

Promoção da saúde no âmbito da saúde suplementar: relações e tensões entre operadoras, beneficiários e agência reguladora estatal¹

Health promotion in the health insurance: relationships and tensions between private plan providers, beneficiaries and state regulatory agency

Kênia Lara Silva

Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. Departamento de Enfermagem Aplicada. Belo Horizonte, MG, Brasil.
E-mail: kenialara17@gmail.com

Andreza Trevenzoli Rodrigues

Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil.
E-mail: andrezatrevenzoli@yahoo.com.br

Resumo

Analisam-se as relações entre operadoras, beneficiários e agência estatal na oferta, utilização e regulação de programas de promoção da saúde. Estudam-se casos múltiplos, cujos dados foram obtidos de entrevistas com 40 participantes (gestores, profissionais e beneficiários) de seis operadoras de planos de saúde em Belo Horizonte/MG, além de observação de ações desenvolvidas nos programas. A análise revelou tensões entre as lógicas que orientam a atuação da agência reguladora, a oferta de programas pelas operadoras e os interesses dos beneficiários. As operadoras objetivam reduzir custos e atrair clientes. Os beneficiários buscam cuidados integrais, mas enfrentam restrições ao acesso. A agência reguladora incentiva aproximação entre o setor suplementar e as diretrizes públicas de saúde, contudo os meios utilizados têm potencial reduzido de transformação. Há uma lógica de acumulação de capital que determina e tensiona a promoção da saúde na saúde suplementar.

Palavras-chave: Saúde Suplementar; Promoção da Saúde; Setor Privado.

Correspondência

Kênia Lara Silva
Escola de Enfermagem. Sala 508.
Avenida Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia. Belo Horizonte, MG,
Brasil. CEP 30130-100.

¹ Pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), sob processo número 476890/2011-0.

Abstract

The relations between private plan providers, beneficiaries and the state agency in the provision, use and regulation of health promotion programs will be analyzed. Multiple case studies will be investigated, cases whose data were obtained from interviews with 40 participants (managers, professionals and beneficiaries) of 6 health operators in Belo Horizonte/MG, besides participant's observation developed in the programs. The analysis revealed tensions between the logics that guide the actions of the regulatory agency, the provision of programs and the interests of the beneficiaries. Providers aim to reduce costs and attract customers. Beneficiaries seek comprehensive care, but face restrictions on access. The regulatory agency encourages further rapprochement between the industry and public health guidelines, but the means have reduced transformation potential. There is logic of capital accumulation that determines and tensions health promotion in health insurance.

Keywords: Supplemental Health; Health Promotion; Private Sector.

Introdução

O artigo apresenta e discute parte dos resultados de uma pesquisa que abordou a relação entre os programas de promoção da saúde e o modelo assistencial praticado no setor de saúde suplementar. A análise dos referidos programas produziu resultados que apontam para a pertinência de ampliar a discussão sobre conflitos de interesses entre operadoras de planos de saúde, beneficiários e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

O setor de saúde suplementar é composto pelas ações e serviços de saúde prestados pela iniciativa privada. No Brasil, a saúde suplementar viabilizou-se nos anos de 1970, a partir da crise do modelo médico previdenciário e pelo forte incremento da modalidade convênio-empresa (Menicucci, 2011). Desde então, há um expressivo aumento da parcela da população que utiliza planos e seguros privados de saúde (Noronha; Santos; Pereira, 2011).

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

O marco regulatório do setor suplementar de saúde ocorreu em 1998, com a Lei Federal nº 9656, que regulamentou os planos privados de saúde no Brasil. Em 2000, foi publicada a Lei Federal nº 9961, por meio da qual foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A ANS é uma autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, cuja finalidade institucional é desenvolver estratégias nacionais de regulação do setor suplementar (Andrade et al., 2009; Ceccim et al., 2009).

A ANS surgiu como novidade para regular um setor complexo, sustentado e permeado por uma lógica econômica e composto por atores com interesses antagônicos (Pó, 2011). Assim, a constituição de uma instituição dentro do Ministério da Saúde

para regular o mercado privado resultou em desafios referentes à disparidade entre os interesses capitalistas do mercado privado e os objetivos de proteção social do Sistema Único de Saúde (SUS) (Noronha; Santos; Pereira, 2011).

