-76.
16. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Cien Saude Colet* 2000; 5 (1): 7-18.
17. Carvalho SR, Gastaldo D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. *Ciêns Saude Colet* 2008; 13 (supl. 2): 2029-2040.
18. Merhy EE, Franco TB. Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde: debate necessário para a compreensão do processo de “financeirização” do mercado na saúde. Disponível em URL: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-04.pdf>. Acesso 28 set. 2009.
19. Luz MT. Ordem social, instituições e políticas de saúde no Brasil: textos reunidos. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ; 2007.
20. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos CR, Malta DC, Reis AT, Santos AF, Merhy EE, organizadores. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 1998. p. 103-120.
21. Foucault M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal; 1979.
22. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002.
23. Oliveira GN. *O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde*. São Paulo: Aderaldo e Rothschild; 2008.
24. Foucault M. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes; 1999.
25. Agamben G. *O que é um dispositivo?*. Tradução de Nilcéia Valdati. Santa Maria - RS: Palloti; 2006.
26. Schramm FR, Anjos MF, Zoboli E. A questão das tendências epistemológicas ou de fundamentação. In: Anjos MF, Siqueira JE, organizadores. *Bioética no Brasil: tendências e perspectivas*. São Paulo: Idéias & Letras; 2007. p. 29-56.
27. Giddens A. *A construção da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes 2009.
28. Pelbart PP. *Vida capital: ensaios de biopolítica*. São Paulo: Iluminuras; 2003.

29. Fortes PAC, Zoboli ELCP. Bioética e saúde pública: entre o individual e o coletivo. In: _____. Bioética e saúde pública. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2003. p.11-24.
30. Fleury-Teixeira P, Vaz FAC, Campos FCC, Álvares J, Aguiar RAT, Vinícius AO. Autonomia como categoria central no conceito de promoção da saúde. Cien Saude Colet 2008; 13 (supl 2): 2115-2122.
31. Franco TB. Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde: um olhar a partir do sistema cartão nacional de saúde. Pensar BH - Política Social 2003; 1 (1): 21-23.

6.2 ARTIGO 2: OS MUITOS E COMPLEXOS DISPOSITIVOS DISCIPLINARES E BIOPOLÍTICOS NAS ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS EM UMA OPERADORA DE MEDICINA DE GRUPO

OS MUITOS E COMPLEXOS DISPOSITIVOS DISCIPLINARES E BIOPOLÍTICOS NAS ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS EM UMA OPERADORA DE MEDICINA DE GRUPO

RESUMO

As ações de promoção da saúde e prevenção de doenças emergem na pauta da saúde suplementar decorrentes, sobretudo, dos elevados custos gerados pelo modelo assistencial vigente no setor, evidenciando a necessidade dessas ações serem comandadas por um processo de trabalho cuidador, e que evite a fragmentação do cuidado. Esta pesquisa é um estudo de caso que privilegia a abordagem qualitativa, com o objetivo de analisar o modo como se produz a atenção dos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças em uma empresa na modalidade Medicina de Grupo, observando se esses atos estão atuando como dispositivos biopolíticos. Utiliza os discursos dos trabalhadores de saúde inseridos nos programas e de um beneficiário que para os objetivos deste estudo se produziu como caso traçador. Os dados foram coletados a partir de roteiros semiestruturados, gravados em voz e utilizou-se a técnica de análise de conteúdo. Os resultados mostram a organização do processo de trabalho, no qual os associados são diferenciados de acordo com o agravo. Esta proposta observou movimentos, mesmo ainda limitados, de novas formas de produzir saúde, prevalecendo o modelo médico hegemônico guiado pelas regras de mercado, com ações predominantemente disciplinares e focadas na comunicação em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde suplementar; promoção da saúde; prevenção de doenças; processo de trabalho; biopolítica.

THE SEVERAL AND COMPLEX BIOPOLITICAL AND DISCIPLINARY DEVICES IN THE STRATEGY OF HEALTH PROMOTION AND DISEASE PREVENTION IN A MEDICAL GROUP OPERATOR

ABSTRACT

Disease prevention and health promotion strategies emerge in the schedule of recurring supplementary health, overall, from high expenses generated by the assistential model in charge in the section, making necessary that these actions are ruled by a caring working process, avoiding a fragmentation of care. This research is a case study that emphasizes the quality approach of disease prevention and health promotion of a company in a medical group modality, and if these actions are acting as biopolitics devices. Uses reports from health care workers that are part of the program, and also from a beneficiary that was considered important for the program. This data was collected by semi-structured scripts, with voice records turned into transcripts and appreciated in the content analysis technique. In the results, a process of work organization can be seen, in which associated people are different according to different pathologies. The proposition observed movements, even if limited, of new ways to produce health, allowing the dominating medical mode to prevail, guided by market rules, with disciplinary actions that predominate and focus on communicating health.

KEYWORDS: Supplemental health; health promotion; disease prevention; work process; biopolitic.

INTRODUÇÃO

As ações de promoção da saúde e prevenção de doenças emergem na pauta da saúde suplementar decorrentes, sobretudo, do modelo assistencial vigente no setor, que possui como característica o alto custo operacional e a incorporação irracional de tecnologias, devido, em parte, à ausência de políticas claras e de mecanismos de tecnologia em saúde, gerando desperdícios de recursos¹.

Os projetos de promoção da saúde e prevenção de doenças impactam positivamente a prática discursiva e o *marketing* de diversas operadoras, inserindo, inclusive, o tema do cuidado e a responsabilidade com a saúde do beneficiário. Mesmo avaliando que essa prática ainda não conseguiu se estabelecer como uma das ações principais no modelo de atenção das operadoras, esses programas ganham cada vez mais espaço, contanto com incentivos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)^{1, 2}.

A ANS tem atuado no sentido de estimular a implementação de modelos de atenção baseados na produção do cuidado, respondendo à necessidade da integralidade da atenção à saúde, contando como importante passo o programa de qualificação de operadoras, que convida os atores da área a realizarem ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, observando os princípios de integralidade e resolubilidade e a concepção de inclusão de todos os envolvidos, beneficiários, trabalhadores e operadoras³.

Ao considerar o processo saúde-doença como o conjunto de relações e variáveis que produz e condiciona o estado de saúde e doença de uma população, modificado pelos momentos históricos e de desenvolvimento científico da humanidade⁴, vê-se a importância dessas ações para assinalar um novo paradigma para a saúde, no qual a doença não é vista como fatalidade, mas é ressignificada para além de uma questão científico-tecnológica e incorpora o sistema de cuidados de base filosófica e política⁵.

Nesse contexto, torna-se fundamental que seja operado um novo formato no modelo assistencial vigente no Sistema Suplementar de Saúde, e que este seja comandado por um processo de trabalho cuidador, evitando-se a fragmentação do cuidado, para que essa prática seja centrada no estímulo à promoção e prevenção, referenciada

no vínculo e na responsabilização. Não há dúvidas do crescimento dessas ações no setor, mas cabe destacar que o modo de operar a assistência tem se tornado centrado na produção de atos desconexos, pois as operadoras não trabalham com a produção da saúde, mas com a ideia de evento/sinistralidade (relação entre eventos e contraprestações)⁶. Mesmo quando se investe em atividades de promoção e prevenção, esse componente não atua como uma diretriz do modelo assistencial, visando de fato ao cuidado à saúde.

