

XXI Congresso - Cidade do México, 2 a 4 de setembro de 2010.

---

**Reestruturação Produtiva da Saúde Suplementar no Brasil: Programas de Promoção e Prevenção.**

**Reestructuración Productiva de la Salud Suplementaria en Brasil: Programas de Promoción y Prevención.**

Túlio Batista Franco, Prof. Dr. Da Universidade Federal Fluminense<sup>1</sup>.

Carlos Dimas Martins Ribeiro, Prof. Dr. Universidade Federal Fluminense.

Cláudia March, Ms. e Doutoranda pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Luciana Narciso, Especialista em Saúde Pública e Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal Fluminense.

**RESUMO.**

Este trabalho relata os resultados de uma pesquisa que tomou como tema os Programas de Promoção e Prevenção, no segmento da saúde suplementar. A metodologia se refere à pesquisa qualitativa, com estudo de casos, utilizando como fonte de dados a documentação disponível nas operadoras pesquisadas, revisão de literatura sobre o tema, entrevistas com informantes-chave, considerando-se como sujeitos da pesquisa os gestores e trabalhadores nos respectivos programas e os beneficiários inseridos nos mesmos. Os resultados demonstram que a principal motivação para implantação destes programas é o de redução de custos, havendo outros resultados como o melhor cuidado dos usuários e marketing comercial para as operadoras. Os critérios de ingresso de beneficiários são principalmente na população de idosos, portadores de doenças crônicas. Os Programas de Promoção da Saúde estão direcionados ao objetivo de reduzir os custos operacionais da operadora, melhora da condição de saúde dos beneficiários e agregar valor aos produtos das empresas. Conclui-se que estes programas representam uma importante reestruturação produtiva, com alterações no processo de trabalho, ascensão de novas categorias profissionais, e novos padrões de

---

<sup>1</sup> E-mail: tuliofranco@gmail.com.

cuidado. A promoção da saúde funciona como dispositivo biopolítico no processo de reestruturação da produção do cuidado, tendo em vista a sua prática de prescrição sobre os modos de vida, realizando o controle sobre a população que tenha aderido aos Programas.

Palavras-chave: Saúde Suplementar, Reestruturação Produtiva na Saúde, Prevenção e Promoção, Biopolítica.

#### RESUMEN:

Este trabajo relata los resultados de una investigación que tomó como tema los Programas de Promoción y Prevención, en el segmento de la salud suplementaria. La metodología, basada en un análisis cualitativo con estudio de casos, utiliza como fuente de datos la documentación disponible en las operadoras investigadas, la revisión de la literatura sobre el tema, entrevistas con informantes clave, considerando como sujetos de la investigación a los gestores y trabajadores en los respectivos programas y los beneficiarios insertos en los mismos. Los resultados demuestran que la principal motivación para la implementación de estos programas es la reducción de costos, existiendo otros resultados como el mejor cuidado de los usuarios y el marketing comercial para las operadoras. El criterio de ingreso de los beneficiarios es principalmente la población de ancianos, portadores de enfermedades crónicas. Los Programas de Promoción de la Salud están orientados al objetivo de reducir los costos operativos, mejora de las condiciones de salud de los beneficiarios y agregar valor a los productos de las empresas. Se concluye que estos programas representan una importante reestructuración productiva, con alteraciones en el proceso de trabajo, ascenso de nuevas categorías profesionales, y nuevos patrones de cuidado. La promoción de la salud funciona como dispositivo biopolítico en el proceso de reestructuración de la producción del cuidado, teniendo en cuenta su práctica de prescripción sobre los modos de vida, realizando el control sobre la población adherida a los Programas.

Palabras clave: Salud Suplementaria, Reestructuración Productiva en Salud, Prevención y Promoción, Biopolítica.

## INTRODUÇÃO

Nas décadas de 80 e 90 houve uma expansão significativa na área da saúde suplementar no Brasil. Estima-se que, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2009) relativos à população brasileira, e da ANS (2008), relativos aos beneficiários de planos de saúde, o número de brasileiros cobertos por operadoras de planos de saúde, excluindo planos exclusivamente odontológicos, tenha passando de 30,7 milhões em 2000 para 41,1 milhões de brasileiros em 2008. Desenvolveram-se múltiplas formas de gestão das operadoras, iniciando-se com a autogestão e diversificando-se para medicina de grupo, cooperativas, entre outras. Ressalta-se que a região sudeste concentra a maioria das operadoras e beneficiários do país (59%), seguidos da região Sul (17%) e Nordeste (13%), conforme dados da Agência Nacional de Saúde (ANS, 2005). Em relação aos estados da federação, São Paulo (43%) concentra a maior cobertura de beneficiários, seguidos do Rio de Janeiro (32%), Distrito Federal (29%) e Espírito Santo (22%). A Bahia concentra 10% dos beneficiários, estando em quinto lugar, dentro da região Nordeste. O setor suplementar apresenta duas divisões principais: os prestadores de serviços e as operadoras de planos de saúde. Os primeiros compreendem hospitais, médicos, clínicas médicas, laboratórios de análises clínicas e centros de diagnósticos por imagem. As operadoras de planos de saúde são compostas por cooperativas médicas, instituições filantrópicas, operadoras de autogestão, seguradoras especializadas em saúde e medicinas de grupo.