Ante ao desafio de alinhar o modelo praticado pelo setor suplementar - caracterizado como biológico e médico-centrado (Jorge; Coelho; Reis, 2007) - aos ideais das políticas públicas, a ANS iniciou, no ano de 2004, um processo de indução de mudanças na lógica assistencial, por meio de incentivos à implantação de programas de promoção da saúde (Brasil, 2008).

Neste âmbito, o esforço de influenciar na qualidade da atenção prestada na saúde suplementar pode ser traduzido pelo Programa de Qualificação da Saúde Suplementar. Dentro desse programa, a avaliação do desempenho das operadoras é realizada pelo Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), calculado a partir de indicadores definidos pela ANS, dentre os quais está incluso o cadastramento e monitoramento de projetos de promoção da saúde e prevenção de doenças junto à agência (Brasil, 2010). Mas o principal foco da atenção regulatória é dirigido ao rol de procedimentos obrigatórios, tais como o controle de preços dos planos e o tempo de espera para atendimento das demandas médico-hospitalares (Silva et al., 2013).

A promoção da saúde, como proposta para viabilizar a reorientação do modelo assistencial, constitui-se como um campo de saberes e práticas amplo e complexo, cuja definição não pode limitar-se a um conceito, o que leva a diferentes abordagens sobre a temática (Silva; Sena, 2010).

Neste sentido, a abordagem mais moderna e com maior potencial de transformação do modelo assistencial parte do entendimento da promoção da saúde como um campo político e ideológico útil para analisar e atuar sobre os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. Tais determinantes e condicionantes dizem respeito às circunstâncias propiciadas pelos aspectos físicos, sociais, econômicos e culturais nos quais os indivíduos e coletivos estão inseridos (Moysés; Moysés; Krempel, 2004; Pedrosa, 2004). Nessa concepção, sobressai um conjunto de práticas que privilegiam o envolvimento dos sujeitos

nos processos de tomada de decisão em espaços participativos, construtivos e direcionados para promover a autonomia e o protagonismo dos indivíduos e comunidades (Pedrosa, 2004).

Considerando os interesses econômicos do setor privado de saúde, questiona-se a abordagem de promoção da saúde na saúde suplementar. Pressupõe-se que há o predomínio de uma lógica de racionalização de custos que perpassa a oferta dos programas, em detrimento de práticas emancipatórias fundamentadas nos princípios da promoção da saúde. Assim, parece prevalecer uma tensão entre a racionalidade econômica e os interesses dos beneficiários, na presença da indução de programas de promoção da saúde pela ANS.

Desse modo, o presente artigo objetiva analisar os interesses dos diferentes atores envolvidos na oferta, utilização e regulação de programas de promoção da saúde no setor suplementar.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, ancorado no referencial teórico-metodológico da hermenêutica-dialética. No que tange à interação entre hermenêutica e dialética, ambas referem-se à práxis estruturada pela tradição, linguagem, poder e trabalho. Contudo, enquanto a hermenêutica enfatiza a unidade de sentido e o consenso, a dialética se orienta para a busca dos núcleos obscuros e contraditórios para sustentar uma crítica (Minayo et al., 2005; Habermas, 1987).

O percurso metodológico do estudo foi estruturado em três etapas: exploratória, de trabalho de campo e de compreensão dos dados.

Na etapa exploratória, procedeu-se à identificação e reconhecimento das operadoras que desenvolviam programas de promoção da saúde em Belo Horizonte e/ou região metropolitana, por meio de busca na base de dados da ANS. Nesse levantamento foram identificadas 79 operadoras, dentre as quais foram selecionadas as 39 que atendiam a uma faixa de beneficiários acima de 5.000 vidas.

Do universo das 39 operadoras, procurou-se identificar aquelas que ofereciam programas de promoção da saúde. Esse movimento mostrou-se bastante desafiante, uma vez que as informações sobre os programas nas operadoras não são explí-

citadas e nem todos os programas desenvolvidos são registrados na ANS.