Nesse setor, essas ações têm sido decorrentes da situação de crise de financiamento sentida, com significados que são próprios do modo privado de produção da saúde. O setor sente a pressão dos altos custos dos serviços e busca intervir no problema incorporando, gradativamente, novos processos de reestruturação produtiva, a partir de uma lógica administrativo-racionalizadora. Na tentativa de diversificação das tecnologias de cuidado nos processos produtivos, são trazidas para os projetos terapêuticos ações até então pouco usuais como meios para uma nova relação com o campo de necessidades dos usuários. Na busca pela obtenção de melhores resultados em relação à saúde, a preocupação com o autocuidado abre a perspectiva de autonomizar o usuário, reduzindo os riscos de agravos e, conseqüentemente, os custos dos serviços prestados^{7, 8}.

As operadoras de planos de assistência à saúde são empresas e entidades que atuam no setor de saúde suplementar. São classificadas em oito modalidades: Administradora, Cooperativa Médica, Cooperativa Odontológica, Autogestão, Medicina de Grupo, Odontologia de Grupo, Filantropia e Seguradoras Especializadas em Saúde¹.

Este trabalho objetiva analisar os programas de promoção da saúde e prevenção de doenças operados por uma empresa na modalidade Medicina de Grupo, atuante no Estado do Espírito Santo, visando a observar as mudanças provocadas no modo de produção do cuidado. Essa modalidade é a forma dominante no mercado, e sua gestão é feita por uma empresa privada, criada por proprietários ou sócios de unidades hospitalares. Os serviços podem ser prestados por unidades próprias, em que os profissionais de saúde são empregados da empresa, ou por unidades credenciadas. Administram planos de saúde de empresas, famílias ou indivíduos, tendo como principal característica o custeio de suas atividades por um sistema de

pré-pagamento^{9, 10}. Atualmente totalizam 514 empresas no País e possuem aproximadamente 15 milhões de beneficiários¹¹.

Pretende-se, neste artigo, analisar se as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças ofertadas por essa operadora têm sido produtoras de dispositivos biopolíticos, regulando a vida e ditando certos modos de viver. Considera-se como dispositivo biopolítico a capacidade de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar e assegurar os gestos, condutas e opiniões, visando a produzir formas de vida determinadas, combinando o poder disciplinar centrado no corpo individual e tecnologias de segurança dirigidas às populações^{12, 13}.

METODOLOGIA

Esta pesquisa é um estudo de caso de caráter qualitativo, que visa a analisar os programas de promoção e prevenção de uma operadora de saúde na modalidade Medicina de Grupo.

Participaram do estudo um beneficiário e três trabalhadores de saúde do programa de promoção da saúde e prevenção de doenças de uma operadora na modalidade Medicina de Grupo que atua no Estado do Espírito Santo, segundo cadastro da ANS. Buscando refletir a totalidade das múltiplas dimensões dos programas, seguiu-se o fluxo de indicação do coordenador do programa, e foi aberta a possibilidade de inclusão progressiva dos sujeitos, a partir das descobertas do campo até ser delineado o quadro empírico a ser confrontado com a teoria¹⁴. Adotando essa técnica, foram entrevistados atores de diferentes formações e funções: o coordenador do programa (médico), e dois trabalhadores da equipe, um participante direto da assistência (enfermeiro) e um auxiliar administrativo (assistente social), os dois últimos indicados pelo coordenador, seguindo o critério de inclusão de atuarem há, no mínimo, dois anos no programa, portanto já compreendendo e vivenciando os passos a serem apreendidos ou captados.

Para a captação do beneficiário, foi solicitado aos trabalhadores que indicassem um caso traçador, caracterizado como aquele usuário mais inserido, questionador, implicado e reivindicador que participa ou que tenha participado do programa de promoção da saúde e prevenção de doenças.

A operadora foi selecionada tendo como critério atuar no modelo de Medicina de Grupo, que, nessa modalidade, se constitui em uma das operadoras que possui o maior número de associados inscritos no Estado.

Visando a contemplar a abrangência dos programas, para o levantamento das informações, foram desenvolvidos três roteiros semiestruturados para a coleta de dados: o primeiro direcionado ao beneficiário, os outros dois focalizados na função desempenhada pelo profissional no programa, um para o coordenador do programa e o outro para os demais profissionais da equipe. Todas as entrevistas foram gravadas em voz e, posteriormente, transcritas para a análise. Inicialmente foi realizado um pré-teste do instrumento de pesquisa em outra operadora selecionada.

Os dados foram coletados na sede da empresa pelo autor da pesquisa, nos meses de abril a julho de 2009.

Para o desvelamento dos discursos sobre os temas que emergiram dos sujeitos implicados na pesquisa, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo^{15: 44}, definida como “[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/percepção destas mensagens”.

Esta pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, registrada com o número 156/08. Foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual os sujeitos da pesquisa assinaram após terem sido devidamente esclarecidos sobre a investigação. Todos os procedimentos éticos atinentes à pesquisa foram rigorosamente cumpridos.

RESULTADOS

O PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS: GERENCIAMENTO DE GRUPOS COM VISTAS À REDUÇÃO DE CUSTOS

A empresa possui um departamento específico para realizar as ações consideradas de promoção da saúde e prevenção de doenças, nomeado Medicina Preventiva. O departamento é composto por uma equipe com cinco enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem, um nutricionista, um assistente social (função administrativa) e um pediatra (coordenador). Também existem os prestadores de serviço que ministram palestras em empresas, como médicos, psicólogos, assistentes sociais, etc.

Essas ações primeiramente foram implantadas na forma de palestras em empresas cujos funcionários eram vinculados ao plano. Atualmente as palestras abordam temas como: tabagismo, alcoolismo, planejamento familiar, saúde da mulher, câncer de próstata e exercício físico. Os principais objetivos relatados para a implantação do programa foram: redução de custos, importância do acompanhamento e informação pré-doença. Com o desenvolver das palestras, foi observada a necessidade de acompanhamento de algumas pessoas: “[...] só a palestra não estava adiantando, porque esses pacientes estavam internando”.

As ações dirigidas aos trabalhadores de empresas são consideradas altamente eficientes do ponto de vista do mercado e constituem um dos elementos estratégicos centrais no sentido de equilibrar a crescente espiral de gastos com assistência médico-hospitalar nas empresas. A importância desses programas em empresas é a relação entre boa saúde e aumento da produtividade, pois, com empregados mais saudáveis, a quantidade de atestados médicos para afastamento será menor e o trabalho será exercido com mais qualidade, resultando em um maior número de horas produtivas, além da efetiva diminuição dos gastos da empresa com assistência médica^{16, 17}.