Na saúde suplementar, o modo de produzir saúde é caracterizado por um modelo technoassistencial de fragmentação do cuidado, pela ênfase na produção de procedimentos e pela concepção biologicista do processo saúde/doença que opera centrado no trabalho médico e na instituição hospitalar. Esse modelo de atenção foi elevando os custos financeiros para as operadoras de planos de saúde diante dos avanços tecnológicos e do aumento da expectativa de vida com complicações de

agravos. Pesquisas sobre os “Modelos de Incorporação Tecnológica na Saúde Suplementar” tem uma importância fundamental, pois se trata de investigar a tendência mundial de adotar novos modos de produção do cuidado, para fazer frente aos altos custos operacionais do setor. Diversas iniciativas têm sido adotadas nesse cenário, com a incorporação de tecnologias de cuidado inovadoras para o campo da saúde suplementar, tendo poucos estudos que investigam estas experiências.

Conforme demonstram outras pesquisas, existe um movimento de reestruturação produtiva em curso na saúde suplementar, incorporando novos modelos tecnoassistenciais, entre eles, a atenção domiciliar e a promoção da saúde e prevenção da doença (ANS, 2005; Franco *et al*, 2007). Estes modelos se inserem no campo geral da produção do cuidado, tendo impacto no processo de trabalho em saúde. Entendem-se os modelos tecnoassistenciais como projetos políticos de grupos sociais que visam intervir no processo saúde/doença presente em uma população, apoiando-se em determinadas concepções sobre os problemas de saúde e as práticas necessárias para enfrentá-los e contemplando as dimensões tecnológicas, organizativa e assistencial articuladas em torno do processo de trabalho em saúde (ANS, 2005; Silva Jr, 1998).

Nesse cenário, observa-se um esforço para substituir as práticas assistenciais mais usuais, centradas no ato prescritivo e em procedimentos, por modos de produção do cuidado alternativos, como são a atenção domiciliar e as práticas sanitárias que visam promover saúde e prevenir as doenças. Nas duas, a principal motivação das operadoras para a organização e a manutenção do funcionamento dos programas é a redução dos custos, que são muito elevados quando operam no modelo hegemônico. Instituem-se modos de cuidado menos custosos para determinadas situações clínicas, e que buscam evitar o aparecimento de enfermidades ou o agravamento de uma doença, como nas medidas de prevenção da doença e promoção da saúde.

Deve-se ressaltar que a concepção de reestruturação produtiva que tem por base o processo de incorporação tecnológica, que é adotado neste artigo, não diz respeito apenas às tecnologias duras, materiais, comumente referenciadas na densidade tecnológica proporcionada pelo complexo médico-industrial. Mas a adoção de novas práticas de cuidado, como aquelas relativas à Promoção da Saúde, envolvendo predominantemente tecnologias leve-duras e leves, como o conhecimento clínico, no primeiro caso, e aquelas relacionadas com processos produtivos mais relacionais, como no caso das segundas (Merhy, 2002).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vem buscando fortalecer a reorganização do modelo de atenção à saúde no setor, com estímulos às operadoras de planos de saúde a desenvolverem programas de promoção e prevenção de riscos e doenças. Tal perspectiva se articula com as políticas de saúde do Ministério da Saúde e pretende contribuir com a melhoria das condições de saúde dos beneficiários, com o fortalecimento de práticas cuidadoras e integrais que atendam as necessidades da população e com a redução de riscos no segmento da saúde suplementar (BRASIL, ANS; 2007). Acredita-se que a implantação de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças poderá ajudar as operadoras de planos de saúde a estreitarem os laços com seus beneficiários, tendo a oportunidade de aliar objetivos empresariais aos objetivos que permeiam a atenção à saúde de modo integral. “A primeira iniciativa da ANS no sentido de estimular que as operadoras de planos de assistência a saúde implantassem ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças para seus beneficiários foi a publicação da Resolução Normativa RN nº 94 em 23 de março de 2005”. (BRASIL, ANS; 2007).

A promoção da saúde e a prevenção de doenças referem-se a duas abordagens distintas, podendo ser complementares na prática do cuidado em saúde. Têm como marco a destacam-se, em 1974, o movimento da promoção da saúde, com a divulgação elaborada, em 1974, no Canadá, do Informe Lalonde, e a Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários em Saúde, realizada em Alma Ata, em 1978, nos quais se discute a relação entre morbi-mortalidade, estilos de vida e meio ambiente (BUSS, 2000; CZERESNIA, 2003). Desde este marco inicial, desenvolve-se uma multiplicidade de vertentes, abordando conceitos como equidade, articulação intersetorial e reorientação dos serviços de saúde. Assim, a abordagem tem como perspectiva a mudança nas condições de vida, a adoção de hábitos saudáveis e o monitoramento de fatores de risco, buscando a melhoria da qualidade de vida das populações. Enfatiza-se o fortalecimento da capacidade dos indivíduos e dos grupos sociais de transformar os processos sociais de tomada de decisão no sentido de um modo de conduzir vida com maior controle sobre as suas circunstâncias, livre de doenças evitáveis e em que as pessoas sejam capazes de enfrentar os estados ou condições de adoecimento.

A abordagem da prevenção de doenças, por outro lado, focaliza-se sobre o indivíduo e as mudanças de estilos de vida, intervindo para evitar o surgimento de agravos específicos. Desta forma, suas ações visam a redução de determinadas

enfermidades, utilizando-se de determinadas tecnologias de cuidado e prescrevendo normas de condutas que objetivam a mudanças de hábitos e a introdução de comportamentos saudáveis. A prevenção pode ser dividida em três níveis de atuação. O primeiro é a prevenção primária, caracterizada pelo monitoramento dos fatores de riscos para as doenças, o segundo é a prevenção secundária, focalizada na detecção precoce das enfermidades, e o terceiro é a prevenção terciária, que atua no tratamento e controle da doença instalada, evitando suas complicações.