Dentre as 23 operadoras que confirmaram, por contato telefônico, o desenvolvimento de programas de promoção da saúde, quatro operadoras da modalidade autogestão (operadoras 1, 4, 5, 6) e duas operadoras de medicina de grupo (operadoras 2 e 3) aceitaram o convite para participar da pesquisa e foram incluídas na segunda etapa do estudo.

Foi realizado um estudo de casos múltiplos. Os casos de análise foram os das seis operadoras de saúde suplementar que ofertam programas de promoção da saúde e que aceitaram o convite para compor o estudo. Em cada um dos casos, foram identificadas unidades de análise distintas constituídas pelos programas de promoção da saúde que, incluídas no estudo, caracterizaram a modalidade de casos múltiplos incorporados, segundo tipologia descrita por Yin (2005).

O trabalho de campo foi realizado em duas fases. Na primeira, foram realizadas entrevistas com roteiro semiestruturado com representantes da gestão das operadoras e/ou coordenadores dos programas de promoção da saúde, objetivando identificar informações gerais sobre a organização dos serviços prestados e dos programas em questão, a sua abrangência, o perfil da clientela, o acesso e adesão dos beneficiários aos programas, as relações entre operadoras e ANS.

A segunda fase do trabalho de campo constituiu-se da análise em profundidade de entrevistas com profissionais e beneficiários, com intuito de aprofundar o conhecimento dos casos em estudo e a observação dos participantes das atividades dos programas investigados, além dos documentos referentes a estes últimos.

Para garantir o anonimato das instituições e atores do estudo, foram omitidas as razões sociais e nomes. Assim, a caracterização das operadoras foi organizada em sequência numérica aleatória (1 a 6) e foram atribuídos códigos aos atores entrevistados, conforme o seguinte exemplo: gestor OP1 e fisioterapeuta OP1 correspondem, respectivamente, às entrevistas com gestor e fisioterapeuta da operadora 1.

Os programas analisados tiveram foco em grupos de idosos e ofereciam: atividade física (OP 6), condicionamento físico (OP 1), oficina de memória (OP

1), dança (OP 1), consciência corporal (OP 1) e yoga (OP 6). Foram identificados também programas destinados ao controle e tratamento da obesidade (OP 2 e OP 4), reeducação alimentar (OP 2), nutrição (OP 5), além de ações para gestantes e puérperas (OP 5), educação em saúde do trabalhador (OP 5) e grupos de adolescentes (OP 1).

As entrevistas com profissionais tiveram foco no processo de trabalho e nas suas relações entre si e com os usuários. Nas entrevistas com os beneficiários, buscou-se elucidar as formas de acesso, bem como suas motivações, expectativas e avaliações sobre os programas.

Na construção do protocolo de pesquisa, foram previstos a utilização de fontes múltiplas e o encaideamento das evidências na apresentação e interpretação dos resultados como elementos para ampliar e favorecer a validade do construto do estudo de caso. Neste sentido, a observação foi uma estratégia utilizada para captar os valores, conceitos e tecnologias que não necessariamente seriam captados em entrevista, quando geralmente se fala do “dever ser” e não do que realmente é, ou de como cada um interpreta a cena vivida, sem expressar necessariamente os conflitos (Feuerwerker; Merhy, 2008).

O empírico do estudo, constituído de quatro entrevistas com gestores das operadoras (OP2, OP3, OP4, OP6), cinco entrevistas com coordenadores dos programas de promoção da saúde (OP1, OP2, OP3, OP4, OP5), uma entrevista com gestor de uma prestadora terceirizada (OP1), quatorze entrevistas com profissionais (OP1, OP2, OP4, OP5, OP6) e dezesseis entrevistas com usuários (OP1, OP2, OP4, OP5, OP6) que somaram 1.013 minutos de gravação em áudio. Compuseram também o *corpus*, 33 páginas de registro em diário de campo referentes às observações das práticas estudadas.

A interpretação do conjunto dos seis casos estudados foi realizada a partir da estratégia de síntese de casos cruzados, proposta por Yin (2005). A técnica trata cada caso individual como um estudo separado e busca investigar se os diferentes casos compartilham semelhanças ou particularidades importantes que possam refletir categorias temáticas.