As ações de educação em saúde são fundamentais, mas há que se considerar que promover saúde não é apenas responsabilidade do setor de saúde e vai além dos estilos de vida saudáveis para o bem-estar. É a atuação para ampliar o controle ou domínio dos indivíduos e comunidades sobre os determinantes de sua saúde¹⁸, de

forma que, quando exercida por práticas desarticuladas que abrangem somente informação e orientação, não contribui para a construção de uma prática integral e resolutive, prevalecendo o foco em doenças, a fragmentação do cuidado e a incapacidade de lidar com sofrimentos difusos ou pouco específicos¹⁹.

Paralelamente, foi implementado o programa de gestantes, nomeado Projeto Maternidade, em decorrência do elevado índice de prematuridade e operações cesarianas: “*As gestantes não tinham informação do pré-natal, dos exames, e de cuidado com o recém-nascido*”. As gestantes são captadas por encaminhamento dos ginecologistas, quando realizam ultrassom ou mesmo pelo sistema da empresa, e são monitoradas por telefone e visita domiciliar, de acordo com a necessidade. As gestantes não consideradas de alto risco são acompanhadas com uma frequência de cerca de uma vez ao mês. Há também o curso de gestantes, com palestras para orientação da gestação, primeiros cuidados com o recém-nascido, amamentação, dentre outros temas. Após o nascimento, a enfermeira visita e monitora o recém-nascido, com acompanhamento mínimo de um mês com visita domiciliar e atendimento por telefone, promovendo informações necessárias de primeiros cuidados. As mães são orientadas a irem ao pediatra: “*A enfermeira me acompanhou desde o começo da gestação até meu filho nascer, depois ela veio até ele completar um mês*”. Na tentativa de conhecer e monitorar, o projeto localiza as gestantes e acompanha a evolução da gravidez, examinando e registrando as intercorrências. Por meio das ações preventivas, tem-se o alcance de uma organização aprofundada das vigilâncias e dos controles, que repercute na queda da morbidade materna e neonatal, principais objetivos dessa estratégia na redução dos custos operacionais.

Uma das tensões encontradas na implantação do Projeto Maternidade foi a dificuldade de aceitação do programa por alguns segmentos profissionais: “*Infelizmente os médicos achavam que a gente ia roubar os pacientes, principalmente os ginecologistas, e aí eles viram que não, que, na verdade, a gente ajuda*”. Existem muitos desafios para ressignificar os processos de formação e trabalho, articulando sua relação não só à ciência, à técnica e à doença, mas também à saúde, à produção do cuidado fomentador de cidadania e à inclusão dos atores envolvidos²¹. Muitos profissionais de saúde ainda possuem a visão voltada a antigos paradigmas médico-centrados que dificultam a implementação de um

trabalho multidisciplinar que pode fornecer ao usuário um projeto composto por diversos olhares. Nota-se que o novo modelo de atenção à saúde, pautado nos princípios de integralidade da atenção com a participação de diferentes atores, tem contribuído para o entendimento dessa mudança, por se mostrar mais eficaz e resolutivo.

Outra vertente do programa desenvolvida posteriormente é o acompanhamento de beneficiários com doenças crônicas: grupos de diabéticos, hipertensos, asmáticos, dentre outros. Os usuários são convidados a participar por seu agravo, captados nas empresas, por procura espontânea ou por encaminhamento dos médicos vinculados ao plano. Para participar do programa, o beneficiário precisa ter uma doença instalada. Quando captados, são direcionados aos programas de acordo com o agravo e participam de reuniões esporádicas: *“Geralmente deixamos o profissional mais especializado na área definir para ver a necessidade e para qual grupo vai. [...] a gente tenta captar todos pelo menos por telefone, mas se vai ter visita é de acordo com a necessidade da patologia e das intercorrências”*. Há também o Programa de Reeducação Alimentar, com consultas habituais com o nutricionista, no qual é prescrita uma dieta de acordo com a necessidade do paciente, e o Programa de Saúde Mental, com consultas individuais e terapia em grupo, acompanhadas por um psicólogo.

Com a utilização de tecnologias de disciplina para aumentar o domínio de cada um sobre seu próprio corpo, o programa separa, diferencia e analisa as pessoas decompondo até as singularidades necessárias e suficientes, que Foucault^{20: 126} denomina “quadros vivos”, fragmentando os beneficiários por uma classificação sistemática das doenças, transformando a população em uma multiplicidade organizada. Esse processo de distribuição e controle é uma técnica de poder e um processo de saber que busca obter um instrumento para percorrer e dominar, facilitando a imposição da ordem²⁰.

No que tange aos contratos individuais e familiares, as ações de prevenção são priorizadas na operadora, e isso pode ser impulsionado pelo fato de seguros de saúde atraírem muitos indivíduos doentes, com grande potencial de demanda de serviços de atenção à saúde, que, no momento, não estão bem de saúde e se encontram particularmente permeáveis a intervenções que os orientem para mudanças de estilo de vida, de prática e de atenção à sua condição de saúde¹⁶.

O programa atende somente a alguns municípios da região da Grande Vitória, e o contato com beneficiários residentes no interior do Estado é via telefone. Segundo relato dos trabalhadores, abrange 25 a 28% dos associados, incluindo aqueles acompanhados apenas esporadicamente, com intervalo de diversos meses: *“Hoje a nossa carteira está em torno de 100 mil, mais ou menos 28 mil participam de alguma forma do programa, mesmo que não seja todo mês. Das gestantes é 28%. Dos crônicos tem média de 30 a 35%”*.

A pesquisa da ANS²², em relação ao panorama dessas ações no setor suplementar, constatou que a maior parte dos programas possui até 20% de cobertura e considera esse número como insuficiente, pois atinge uma população restrita. Estipula em 20% a meta mínima para que as operadoras cadastrem os programas de promoção e prevenção²³. Mesmo a operadora relatando que a porcentagem de sua cobertura é superior a esse valor, nota-se que a porcentagem alcançada não condiz com o número de pessoas acompanhadas, mas sim com aqueles beneficiários que, de alguma forma ou em algum momento, foram alcançados por esse programa, mesmo não estando inseridos constantemente na estratégia. A participação de beneficiários apenas em eventos esporádicos e educativos produz atos desconexos que não se constituem em uma estratégia de mudança do modelo assistencial e pouco impacta os indicadores de saúde.

A melhoria das ações ofertadas pelas operadoras se constitui como um dos principais focos da ANS, quando formula políticas de regulação indutoras, como o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar e o Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças: *“Temos a Medicina preventiva há 10 anos e, a partir do momento que nos inscrevemos na ANS como Medicina preventiva, eles vão vir aqui auditar para ver se está tudo certo, [...] então vamos ter que ajustar algumas coisas, e isso melhora a qualidade da operadora”*. Quando os programas são implementados corretamente e com a devida vigilância, repercutem na melhoria da qualidade da assistência ofertada, caminhando na direção de um modelo de atenção à saúde que utilize o cuidado integral como eixo condutor das ações²⁴. Além da busca por se enquadrar nos critérios preconizados pela ANS, a operadora precisa traçar práticas cuidadoras e integrais não apenas pautadas na lógica de redução de custos, mas voltadas à defesa da vida e à produção da saúde dos seus beneficiários.