Nesta investigação, os programas de prevenção e promoção foram pensados como dispositivo biopolítico. Biopolítico entendido como uma forma de disciplina sobre os corpos, ou, normatização dos modos de vida, que está associado ao biopoder, o poder sobre a vida exercido pelo soberano, conforme estudos do Foucault (1979), e que se estende às várias dimensões do viver no contemporâneo. Dispositivo entendido como um campo de correlações de força entre sujeitos sociais determinados, onde é posta em operação um conjunto de tecnologias e de práticas sanitárias visando certos objetivos econômicos e sociais, não havendo exterioridade entre técnicas de saber e estratégias de poder. Para Foucault, o poder consiste em relações de força, múltiplas e desiguais, móveis e instáveis, que não emanam unicamente de instâncias centrais, características do Estado, mas multiplicam-se através de todas as relações sociais, estando presente em todos os pontos da trama social.

Biopolítico porque é um dispositivo cuja finalidade é produzir a vida ou prescrever formas de vida determinadas, num processo generalizado de politização da vida (Foucault, 1999: 287; Agamben, 2004). Combinam-se tecnologias de disciplina – centradas no corpo individual – e tecnologias de segurança – dirigidas às populações, mas em ambos trata-se de tecnologias do corpo, sendo no primeiro caso, “tecnologia em que o corpo é individualizado como organismo dotado de capacidades” e, no segundo, “tecnologia em que os corpos são recolocados nos processos biológicos de conjunto”, representados pela espécie humana (Foucault, 1999: 297 e 2006). Contudo, como dispositivo biopolítico, operam no seu interior não apenas relações de poder que visam à condução de modos de vida determinados - considerados mais adequados aos objetivos econômicos e sociais visados -, mas, também, práticas de resistências nas quais se instauram maneira de viver que escapam a este controle sobre a vida.

Para Foucault, a biopolítica é uma estratégia de poder que se desenvolve no fim do século XVIII e durante o século XIX, na qual o Estado tem essencialmente a função

de incumbir-se da vida, de organizá-la, de multiplicá-la, de compensar suas eventualidades, de delimitar suas chances e possibilidades biológicas. O Estado assume o que poderia ser chamado de poder de regulamentação da vida, consistindo na fórmula “fazer viver e deixar morrer”, perpassando e modificando uma modalidade de exercício do poder anterior - o poder soberano -, centrado na fórmula inversa “fazer morrer e deixar viver” (FOUCAULT, 1999). Este novo tipo de poder também incorpora e se articula com o poder disciplinar, desenvolvido historicamente depois do poder soberano e anteriormente ao biopoder, caracterizado por atuar sobre os corpos individuais, seus gestos e 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 úteis e dóceis (FOUCAULT, 2004).

A biopolítica é centrada, prioritariamente, nos processos biológicos e na espécie humana. Tem por objeto a população e o conjunto de fenômenos coletivos que podem afetar a massa dos corpos individuais, tornando a saúde da nação um problema político. 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. 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).

Desta forma, embora as práticas de promoção da saúde e prevenção da doença compõem os principais ingredientes para manter a saúde da população em padrão alto e envolverem, em grande parte, ações relativas a bens que as pessoas consomem juntas, assumem, na saúde suplementar, características que permitam a manipulação pelos mecanismos de mercado, com vistas ao consumo privado (Sen, 2000; Callahan, 1998). Assim, predomina no modo de operação deste dispositivo na saúde suplementar, as práticas centradas no corpo individual, no interior daquilo que Foucault denomina tecnologias do eu ou cuidado de si (Foucault, 2006).

Além de se pensar a biopolítica como a forma de ditar a maneira de viver, há de se considerar também a resignificação conceitual e política dada por Pelbart (2003), no qual esta assume um aspecto positivo, não sendo mais o *poder sobre a vida*, mas a *potência da vida*. Nesta perspectiva, Pelbart (2003) nos chama atenção para possibilidade de existir outras formas de vida que são geradas pelos próprios sujeitos e

que escapam da biopolítica e do controle normativo do estado. Trata-se da biopotência que se refere a modos de vida que são exercidos pelos sujeitos e que escapam a prescrição dos programas de promoção e prevenção. Uma vez que o viver tem uma autopotência em produzir modos de vida singulares que não se originam de uma prescrição, ela estará sempre agenciando processos de singularização.

Há o pressuposto portanto de que estes programas apontam, por um lado, para a possibilidade do exercício de uma biopolítica, ou seja, de um controle sobre os modos de viver, mas, por outro, para a existência de formas de vidas que resistem aos processos de normatização, instaurando singularidades individuais e coletivas. 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, incluindo “a sinergia coletiva, a cooperação social e subjetiva no contexto de produção material e imaterial contemporânea” (PELBART, 2003, p. 83).

Ao descolar dessa concepção predominantemente biológica, esse termo ganha uma amplitude inesperada e passa a significar uma virtualidade molecular, energia, desejo, poder de afetar e ser afetado. Deixa assim de ter um sentido negativo de uma dimensão de controle e incorpora uma dimensão intensiva, ontológica e constitutiva (PELBART, 2003). Na biopotência, a gestão da vida 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 submetido ao que está prescrito.

Dessa forma, visamos um processo de trabalho nos serviços de saúde centrado nas necessidades específicas e de determinado momento da vida do usuário e organizado de forma a produzir cuidado, entendido como o conjunto de práticas que visa proteger e/ou promover a autonomia ou o exercício de um conjunto de liberdades que caracterizam uma vida.