Cabe citar que a operadora terceiriza o programa de atendimento domiciliar (Home Care) para pacientes crônicos com internação domiciliar. Mesmo esse atendimento não sendo realizado pelo Departamento de Medicina Preventiva, há uma ligação ao serviço: “[...] às vezes o paciente tem alta e só aceita sair do Home Care se for acompanhado pelo programa”.

Algumas atividades oferecidas pela operadora caracterizam mais um programa de gerenciamento de crônicos do que de prevenção de doenças. Mesmo abrangendo aspectos como gestação sadia e exames preventivos, buscando o diagnóstico e tratamento precoce da doença, o foco da equipe multidisciplinar é para pessoas com doenças crônicas ou com alta probabilidade de desenvolvê-las, garantindo-lhes qualidade de vida e reduzindo o custo futuro do tratamento¹.

A INFORMAÇÃO COMO ESCAPE PARA A PRODUÇÃO DO (DES) CUIDADO

O programa utiliza, como estratégia primordial, o fornecimento de informações a seus associados: *“Quanto maior a informação, menor é a intercorrência. O resultado esperado é que o paciente resolva melhor e com qualidade seus problemas de saúde, evitando intercorrência, absenteísmo e falta ao trabalho”*. Torna-se prudente neste momento evidenciar que ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção. No processo de fornecimento de informação em saúde, é necessário respeitar a autonomia, a dignidade e a identidade de quem escuta, procurando a coerência para que aquele saber não se torne inautêntico, composto por palavreado vazio e inoperante²⁵. Para isso, as orientações ministradas não devem impor regras disciplinares voltadas somente ao autocuidado, mas sim ampliar a autonomia do beneficiário para que realize suas escolhas com decisões coerentes na construção de sua trajetória de vida.

A importância do aprendizado da população e a vigilância constante emergem na tentativa de induzir um estado consciente que assegure o funcionamento automático do poder, conquistando eficácia e capacidade de penetração no comportamento dos beneficiários²⁰: *“Porque quando a gente está cuidando desses pacientes doentes, ele automaticamente não vai deixar que o filho se torne uma pessoa doente”*. Com

essa disciplina, a capacidade das pessoas é aumentada de acordo com o que é socialmente correto, e isso tem utilidade tanto para o plano de saúde, que passa a ter beneficiários com menos complicações, quanto para o associado que, com o estímulo ao autocuidado, encontra na equipe orientações e apoio para uma vida com mais qualidade: *“Você aprende a se alimentar, a cuidar de você. Na verdade, quando você aprende tudo isso, sua vida melhora, ganha uma qualidade”*. Todos devem ter acesso ao conhecimento para controlar os fatores determinantes da sua saúde. Ambientes favoráveis, acesso à informação, habilidades para viver melhor e oportunidades para fazer escolhas mais saudáveis são fundamentais para a ampliação da qualidade de vida²⁶. Há que se considerar, nesse processo, que a informação em saúde é complementar aos diversos determinantes de saúde situados fora desse setor e que são relevantes componentes da qualidade de vida.

Proporcionar saúde significa, além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurar meios e situações que ampliem a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar²⁶. O depoimento do usuário relata como atitudes de orientação e vínculo com a equipe podem ser positivas na ampliação da autonomia, atingindo, conseqüentemente, a qualidade de vida: *“No meu caso, foi essencial, porque eu não sabia o que fazer, então ela vinha e me orientava”*. *“[...] me senti mais segura, melhorou minha qualidade de vida”*.

O conhecimento prévio da doença aliado à renda foi associado à maneira como o beneficiário lida com seu agravo de saúde: *“Acho que 80% dos nossos pacientes são pessoas muito carentes, que não sabem lidar com uma patologia”*. Cabe destacar que a condição socioeconômica pode ser um fator que diminui a possibilidade de acesso à informação que a pessoa tem da doença, mas há que se considerar que a compreensão do significado que os indivíduos processam de seu agravo é decorrente de diversos fatores, que envolvem valores e posições de sua natureza singular e vida em sociedade, sendo importante compreendê-los na tentativa de orientar esses diversos sujeitos.

Já é conhecido que a clientela dos planos de saúde tem relação direta com o rendimento familiar. Uma característica peculiar da empresa é a grande quantidade de beneficiários considerados com baixa renda familiar: *“[...] ter plano de saúde não quer dizer que tem dinheiro”*. Isso pode ser explicado pelo fato de a operadora oferecer planos a diversas empresas, como setores da indústria, transporte e

telecomunicações, nos quais os empregadores participam do financiamento dos planos de saúde dos seus funcionários.

Por se tratar de uma população com baixa renda familiar e habitualmente excluída do acesso a muitos dos equipamentos públicos (educação, segurança, lazer) e que não incorpora a saúde como direito, possui uma baixa expectativa do serviço que acessa. Essa população considera como positivas as ações oferecidas e que não devem ser criticadas, sob pena de perda ou restrição da sua entrada nesses serviços²⁷: *“O setor de Medicina Preventiva agrada os associados, porque eles sentem que estão sendo valorizados”*. A satisfação do beneficiário se reflete diretamente no *marketing* da operadora com os usuários do plano: *“A gente recebe muito telefonema de agradecimento dos pacientes”*. O programa, inserindo o lema do cuidado à saúde tem, por conseguinte, repercussões na estratégia de *marketing* da empresa: *“Na própria revista da empresa, 90% dos assuntos tem a ver com a saúde, prevenção de doenças e promoção de saúde”*.

Podemos afirmar que, nessa operadora, o *marketing* é decorrente da incorporação de novas tecnologias de cuidado à saúde, para fazer frente aos altos custos do sistema. A operadora se vê compelida a iniciar um processo de reestruturação produtiva, que tem suas bases na busca por um novo modelo de produção do cuidado, no sentido de reduzir despesas operacionais. Nesse processo, há importantes mudanças no modo de produção do cuidado, mas ainda nos marcos do modelo médico-hegemônico e nas regras próprias de mercado²⁸. Na busca por essa racionalização, a operadora utiliza como ferramenta o cuidado, impactando positivamente a qualidade de vida e a prevenção da morbidade, diagnóstico e tratamento precoce e eficaz.

Nesse processo de reestruturação produtiva na saúde, as novidades introduzidas nos sistemas produtivos impactam os processos de trabalho e geram mudanças no modo de elaborar os produtos e efetivamente até mudam a forma de assistir às pessoas⁸. Quando essas estratégias são vistas somente como redução de custos e não visam de fato à saúde, considerando as necessidades dos indivíduos, não atuam como uma prática efetiva modificando o modo de produzir saúde: *“A empresa acolhe bem todas as decisões. Lógico que a gente também tem que se adequar quando a gente vê que vai onerar e não vai ter, porque senão também não agüenta”*.