A pesquisa foi realizada no âmbito do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense (RJ-BR), em cooperação técnica-científica com a Universidade Federal do Espírito Santo (ES-BR) e a Universidade Estadual de Santa Cruz (Bahia-BR), reunindo pesquisadores de várias áreas do conhecimento em saúde



coletiva. Permitiu uma expansão do conhecimento sobre o tema da promoção e prevenção na saúde suplementar, por meio de uma abordagem interdisciplinar que contemplou várias dimensões analíticas necessárias para a investigação do objeto em estudo proposto neste projeto. Aqui vamos relatar parte da pesquisa, contemplando os resultados de duas operadoras, uma cooperativa médica e outra medicina de grupo, ambas sediadas no estado do Rio de Janeiro (Brasil).

## **MÉTODO**

O método adotado nesta investigação foi a abordagem qualitativa, selecionando-se uma amostra intencional, onde se analisou experiências significativas no âmbito da promoção da saúde e prevenção das doenças no setor da saúde suplementar. Trata-se de um estudo de múltiplos casos considerados representativos do setor, em que foram selecionados dois casos para elaboração deste artigo. Investigou-se um fenômeno em seu contexto concreto, no qual os limites entre o fenômeno e o contexto constituem-se no próprio processo de abordagem do objeto de investigação (YIN, 1994).

No estudo qualitativo, dois níveis de análise podem ser caracterizados. No primeiro, tem-se o campo das determinações fundamentais, que corresponde à construção do marco teórico para a análise. No segundo nível tem-se o campo empírico da investigação, ou seja, os discursos dos sujeitos de pesquisa relativos ao dispositivo da Promoção e Prevenção no setor suplementar.

Na fase de trabalho de campo, foram realizadas entrevistas individuais, envolvendo gestores, e profissionais de saúde. Para a escolha dos sujeitos de pesquisa 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, obtendo-se, desta forma, atores de diferentes formações e que exercem variadas funções (MINAYO et al., 2005).

Do ponto de vista técnico, todo o processo qualitativo buscará vigilância interna através da triangulação como prova eficiente de validação, a saber: entrevistas individuais com diferentes atores e participação de, pelo menos, dois pesquisadores na etapa de aprofundamento / discussão coletiva do objeto de estudo. Como define Minayo, “a triangulação consiste na combinação e cruzamento de múltiplos pontos de vistas através do trabalho conjunto de vários pesquisadores, de múltiplos informantes e

múltiplas técnicas de coleta de dados”, enriquecendo a análise e favorecendo resultados mais eficazes (1996: 241). Em relação à amostra, é importante sublinhar que a diversificação da mesma e o processo de saturação do discurso que ocorreu durante o transcorrer das entrevistas foram importantes critérios de validação da investigação (Minayo, 1996).

Para as entrevistas foram elaborados os roteiros semi-estruturados, contemplando os diferentes sujeitos de pesquisa investigados. As entrevistas foram realizadas, em sua maioria, na sede das operadoras, sendo que todas foram gravadas em áudio através de gravador digital e transcritas para posterior análise.

O processo de análise obedeceu a três momentos, conforme sugere Minayo (1996). No primeiro, foi realizada a ordenação e a classificação inicial dos dados de cada programa de promoção da saúde e prevenção de doenças, incluindo-se a transcrição de fitas, a “*leitura flutuante*” – caracterizada por ser uma primeira aproximação com os dados empíricos – e a análise descritiva por programa.

No segundo momento, efetuou-se uma análise descritiva dos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças investigados, com vistas a construir as categorias empíricas centrais. Foi realizada uma leitura detalhada do mapa de entrevistas, objetivando caracterizar as estratégias biopolíticas presentes em cada operadora, buscando construir um quadro geral dos mecanismos biopolíticos postos em funcionamento do interior dos programas.

Por fim, no terceiro momento, concluiu-se o processo de análise, desenvolvendo-se a etapa interpretativa, na qual se aprofundou o momento anterior, estabelecendo-se um confronto entre o discurso dos entrevistados, e as reflexões teóricas em torno das categorias definidas acima.

## **RESULTADOS.**

### **O CASO DE UMA COOPERATIVA MÉDICA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (BRASIL).**

Esta cooperativa médica é de pequeno porte, realiza atividades de acompanhamento da sinistralidade, elaboração de relatórios e realização de campanhas de prevenção e outras ações em parceria com o cliente.

O programa de medicina preventiva foi criado com o intuito de empreender atividades de educação com enfoque na promoção e prevenção da saúde, com o objetivo central de reduzir os custos com doenças crônicas e internações. Atualmente, compõe dois outros programas intitulados “*de olho no peso*” e “*clube da mamãe*”.

O programa “de olho no peso” foi o primeiro programa a ser criado no escopo da medicina preventiva na Cooperativa, sendo escolhido como enfoque do estudo. Foi implementado em outubro de 2006, sendo idealizado pela médica da equipe que levou a proposta ao conselho diretor que por votação decidiu criar um espaço para que fossem desenvolvidas atividades direcionadas aos clientes que apresentassem algum risco à saúde, como por exemplo, hipertensos e diabéticos.

O principal objetivo do programa é promover a alimentação saudável e o controle do peso corporal, visto que a cooperativa identificou que um dos maiores problemas afetos à saúde apresentados pelos clientes estão relacionados à obesidade e dislipidemias. O trabalho é realizado com enfoque nos hábitos saudáveis, alimentação saudável e mudança do estilo de vida. É estabelecida uma meta de redução de 5% do peso total do grupo, respeitamos as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

Inicialmente, o programa foi implementado com os funcionários da Cooperativa, um projeto piloto que se organizou com base no perfil epidemiológico desses trabalhadores e que conseguiu como resultado implementar a ginástica laboral que é a atividade física para o trabalhador baseada no primeiro relatório do programa. O segundo passo foi trabalhar com o beneficiário buscando identificar a necessidade do controle da alimentação e promoção da atividade física; assim o primeiro grupo de surgiu após um ano do projeto piloto.

De acordo com a coordenadora do programa, duas preocupações levaram a implementação do programa. A primeira é a constatação de que um paciente com um problema grave de saúde gera um custo maior, provoca uma elevação da sinistralidade, ou seja, o custo acaba sendo excedido e isso gera um realocamento de custo maior para a empresa. A segunda questão está relacionada à qualidade de vida do usuário já que a pessoa saudável vive melhor, produz mais e o fato do programa mostrar uma preocupação com esse cliente gera uma grande satisfação por parte dele. A coordenadora reconhece que a medicina preventiva é também um grande marketing para a cooperativa, ou seja, constitui a parte “boa” da Operadora e o cliente paga por um produto que oferece um diferencial para ele.

Há pela operadora uma grande preocupação com o custo que um programa como este gera para a empresa, e o investimento na medicina preventiva gera resultados em longo prazo, então o programa teve que provar o seu valor para a prevenção para ser aprovado pela diretoria da empresa.

Critérios para de ingresso no programa: o foco é no paciente de risco, mas os pacientes tidos como “saudáveis” podem também participar do programa já que no futuro podem gerar um problema maior para a empresa. O paciente tem que ser cliente da Cooperativa, não há carência, e tem que estar dentro do perfil do programa, ou seja, ser hipertenso, ou diabético, portador de dislipidemias, obeso, baixo peso ou portador de outra comorbidade. O programa não trabalha com crianças, somente a partir de 11 anos, engloba idosos e trabalhadores no caso de outras empresas que se vinculam à cooperativa médica. È realizada uma triagem com o intuito de identificar pacientes com sobrepeso e obesidade ou alguma doença cardiovascular.

Cobertura: São atendidos mensalmente em torno de 40 usuários ao mês sendo a rotatividade trimestral.

Fluxo de ingresso: Geralmente os clientes são encaminhados pelo médico cooperado, mas podem ingressar no programa por iniciativa própria. É também realizada busca ativa dos clientes que apresentem o perfil do programa, encaminhamentos da auditoria que aponta pacientes internados ou que tiveram alta, levantamento de clientes com base no setor de estatística e atendimento do cliente-empresa direcionado por empresas conveniadas.

Ingresso: Todos os clientes são recebidos pela coordenadora, técnica em enfermagem, que realiza a consulta/triagem inicial a fim de identificar se o caso será acompanhado ou não.

### **A “Gestão Da Vida” e Funcionamento da Operadora.**

O cliente permanece no programa por três meses e participa de 15 encontros que se conformam no formato de palestras com temas variados sobre alimentação e atividade física, com duração aproximada de uma hora e meia, e há atividades de educação física.

As palestras englobam dinâmicas, atividades de grupo, vivência de casos trazidos pelos clientes, discussão coletiva, orientação nutricional, competições em grupo e dança. Após três meses no programa, o usuário permanece algumas semanas desenvolvendo os conteúdos teóricos em atividades práticas desenvolvidas em oficinas.

Há espaço físico destinado para as atividades, providenciado pela operadora, recursos audiovisuais, encartes como a pirâmide alimentar, e material impresso (folderes) destinado aos clientes com o resumo das palestras e dicas de alimentação saudável.

As palestras são realizadas pelas nutricionistas e pela professora de educação física, há exposição de material instrucional na recepção do programa, e parte dos recursos é viabilizado através de parcerias com outras empresas que disponibilizam brindes e outros produtos que estimulam a participação e adesão dos usuários no programa. A cada três meses após a alta do programa, um profissional entra em contato com o cliente monitorando sua condição de saúde.

O vínculo é uma diretriz importante do programa, configurando relações entre profissionais e destes com os clientes, produzindo uma ambiência agradável com o objetivo de acompanhá-lo. As informações quanto ao contexto de vida dos clientes são obtidas nos atendimentos individuais e nas vivências de grupo o que determina a natureza do cuidado que será oferecido ao usuário.

Para exemplificar o funcionamento do Programa, tomamos como exemplo, a título ilustrativo, um caso de adolescente de 15 anos, obesa, com baixa auto-estima, história de várias iniciativas frustradas para perda de peso, vinha sendo acompanhada por médico endocrinologista, que a encaminhou. Assim que fez ingresso no Programa, definiu-se seu projeto terapêutico que envolvia reeducação alimentar através de palestras e atividades lúdicas; atividade física orientada na academia de ginástica; estabelecimento de vínculo afetivo e efetivo com a equipe para fortalecer sua atividade no programa. O processo de cuidado demonstrou em 3 meses de atividades, o resultados de perda de peso significativa. A cliente relata que o programa “mudou a sua vida”, “deu um novo sentido”, conseguiu ajudá-la na afirmação da sua auto-estima e que hoje ela é “uma outra pessoa”. Afirma que ficou surpresa ao ser encaminhada a um programa de reeducação alimentar na Cooperativa Médica, porque desconhecia estratégias como essa, realizada por planos de saúde.

De fato se trata de novidade no âmbito da saúde suplementar. Neste caso após a alta do Programa, a beneficiária continuou sendo acompanhada para monitoramento da sua condição de saúde e manutenção do acompanhamento do projeto terapêutico. Verifica-se que o programa tem se mostrado eficaz, embora o tempo de três meses estabelecido para a frequência dos beneficiários às suas atividades seja considerando

por alguns como insuficiente, há certa flexibilidade para alguns casos onde é recomendada maior permanência.