Com essas ações, a operadora tenta manter uma positiva razão entre o valor cobrado pelos serviços assistenciais e o custo nos processos de produção da saúde, por meio da restrição das ações assistenciais disponibilizadas ao beneficiário. Uma das alternativas que a operadora pode buscar é apostar em tecnologias de cuidado, que podem produzir saúde com uma presença maior de saberes que resultam na produção do cuidado em saúde e promovem o autocuidado e a autonomia dos associados⁸.

DISPOSITIVOS DISCIPLINARES E BIOPOLÍTICOS NA PRODUÇÃO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Tomou-se como objetivo analisar no programa considerado pela operadora como de promoção da saúde e prevenção de doenças, se as ações ofertadas estão atuando como dispositivos biopolíticos. Ao adentrar no campo, foi visto que essas ações possuem poucas características biorregulamentadoras. Em alguns momentos, o tema emergiu a partir da percepção do uso das tecnologias disciplinares centradas no corpo individual, as quais têm se sobressaindo em relação às tecnologias centradas nos processos de conjunto dirigidos às populações. Nesse sentido, aprofundou-se a discussão visando a apreender as dimensões dos dispositivos biopolíticos, observando se, nas relações de poder desse processo, estão realmente predominando as tecnologias disciplinares.

A forma encontrada pelo programa para o controle de beneficiários pela distribuição em grupos segue uma característica elementar da disciplina: fabricar indivíduos e separá-los em um espaço analítico para apreciá-los e sancioná-los, levando seus processos de decomposição até as singularidades necessárias e suficientes, para poder acompanhar o comportamento de cada um, visando a dominar e utilizar. Nesse sistema, verifica-se o número real de doentes, sua identidade e suas características, depois o comportamento é regulamentado para que as ações ditas corretas sejam praticadas²⁰.

Os traços biológicos de uma população são pertinentes para a gestão econômica, e é organizado em torno deles um dispositivo que assegure não apenas a sujeição, mas o aumento constante de sua utilidade. Elevar o nível de saúde do corpo social

torna-se dever de cada um e objetivo geral²⁹. Nesse ponto, o poder disciplinar atua buscando modelar, treinar e tornar hábil as forças do corpo, utilizando como meio a vigilância do comportamento dos indivíduos²⁰: *“Temos que fazer com que eles tenham adesão ao tratamento, com o mínimo de intercorrência até se adaptarem”; “Podem ter liberação do acompanhamento, mas sempre vão estar monitorados”*. Com isso, o espaço administrativo é articulado em espaço terapêutico, individualizando os corpos e as doenças, constituindo-se em um espaço útil do ponto de vista médico²⁰. Para induzir efeitos desse poder, são utilizadas técnicas que permitam ver e acompanhar as pessoas. É produzida uma maquinaria de controle que funciona como um microscópio do comportamento que auxilia na observação, registro e treinamento dos indivíduos²⁰: *“Eles vêm na casa, eles te visitam, estão sempre te acompanhando, no meu caso que trabalhava, eles iam também à empresa”*.

O programa é considerado um elemento facilitador para o acesso aos serviços de saúde: *“É um canal facilitador de consulta, de acesso aos médicos, de acesso à própria empresa e ao programa”*. Assim, o indivíduo é constantemente monitorado, examinado e distribuído entre os grupos, tendo como recorte o tipo de agravo que o beneficiário está acometido, assegurando a ordenação das multiplicidades. Com a organização em um espaço analítico, é estabelecido um sistema para verificar a identidade e de onde os indivíduos procedem, para, então, regulamentar as idas e vindas²⁰: *“Quando eu entro na casa, eu vejo a situação. Vejo como eu tenho que lidar com aquela situação”*. Tudo o que é observado durante as visitas (doenças, reclamações e irregularidades) é anotado para que o indivíduo seja estudado detalhadamente, para exercer uma coerção sem folga e mantê-lo sob sujeição constante de suas forças, constituindo uma relação de docilidade-utilidade. Essas pequenas astúcias são dotadas de um grande poder de difusão, são arranjos sutis com aparência inocente, compostos por dispositivos que obedecem a economias inconfessáveis, ou que procuram coerções sem grandeza²⁰.

Nesse processo, o corpo humano é visado não unicamente para aumentar suas habilidades, nem tampouco aprofundar sua sujeição, mas para formar uma relação que no mesmo mecanismo o torna tanto mais obediente quanto é mais útil, e inversamente²⁰: *“Ela vinha e me orientava sobre a comida que eu tinha que comer, sobre o sal que eu tinha que tirar, o método que eu tinha que estar me alimentando*

corretamente". Por meio de uma manipulação de gestos e comportamentos, essas ações objetivam regular a vida ditando a maneira socialmente correta de vivê-la: *"Para sair depende do paciente, porque, quando eu vou lá e ele não acompanha, e vejo que ele não está interessado mesmo, aí é tirar. Ele é tirado assim, a gente não visita, monitora pelo sistema. Vemos se internou, aí às vezes no hospital ele pede por favor. Aí eu falo: 'Agora é minha regra, é do meu jeito, você vai fazer? Porque se não for do meu jeito não vai dar' "*. Trata-se aqui de um instrumento disciplinar que utiliza um sistema duplo de gratificação e sanção na tentativa de punir, no qual se tornam penalizáveis as frações mais tênues da conduta, para dar uma função punitiva aos elementos aparentemente indiferentes do aparelho disciplinar. Tudo o que está inadequado à regra, tudo o que se afasta dela são desvios, e o castigo disciplinar tem a função de reduzi-los²⁰.

Há de se considerar que, a partir do momento em que há uma relação de poder, há uma possibilidade de resistência²⁹: *"A quantidade é muito pequena desses usuários que não querem ser acompanhados"*. Inclui-se aqui a potência que os indivíduos têm em si, a reação e resistência a certas prescrições que possam vir ditando as formas de vida, na tentativa de uma nova produção de vida, novas formas de viver, sem necessariamente se prenderem ao que está prescrito³⁰. Nesse sentido, a disciplina tenta dominar todas as forças que se formam a partir da própria constituição da multiplicidade organizada e tenta neutralizar os efeitos de contrapoder que nascem formando resistência ao poder²⁰.

Nas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças desta operadora, predomina o poder disciplinar, com métodos de treinamentos coletivos e monitoramento, que são, ao mesmo tempo, técnicas globais e minuciosas, utilizando estratégias que sejam rápidas e pouco custosas visando a crescer a utilidade singular de cada elemento da multiplicidade²⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Decorrente da baixa eficácia na resolutividade dos serviços de saúde no modelo hospitalocêntrico, no qual as necessidades de saúde são simplificadas a problemas centrados no corpo, conformando projetos terapêuticos reducionistas e parciais com elevados custos operacionais⁷, a operadora analisada passou a incorporar gradativamente um processo de reestruturação produtiva, no qual utiliza estratégias de cuidado na busca por evitar o adoecimento de seus beneficiários para reduzir custos assistenciais, mas sem uma mudança eficaz no modo de produzir saúde.