A equipe multidisciplinar do programa é composta por:

Médica: participa da coordenação das atividades, sendo responsável pelo diagnóstico médico e avaliação dos encaminhamentos médicos enviados ao programa;

Técnica em enfermagem: realiza a triagem e acolhimento dos clientes, organiza e coordena o setor e a equipe. Responsável pelo monitoramento do cliente durante a permanência no programa;

Nutricionistas: realizam atendimentos individuais, desenvolvem as palestras e oficinas, aferem as medidas antropométricas, calculam as dietas e recomendam os cardápios;

Professora de educação física: trabalha a prática da atividade física de segunda a sexta-feira nos turnos da manhã e tarde, acompanha os pacientes para que eles desenvolvam uma atividade direcionada à sua patologia visando à manutenção da saúde.

São realizadas reuniões de equipe uma vez ao mês com o intuito de construir relatórios, discutir os casos individuais e reorientar o programa com base nas observações de cada profissional.

È realizado o gerenciamento do paciente crônico através de visitas domiciliares e contato por telefone.

### **O CASO DE UMA OPERADORA DE MEDICINA DE GRUPO.**

O Memorial Saúde é uma pequena operadora, com sede no Rio de Janeiro, e foco na assistência ambulatorial.

O Projeto Vida Memorial foi criado em 2006, e tinha como objetivo inicial resgatar pacientes crônicos, sobretudo idosos, que mostravam-se “perdidos na rede”, visitando diversas especialidades, a fim de proporcionar um atendimento personalizado, por uma equipe multidisciplinar, contratada em regime celetista para atender somente a um grupo de pacientes que formariam esse projeto piloto. Esta equipe é formada por dois médicos, uma enfermeira, uma nutricionista e uma psicóloga. Estes receberam uma lista de pacientes que utilizavam o plano com maior frequência e foram indicados pela operadora como a principal clientela para o Programa “Projeto Vida Memorial”.

Os contatos com os pacientes inicialmente geraram dúvidas quanto a eficácia do programa, aos direitos à assistência após ingresso no mesmo e o seu funcionamento.

Isto em função da novidade que representa um Programa como este na saúde suplementar. Superadas as primeiras dificuldades o Projeto Vida Memorial se firmou como a promoção da saúde da operadora, tendo o limite de trezentos pacientes inscritos, aos quais era determinado um tempo para a escuta durante o atendimento.

### **A “Gestão Da Vida” e Funcionamento da Operadora.**

O Memorial Saúde tem de cerca de 60 mil beneficiários. O Projeto Vida Memorial atende a aproximadamente 0,05% destes, operando com a capacidade limite de 300 participantes. Portanto, a amplitude do Projeto ainda é baixa, e em pouco tempo extrapolará o limite, sendo necessária a criação de novas equipes a fim de manter a qualidade do atendimento.

Critérios de Ingresso. O Projeto é dirigido a pacientes da terceira idade, com quadro clínico de doenças crônicas, como diabetes mellitus e hipertensão arterial, e principalmente por apresentar uma alta frequência de visitas aos ambulatórios. Entretanto, este último critério só foi utilizado na seleção de participantes, quando do início do Projeto. Atualmente todos os que sabem do Projeto e se enquadram nos critérios anteriores passam pela entrevista qualificada e podem ingressar no Projeto.

A seleção dos pacientes para ingressam no Programa se deu em três etapas: uma primeira etapa detectou os pacientes na rede de saúde da operadora, através de sistema gerencial, observando a procura por consultas nas especialidades; a segunda se deu por indicações dos próprios participantes ou médicos da rede que conheciam o Projeto e encaminhavam os pacientes para a entrevista qualificada; e a terceira se caracteriza pela entrada no Projeto antes mesmo do beneficiário utilizar a rede de saúde, sendo feito o convite para a entrevista qualificada no dia da compra do plano. Assim, segundo os profissionais, o Projeto tem funcionado como uma vitrine da operadora.

Fluxo de ingresso. Após passar pela entrevista qualificada (para ver se o beneficiário tem o perfil de ingresso do Projeto), o cliente é admitido e direcionado para todos os profissionais da equipe, exceto o fisioterapeuta, que é agendado conforme a necessidade.

Os usuários precisam freqüentar todos os profissionais, sendo lembrada sempre por estes a importância desse trabalho interdisciplinar. A Psicologia, além da Fisioterapia em caso de necessidade, é a única especialidade em que o paciente faz a opção quanto ao uso desde serviço, considerando a especificidade do acompanhamento

psicológico. A consulta individual com todos os profissionais é marcada mensalmente, e sua frequência controlada com cartão do cliente. Para facilitar o acesso são marcados vários profissionais para entrevista com o cliente no mesmo dia. O fluxo do Projeto contempla o encaminhamento para especialidades que não constam da equipe de base, ficando esta decisão com a coordenação do Projeto.

Para as atividades são utilizados recursos de mídia, instrucionais, e o discurso dos profissionais nas reuniões, palestras, oficinas de trabalho.

Além das consultas individuais com os diversos profissionais da equipe, são realizadas palestras de dois em dois meses, que perpassam assuntos diversos, não necessariamente relacionados apenas às doenças específicas do grupo, mas que abrangem um contexto de saúde mais amplo, que engloba questões emocionais inclusive, sendo alguns deles: os sonhos, sexo/amor na terceira idade, prática de atividades físicas, yogaterapia, filmes. As palestras são realizadas pelos profissionais da equipe ou convidados. São realizados mensalmente os chamados grupos de estudo ou grupos operativos, onde são abordados assuntos mais diretamente ligados às patologias do grupo e em como lidar com suas sintomatologias, com grupos menores a fim de propiciar maior interação com os usuários. Passeios externos pela cidade e festas como carnaval, e datas folclóricas são promovidas com os participantes do Projeto Vida Memorial.

Há uma vigilância sobre a conduta dos beneficiários ingressos no Projeto, que envolve o controle do cumprimento das suas normas. Isto é feito através do registro das atividades do beneficiário que estão relacionadas ao seu projeto terapêutico, tais como alimentação, exercícios físicos, etc... e informadas ao Projeto.

A coordenação do Projeto é feita por uma das médicas da equipe, entretanto são realizadas reuniões de equipe mensalmente, onde são discutidos os casos principais e práticas de cuidado. Há total liberdade da equipe para definição das suas condutas, no entanto, foram montados protocolos clínicos para cada especialidade antes de iniciar o atendimento no Projeto. Para a entrevista qualificada existe um roteiro com questionário fechado, com perguntas que englobam a frequência na rede Memorial, o que possibilita perceber o consumo do paciente e assim avaliar seu ingresso no Projeto sob o ponto de vista da redução destes custos.



Os profissionais relatam que não há metas definidas com relação ao Projeto, sendo prioridade manter a qualidade no atendimento e por isso fixaram um limite de 300 participantes no grupo, o que ainda não foi ultrapassado, visto que existem as entradas e saídas no plano de saúde.

A equipe multiprofissional do Projeto é composta por:

A enfermeira é responsável pela primeira acolhida do paciente quase sempre e é um elemento que parece estruturar o cuidado do usuário. Ela escuta o paciente, sua trajetória na rede, se houve intercorrências, se está frequentando as atividades, verifica o motivo das faltas quando há, afere pressão, dá instruções quanto ao uso de medicamentos, procedimentos de higiene.

A médica geriatra e psiquiatra coordena a equipe, quando necessário leva reivindicações ao gestor, é responsável por acompanhar os pacientes e fazer o encaminhamento/parecer para a rede Memorial, quando sente necessidade ou quando a equipe faz o pedido. O médico cardiologista fica responsável pela orientação mais específica aos pacientes com doenças cardiovasculares ou diabetes.

A nutricionista faz o controle do peso, dos índices de glicemia e pressão e trabalha reeducação alimentar com todos os pacientes.

A psicóloga atende os pacientes que desejam realizar o tratamento psicológico individualmente.

O fisioterapeuta atende um número menor de pacientes, os que necessitam de fisioterapia.

Há um importante estabelecimento de vínculo dos pacientes com todos os profissionais da equipe, e esta se responsabiliza pelo cuidado ao usuário. Grande parte dos participantes frequenta o Projeto desde sua criação. Há estabilidade da equipe, com poucas mudanças no período de funcionamento do Projeto. As atividades em grupos ou lúdicas, que envolvem a participação de toda a equipe, contribuiu para proporcionar o vínculo e a confiança dos usuários com os profissionais. Estes relatam que os pacientes do Projeto Vida Memorial foram compreendendo melhor a forma de sua atuação, relatam ter satisfação em trabalharem no Projeto, e consideram haver maior vínculo, interação entre profissionais e beneficiários.

Quando ocorrem intercorrências como internação de algum participante do grupo, geralmente em hospitais públicos, os outros pacientes informam à equipe, que procura saber o que aconteceu. Há também uma atividade de “busca ativa” de faltosos

ao Projeto, com identificação dos seus motivos para que a equipe procure solucionar possíveis problemas que levam à ausência de algum beneficiário, e recuperá-lo para o Projeto.

O projeto funciona em cinco salas para atendimento individual, sendo uma para cada profissional. Os espaços das atividades em grupos realizadas em auditório do Hospital Memorial e outras salas no mesmo prédio que funciona o Projeto.

As reuniões de equipe ocorrem mensalmente. A equipe conhece bem o público do Projeto, suas condições econômicas, psico-sociais, conhece sua história de vida e entende o contexto que favorece determinados hábitos do paciente, os fatores que influenciam seu bem-estar.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS:**

Três questões funcionam como dispositivos para a criação e funcionamento dos Programas de Promoção e Prevenção da Saúde no âmbito da Saúde Suplementar: \_ a Resolução da Agência Nacional de Saúde Suplementar que estabelece incentivos para a operadora em criar Programas desta natureza; \_ a possibilidade de redução de custos, na medida em que a Prevenção e Promoção têm como clientela preferencial pessoas geralmente idosas, com histórico de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão arterial e fazem uso exorbitante dos serviços de saúde; \_ o processo de reestruturação produtiva na saúde, que se verifica desde os anos 1980/90 e tem como base a mudança no modo de produção do cuidado, desenvolvendo formas de assistir à clientela que sejam menos custosas dos que as usuais, que têm por referência o modelo hegemônico. A onda de reestruturação das operadoras cria um ambiente favorável à implantação destes programas, que caminham *par e passu* com Programas de Atenção Domiciliar, tanto para procedimentos de menor complexidade, quando Internação Domiciliar.

Acredita-se que esta é uma tendência inexorável para a saúde suplementar, que não vai promover grandes alterações no seu modo de produzir o cuidado, mas vai desenvolver mudanças como estas, com o claro objetivo de reduzir seus custos. Mas há outros ganhos obtidos com a implantação da Promoção da Saúde, como foi demonstrado pela pesquisa. O primeiro, os beneficiários ganham com isto, pois têm mais opções para o cuidado à sua saúde, e objetivamente são mais bem assistidos quando dispõem deste tipo de tecnologia, embora a cobertura dos programas seja muito pequena se comparado ao total de beneficiários contratados, mas é o começo de algo

que tende a crescer no setor. Outro ganho fundamental é o marketing, pois como também foi demonstrado, as operadoras utilizam dos seus programas para atrair clientes, tendo operadoras que admitem a frequência nestes programas de beneficiários recém ingressos, como forma de fixá-los como clientes dos seus serviços.