Essa dinâmica da ressignificação produtiva impacta, conseqüentemente, a estratégia de *marketing* da operadora. Esses programas contribuem para a aproximação da operadora tanto dos beneficiários quanto da população, pois os resultados alcançados com os novos projetos terapêuticos introduzidos, associados à baixa expectativa em encontrar essas estratégias na saúde suplementar, aos olhos da população, atuam como elemento diferencial e complementar à assistência.

O programa tem atuado no sentido de estipular a maneira de agir conforme o interesse da ordem social, na qual os indivíduos não atuam como protagonistas de sua saúde. No desenvolver dessas ações, a operadora tem lançado mão de dispositivos disciplinares que disparam esse processo, ensinando como as pessoas devem viver e estimulando o autocuidado. Como instrumento, a comunicação em saúde tem sido uma importante aliada na capacitação dos beneficiários e tem buscado coordenar atitudes pessoais favoráveis a uma conduta dita correta, mas sem o foco na ampliação da autonomia. Para conduzir um processo contínuo de aprendizagem dos associados com relação aos determinantes de sua saúde, é necessário que a biopotência dos beneficiários seja estimulada, para que tenham conhecimento necessário para exercer sua autonomia, optando por decisões coerentes com suas prioridades e expectativas.

A operadora tem apostado no enfoque em ações direcionadas para a prevenção de riscos, tratamento e recuperação de agravos específicos, utilizando nesse processo tecnologias de disciplina centradas no corpo individual, não atuando em determinantes de saúde fundamentais que promoveriam melhores resultados na saúde da coletividade. As tecnologias de segurança dirigidas às populações pouco

têm sido utilizadas nesse programa, e o processo de trabalho produzido é pautado na lógica de fragmentação do cuidado, individualização dos beneficiários e separação em grupos restritos e segmentados.

Para que as necessidades de saúde ganhem sentido prático na perspectiva da integralidade, é necessário que as ações ofertadas estimulem a interação das pessoas no ato de cuidar, em suas condições singulares e compartilhadas na busca da boa saúde³¹. Conscientes de que os sentidos dados pelo processo saúde-doença dos indivíduos são compostos por diversos e complexos mecanismos, compreende-se a importância de apreender as singularidades que cada indivíduo é portador, para que tenham uma abordagem integral de acordo com suas características e necessidades. O ponto-chave da discussão é que, enquanto não forem assentadas práticas integrais e articuladas em processos que potencializem a autonomia da coletividade, essas ações estarão atuando de maneira isolada e insuficiente, com poucos resultados positivos para o processo saúde-doença da população e, conseqüentemente, com baixa implicação na mudança dos indicadores e dos modelos assistenciais em disputa na saúde.

REFERÊNCIAS

1. Cechin J. A história e os desafios da saúde suplementar: 10 anos de regulação. São Paulo: Saraiva; 2008.
2. Santos FP, Malta DC, Merhy EE. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. Cien Saúde Colet 2008; 13 (5): 1463-1475.
3. Brasil. Programa de Qualificação da Saúde Suplementar: nova perspectiva no processo de regulação. Texto base. Rio de Janeiro: ANS; 2009.
4. Almeida ES, Castro CGJ, Lisboa CA. O Conceito de saúde e do processo saúde-doença. In: Distritos Sanitários: concepção e organização. São Paulo: FSP/USP; 1998. p.11-13.
5. Lefevre F, Lefevre AMC. Promoção de saúde: a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira e Lent; 2004.
6. Malta DC, Cecílio LCO, Merhy EE, Franco TB, Jorge AO, Costa MA. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. Cien Saude Colet 2004; 9 (2): 433-444.
7. Franco TB, Merhy EE. Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde. [acessado 2009 jun 24] Disponível em: http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/reestruturacao_produtiva_e_transicao_tecnologica_na_saude_emerson_merhy_tulio_franco.pdf.
8. Franco TB. Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde: um olhar a partir do cartão nacional de saúde [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2003.
9. Duarte EJA. As operadoras de planos privados de assistência à saúde no marco do novo modelo de regulação [dissertação]. Rio de Janeiro: ENSP; 2003.
10. Brasil. Saúde suplementar. Brasília: CONASS; 2007.
11. Brasil. Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS; 2009.
12. Foucault M. Em defesa da sociedade. São Paulo: Martins Fontes; 1999.
13. Agamben G. O que é um dispositivo?. Tradução de Nilcéia Valdati. Santa Maria - RS: Palloti; 2006.

14. Minayo MCS, Souza ER, Constantino P, Santos NC. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 71-103.
15. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2008.
16. Czeresnia D. Ações de promoção à saúde e prevenção de doenças: o papel da ANS. Texto elaborado para o Fórum de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS; 2003.
17. Marchi R. Saudável lucro. [acessado 2009 jun 14]. Disponível em: <http://vocesa.abril.uol.com.br/aberto/online/saude/saudavel.shl>.
18. Fleury-Teixeira P, Vaz FAC, Campos FCC, Álvares J, Aguiar RAT, Vinícius AO. Autonomia como categoria central no conceito de promoção da saúde. Rev. Cien Saude Colet 2008; 13 (supl 2): 2115-2122.
19. Júnior AGS. Promoção à saúde e mudanças nas práticas da saúde suplementar. In: Brasil. panorama das ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças no setor suplementar de saúde. Rio de Janeiro: ANS; 2008. p. 71-76.
20. Foucault M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. Tradução de Raquel Ramalhete. 29nd ed. Petrópolis: Vozes; 2004.
21. Lima, RCD. SUS e as teias de diálogos (im)pertinentes para transformar a formação dos trabalhadores de saúde com vistas à humanização das práticas. Interface – Comunic Saude Educ 2009; 13 supl 1: 781-795.
22. Brasil. Panorama das ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças no setor suplementar de saúde. Rio de Janeiro: ANS; 2008.
23. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Critérios de análise do formulário de cadastramento dos programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças cadastrados na ANS. [acessado 2009 out 15]: [cerca 2 p.]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/Criterios_Analise_Programas.pdf
24. Brasil. Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar: manual técnico. 2nd ed. Rio de Janeiro: ANS; 2007.
25. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 39nd ed. São Paulo: Paz e Terra; 2009.
26. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Cien Saude Colet 2000; 5 (1):163–177.

27. Schwartz TD, Ferreira JTB, Maciel ELN, Lima RCD. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na Região de São Pedro, no município de Vitória/ES. Cien Saude Colet [periódico na internet]. [acessado 2009 set 23]. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3042
28. Franco TB, Merhy EE. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. Cien Saude Colet 2008; 13 (5): p.1511-1520.
29. Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal; 1979.
30. Pelbart PP. Vida capital: ensaios de biopolítica. São Paulo: Iluminuras; 2003.
31. Ayres JRJM. Entrevista: A discussão do sofrimento, o adoecimento e as emoções da Atenção Primária. In: Bolet In Integralidade em Saúde [periódico na internet] 2009 [acessado 2009 out 29]. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inford=1171&sid=1>.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Carta de Apresentação da Pesquisa nas Empresas

Prezado(a) Senhor(a)

Por meio da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), estou desenvolvendo uma investigação acerca dos modelos de incorporação tecnológica na saúde suplementar, intitulada: A promoção da saúde e a prevenção de doenças como dispositivos de mudanças nas práticas de cuidado na saúde suplementar no Espírito Santo.

A pesquisa tem como objetivo analisar a conformação interna do dispositivo de promoção da saúde e prevenção de doenças no âmbito da saúde suplementar no Estado do Espírito Santo. Está sob a coordenação da professora Dr^a. Rita de Cássia Duarte Lima. Para isso, pedimos a autorização para realizarmos nesta Instituição a coleta de dados necessária. Prevemos a realização de entrevistas com o gestor da operadora, coordenador do programa de promoção e prevenção, trabalhador de saúde do programa e com usuários.

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

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

Atenciosamente,

Prof^a. Dra. Rita de Cássia Duarte Lima

APÊNDICE B – Termo de Autorização das Empresas para Realização da Pesquisa

Eu, _____ (nome)
_____ (cargo/função)

autorizo a realização da pesquisa “A promoção da saúde e a prevenção de doenças como dispositivos de mudanças nas práticas de cuidado na saúde suplementar no Espírito Santo” nesta instituição. Afirmando que fui devidamente orientado sobre a finalidade e objetivo do estudo, bem como da utilização dos dados exclusivamente para fins científicos e sua divulgação posterior, sendo que meu nome será mantido em sigilo.

Local e data

Assinatura e carimbo da instituição

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

Título da Pesquisa: A promoção da saúde e a prevenção de doenças como dispositivos de mudanças nas práticas de cuidado na saúde suplementar no Espírito Santo.

Pesquisador Responsável: Rita de Cássia Duarte Lima

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Universidade Federal do Espírito Santo

Telefones para contato: (27) 3335-7287 (27) 8813-8818

Nome do voluntário: _____

Idade: _____ anos

R.G. _____

O Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “A promoção da saúde e a prevenção de doenças como dispositivos de mudanças nas práticas de cuidado na saúde suplementar no Espírito Santo”, de responsabilidade da pesquisadora Rita de Cássia Duarte Lima. O objetivo principal deste estudo é analisar o discurso dos trabalhadores de saúde e beneficiários que atuam nos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças desenvolvidos dentro da saúde suplementar, no Estado do Espírito Santo. Você foi selecionado por participar de um programa escolhido para estudo, mas sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com os pesquisadores, com o programa ou a operadora que você está vinculado, bem como com a Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em ser entrevistado por um período de trinta minutos à uma hora, sobre a sua participação no programa, considerando-se um roteiro de entrevista previamente definido. Os riscos relacionados com sua participação estariam relacionados ao sigilo sobre a sua

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

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

Eu, _____, RG nº _____
declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Vitória, _____ de _____ de _____

Nome e assinatura do entrevistado

Nome e assinatura do entrevistador

APÊNDICE D – Roteiro de Entrevista do Gestor da Operadora

Nome da Operadora:

Nome:

Cargo:

Formação:

Tempo na Operadora:

1. Como surgiu a idéia de ter um programa de promoção e prevenção? (Conte a história da decisão até a implantação desse programa).
2. Qual a cobertura (% sobre usuários ou valor nominal de beneficiários) do programa? Qual a abrangência do programa?
3. Como é seu programa de promoção e prevenção? (que atividades são consideradas de promoção e quais de prevenção à saúde?).
4. Que fatores foram mais importantes para a tomada da decisão em implantar o programa? (Houve unanimidade na operadora na decisão)?
5. O programa de promoção e prevenção é realizado com equipe própria?
6. Qual a equipe de profissionais que participam do programa?
7. Qual o papel de cada profissional no programa?
8. Quais os resultados esperados em relação ao programa?
9. Há metas definidas em relação à assistência à clientela que participa do programa? Quais? (Redução de custos, redução de internação, etc...).
10. Quais os critérios para o ingresso do beneficiário no programa? Quem toma a decisão em relação ao seu ingresso? Isso é previsto em contrato?
11. Qual o fluxo de ingresso do beneficiário no programa?
12. Há um limite de beneficiários para participar do programa?
13. É feito o vínculo dos beneficiários a uma determinada equipe? Esse vínculo se dá por afinidade do beneficiário com a equipe ou é determinado pela operadora?

14. Há um limite de beneficiários para se vincular a determinada equipe do programa?
15. Qual a forma de remuneração dos profissionais que operam o programa de promoção e prevenção?
16. Como se dá o contrato com a prestadora que opera o programa? E a forma de remuneração?
17. Há alguma exigência para a contratação da prestadora, tipo:
 - a. Composição da equipe de profissionais que vão operar o programa.
 - b. Funcionamento do programa.
 - c. Logística para realizar as ações de promoção e prevenção.
 - d. Estrutura e recursos para realizar as ações de promoção e prevenção.
 - e. Resultados esperados em relação ao programa.
 - f. Cumprimento de metas em relação à assistência à clientela assistida.
 - g. Outras. Quais?
18. Que avaliação a operadora tem do desempenho do seu programa ou do que foi contratado à prestadora do programa? Qual a opinião do gestor?
19. A operadora avalia o grau de satisfação dos beneficiários em relação ao programa?
20. A operadora faz algum acompanhamento do usuário que participa do programa?
21. Como você percebe a satisfação dos beneficiários em relação ao programa?
22. Com base na experiência do programa, você vivencia situações de conflito ou insatisfação de algum segmento (fornecedor, prestador, usuário, profissionais)? Como você lida com estes conflitos? Como eles são trabalhados?
23. Há alguma forma de parceria entre a operadora e o SUS?
24. Hoje você faria alguma alteração no programa?
25. Há alguma questão que gostaria de falar e não foi abordada?

APÊNDICE E — Roteiro de Entrevista do Coordenador do Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças

Nome da Operadora:

Nome:

Cargo:

Formação:

Tempo na Operadora:

1. Como surgiu a idéia de ter um programa de promoção e prevenção?
2. Qual a cobertura (% sobre usuários ou valor nominal de beneficiários) do Programa? Qual a abrangência do Programa?
3. Como é seu programa de promoção e prevenção?
4. Conte a história da decisão até a implantação desse programa.
5. Que fatores foram mais importantes para a tomada da decisão em implantar o programa?
6. Houve unanimidade na operadora na decisão de implantar o programa?
Se NÃO, quais as dúvidas mais freqüentes?
7. O programa de promoção e prevenção é realizado com equipe própria?
8. Qual a equipe de profissionais que participam do programa?
9. Qual a função de cada profissional no programa?
10. Quais as facilidades e dificuldades em manter o beneficiário freqüente ao Programa?
11. Quais os resultados esperados em relação ao programa?
12. Há metas definidas em relação à assistência à clientela que participa do programa? Quais? (redução de custos, redução de internação e consumo de insumos, etc...).