Em relação ao funcionamento e processo de trabalho nos Programas de Promoção da Saúde, nas operadoras pesquisadas, observa-se uma coincidência em quase todos os quesitos verificados, são eles: \_ critérios de inclusão, sempre direcionado ao público altamente consumidor de consultas e procedimentos, geralmente crônicos; \_ equipe multiprofissional, e este item é sobretudo interessante porque trata-se de uma novidade na saúde suplementar, que sempre trabalhou quase exclusivamente com médicos. Há profissões emergentes que têm sido mais contratadas agora, tais como nutricionista, educador físico e fisioterapeuta, além naturalmente do enfermeiro já assimilado há mais tempo no trabalho junto com o médico; \_ projetos terapêuticos é o item que sofre mais alterações quanto a diversidade de atividades, e elas vão depender do perfil do Programa que está sendo conduzido. Mas coincidem na questão de que há pouca flexibilidade do beneficiário em decidir sobre algum procedimento, ou projeto terapêutico, havendo operando que adota um sistema de "vigilância" sobre o cumprimento das determinações do programa. Aqui está a disputa sobre o projeto biopolítico da promoção da saúde, enquanto uma diretriz de regulação da vida, e de prescrição de certos modos de viver.

Toma-se a biopolítica neste estudo, como uma referência importante, inspirada no conceito de Foucault (1979), mas aplica-se seu conceito para uma situação vivenciada em uma organização, e não necessariamente como uma política de estado, na medida em que se admite que a biopolítica não precisaria ser necessariamente conduzida pelo estado, mas ela pode ser desenvolvida por qualquer entidade, desde que esta tenha possibilidade de indicar certos modos de viver à população à qual tem acesso, ou exerce algum poder de controle sobre a mesma. A biopolítica, portanto vista como uma dimensão do biopoder que é exercido pela Promoção da Saúde funcionaria como dispositivo de regulação da vida, ditando certas regras do viver, de acordo com o que é prescrito pelo saber que se inscreve no núcleo duro das profissões da saúde.

As operadoras pesquisadas têm sistemas de controle da vida dos beneficiários que ingressam nos Programas de Promoção da Saúde. As regras são definidas pelos protocolos, ou, prescritas pela equipe, havendo alguma possibilidade de negociação do

projeto terapêutico mas há uma alta afirmação do controle sobre o modo de vida. A promoção da saúde portanto é um dispositivo biopolítico no caso das operadoras da saúde suplementar, na sua fase de reestruturação produtiva.

Não se faz um julgamento de valor sobre o conceito operatório de biopolítica ou biopoder, apenas a constatação de que Programa de Promoção da Saúde operam como biopolíticas. Uma análise sobre os programas pesquisados pode-se verificar que em muitos casos funciona para cumprimento de metas de saúde, como por exemplo, redução do peso e de massa corporal em paciente obeso, o que produz efeitos muito positivos para a saúde e auto-estima dos beneficiários como se viu. Mas falta autonomia do beneficiário, e na falta de liberdade sua potência de vida fica reduzida, ou seja, a questão que fica a ser resolva é o quanto ele está se produzindo como sujeito pleno para a vida. Os programas devem apostar na autonomia como valor, e prevenir contra a heteronomia dos sujeitos em relação aos próprios programas. Esta questão fica em aberto, mas a “vigilância” sobre os beneficiários já indica que a produção de sujeitos plenos é frágil.

#### Referências Bibliográficas.

1. Agamben G. Homo Sacer. O poder soberano e a vida nua. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2004.
2. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Duas Faces da Mesma Moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar. Rio de Janeiro, 2005.
3. Berlinguer G. Ética da saúde. São Paulo: Hucitec; 1996.
4. BRASIL, ANS. Manual Técnico: Promoção da Saúde e Promoção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar. 2ª. Edição revisada e atualizada. Rio de Janeiro, 2007.
5. BRASIL, ANS. Manual Técnico: Promoção da Saúde e Promoção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar. 2ª. Edição revisada e atualizada. Rio de Janeiro, 2007.
6. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Revista Ciência & Saúde Coletiva. 2000; 5(1):163-177.
7. Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde. Conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003
8. Callahan D. False Hopes: why america's quest for perfect health is a recipe for failure. New York: Simon & Schuster; 1998.
9. CSN (Conselho Nacional de Saúde). Resolução nº 196 de 10 de outubro. In: Bioética 1996; 4 (2), suplemento: 15-25.
10. Foucault M. A hermenêutica do sujeito. São Paulo: Martins Fontes; 2006
11. Foucault M. Em defesa da sociedade. São Paulo: Martins Fontes; 2005.
12. Foucault M. História da sexualidade I: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1979. 2ª ed.
13. Foucault M. Segurid, território e población. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2006.

14. Franco et al. Atenção Domiciliar na Saúde Suplementar: revelando os processos de trabalho. Rio de Janeiro, 2007. (<http://www.hucff.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/implantacaoad/textos.php>; acesso em novembro de 2007).
15. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
16. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 4 ed. São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 1996.
17. Neves MP. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. Revista Brasileira de Bioética 2006; 2 (2): 157-172.
18. Nussbaum MC. Beyond the social contract: toward global justice (The Tanner Lectures on Human Values). Cambridge University, Cambridge; 2003.
19. Nussbaum MC. Women and human development. The capabilities approach. Cambridge: Cambridge University Press; 2000.
20. Pelbart, P.P. Vida Capital: ensaios de biopolítica. Editora Iluminuras, São Paulo, 2003.
21. Ribeiro CDM & Schramm FR. Atenção médica, transplante de órgãos e tecidos e políticas de focalização. Cadernos de Saúde Pública 2006; 22: 1945-1953.
22. Sen AK. Desenvolvimento como liberdade. São Paulo: Companhia das Letras; 2000.