13. Quais os critérios para o ingresso do beneficiário no programa? Quem toma a decisão em relação ao seu ingresso? Isso é previsto em contrato?
14. Qual o fluxo de ingresso do beneficiário ao programa?
15. Há um limite de beneficiários para participar do programa?
16. É feito o vínculo dos beneficiários a uma determinada equipe? Esse vínculo se dá por afinidade do beneficiário com a equipe ou é determinado pela operadora?
17. Há um limite de beneficiários para se vincular a determinada equipe do programa?
18. Como se dá o contrato com a prestadora que opera o programa?
19. Há alguma exigência para a contratação da prestadora, tipo:
 - a. Composição da equipe de profissionais que vão operar o programa.
 - b. Funcionamento do programa.
 - c. Logística para realizar as ações de promoção e prevenção.
 - d. Estrutura e recursos para realizar as ações de promoção e prevenção.
 - e. Resultados esperados em relação ao programa.
 - f. Cumprimento de metas em relação à assistência à clientela assistida.
 - g. Outras. Quais?
20. Que avaliação a operadora tem do desempenho do seu programa ou do que foi contratado à prestadora do programa? Qual a opinião do gestor?
21. A operadora avalia o grau de satisfação dos beneficiários em relação ao programa?
22. Como você percebe a satisfação dos beneficiários em relação ao programa?
23. Com base na experiência do programa, você vivencia situações de conflito, ou, insatisfação de algum segmento (fornecedor, operadora, usuário, profissionais)?
24. Como você lida com estes conflitos? Como eles são trabalhados?
25. Hoje você faria alguma alteração no programa?
26. Há alguma questão que gostaria de falar e não foi abordada?

APÊNDICE F – Roteiro de Entrevista do Trabalhador da Equipe do Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças

Nome da Prestadora:

Nome do Coordenador:

Cargo:

Formação:

Tempo no Programa:

1. Como é o programa de promoção e prevenção?
2. Como e por que decidiu trabalhar no programa de promoção e prevenção? (história).
3. Quais os fatores foram mais importantes para vir trabalhar com o programa? (Solicitação dos beneficiários, preocupações com a prevenção e controle de doenças crônicas, a proposta contratual com a prestadora, benefícios financeiros, identidade profissional com a proposta assistencial, estrutura de trabalho oferecida pela prestadora, condições de trabalho...).
4. Há quanto tempo você trabalha no programa?
5. O Programa de promoção e prevenção tem uma sede operacional? (tipo de sede, recursos logísticos, materiais?)
6. Quais profissionais participam do programa?
7. Qual a sua função/processo de trabalho no programa?
8. Como funciona o programa? (Quais são atividades que são desenvolvidas? Quais são os objetivos? Que benefícios e diretos têm um beneficiário inscrito no programa? A equipe acompanha o beneficiário no seu plano terapêutico? Quanto é necessário buscar recursos de diagnóstico, tipo exames, que providências são tomadas?).

9. Quais os resultados esperados pela equipe em relação ao programa? (Redução de internação, redução de consumo, satisfação do beneficiário, redução de custos da assistência, etc...).
10. Há metas definidas em relação à assistência à clientela que participa do programa?
11. Qual a cobertura (% sobre usuários ou valor nominal de beneficiários) do programa? Qual a abrangência do programa?
12. Quais os critérios para o ingresso do beneficiário no programa? Quem toma a decisão em relação ao seu ingresso? Isso é previsto em contrato?
13. Qual o fluxo de ingresso do beneficiário ao programa?
14. Há um limite de beneficiários para participar do programa?
15. Quais as facilidades e dificuldades em manter o beneficiário freqüente ao Programa?
16. Como se dá o contrato com os profissionais? (vínculo empregatício, contrato como autônomo, contrato com cooperativa, outras modalidades).
17. Que avaliação você tem do desempenho do programa/equipe?
18. Vocês avaliam o grau de satisfação dos beneficiários em relação ao programa/equipe? (Como você percebe a satisfação dos beneficiários em relação ao programa/equipe?).
19. Com base na experiência do programa, você vivencia situações de conflito, ou, insatisfação de algum segmento (fornecedor, operadora, usuário, profissionais)?
 - a. Como você lida com estes conflitos? Como eles são trabalhados?
20. Hoje você faria alguma alteração no programa/equipe?
21. Há alguma questão que gostaria de falar e não foi abordada?

APÊNDICE G – Roteiro de Entrevista do Beneficiário do Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças

Nome da Operadora:

Nome:

Sexo:

Idade:

Tempo de contrato com o plano:

1. Como é o programa de promoção e prevenção?
2. Como você ficou sabendo do programa de promoção e prevenção?
3. Há quanto tempo têm assistência do programa de promoção e prevenção?
4. A sua entrada no programa ocorreu por quê?
5. Conte a história de sua entrada no programa.
6. Qual sua opinião sobre o programa?
7. Quais as principais vantagens do programa?
8. Das vantagens, selecione as três mais importantes para você e justifique?
10. Quais as dificuldades para utilizar o programa?
11. Você tem alguma sugestão para melhoria do programa?
12. Após sua entrada, você notou alguma diferença em relação a sua saúde?
13. Se sente mais independente, autônomo?
14. Qual é a sua opinião em relação ao funcionamento do programa?
15. Você vivencia situações de conflito na sua relação com os profissionais do programa? Cite.
16. Se você fosse sugerir alterações no programa, que sugestões você daria?
17. A equipe do programa de promoção e prevenção leva em conta a sua opinião em relação à assistência que vai ser prestada a você?

18. Além do programa, você acessa outros serviços de saúde? (benzedeira, terapias alternativas, igreja)
19. Você utiliza algum serviço do SUS? Com qual Freqüência? O que você pensa sobre o SUS?
20. O que você faz para seu auto-cuidado, para cuidar de você? (cuidado de si)
21. Você participa de alguma forma expressando sua opinião de como gosta de ser cuidado? (participação no projeto terapêutico)
22. A entrada no programa melhorou sua qualidade de vida? Explique
23. Há alguma questão que gostaria de falar e não foi abordada?

ANEXO

ANEXO A – Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa



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

Vitória-ES, 25 de Março de 2009

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

Para: Profa. Rita de Cássia Duarte Lima
Pesquisadora Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: **“Promoção e prevenção na saúde suplementar: o olhar dos trabalhadores de saúde”**

Senhora Pesquisadora,

Informamos à Vossa Senhoria, que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Projeto de Pesquisa, **Nº de registro no CEP – 156/08**, intitulado: **“Promoção e prevenção na saúde suplementar: o olhar dos trabalhadores de saúde”** e o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, **APROVOU** o referido projeto, em Reunião Ordinária realizada em 24 de Março de 2009.

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

Atenciosamente,

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