Neste processo, os dados oriundos das entrevistas e observações foram comparados e triangulados para elaboração de uma descrição analítica do caso

de cada operadora. Este tipo de descrição apresenta, também, as ideias que estão subjacentes aos discursos dos sujeitos de pesquisa.

Sequencialmente, foi realizada uma leitura transversal dos casos, por meio da qual se identificaram categorias temáticas relacionadas à problemática e aos objetivos da pesquisa. As encontradas neste estudo foram: abordagem da promoção da saúde revelada nos programas; modelo de atenção praticado pelas operadoras: que lugar ocupa a promoção da saúde?; tensões para a promoção de saúde na saúde suplementar: atravessamentos do capital. Trataremos, neste artigo, da terceira categoria.

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

Todas as etapas deste estudo respeitaram os preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, tendo sido o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, com o parecer número 0581.0.203.000-11. A coleta de dados foi precedida da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido por parte de todos os sujeitos do estudo.

Resultados e discussão

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

A análise cruzada dos casos conduziu à compreensão de uma lógica dominante de acumulação de capital, na saúde suplementar, mediada por programas de promoção da saúde, configurando um processo de replicação literal (Yin, 2005) tanto nas operadoras de autogestão quanto nas de medicina de grupo. Revelaram-se resultados semelhantes nos

casos múltiplos, confirmando-se a existência de um fenômeno particular desses casos: o capital como determinante do investimento na promoção da saúde.

Assim, as distintas formas conceituais e jurídicas de operar planos privados, com características comerciais lucrativas (como é o caso das operadoras de medicina de grupo) ou não (no caso das operadoras de autogestão), não se expressaram em diferenças nos interesses das operadoras quanto aos programas de promoção da saúde.

O *marketing* e a oferta de produtos novos, como os programas de promoção da saúde, representam, para as operadoras, a possibilidade de atrair e fidelizar clientes. Neste sentido, os discursos são emblemáticos para revelar a lógica de acumulação de capital atrelada às estratégias de prevenção de riscos e agravos, por meio das quais se torna possível reduzir o consumo de serviços de alto custo.

[...] O objetivo das operadoras é reduzir sinistralidade. [...] A gente hoje atua onde já gastou; tem custo, a gente intervém (Gestora OP 2).

Quando falamos de promoção da saúde, a gente está visando sempre o custo. É impossível falar que estou tratando da saúde só porque é bacana, não é (Coordenador OP 5).

Tem o ganho de saúde para o paciente, a redução de custos para o convênio e marketing para o comercial (Gestora OP 2).

Os discursos dos participantes são reveladores dos interesses das operadoras de planos de saúde. Elas veem nos programas de promoção da saúde a possibilidade de superar uma possível crise no setor suplementar, ocasionada pela concorrência de mercado e altos custos operacionais com a assistência médico-hospitalar.

Para aqueles que realizam programas de promoção da saúde e não conseguem aprovação da ANS, mas ainda assim investem, eu acredito que seja primeiro pela tendência, e segundo porque a saúde suplementar está em uma crise que, se a maioria dos concorrentes falarem: “mexe nisso que dá certo”, todos os outros vão atrás. Não é por coisa muito profunda, está em crise (Gestora OP 2)

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

Nós precisamos pegar essas pessoas ativas e prepará-las para envelhecer bem, com qualidade, com saúde. [...] Envelhecendo menos doente, isso abaixaria o sinistro da carteira. Então essa é a lógica dos programas de promoção e prevenção (Gestor OP 6).

A gente está tentando fazer com que nossa saúde, ela se torne sustentável. Se ele (o usuário) emagrece ou não engorda, ele vai ter menor consumo com medicamento e aí eu consigo melhorar o tratamento dele, mas também melhorar o meu custo. A gente não vai conseguir fechar as contas no futuro se a gente não atuar na prevenção, evitar o adoecimento (Coordenador OP 5).

Alguns autores também discutem a necessidade de investimento em ações de promoção da saúde, melhoria de qualidade de vida e gerenciamento de condições de saúde da população em geral (Malta et al. 2011; Freitas et al., 2011) e, em especial, para os idosos (Veras, 2012).

A oferta dos programas é apontada como um diferencial de qualidade e cuidado com a saúde dos beneficiários. Essa é uma das estratégias de *marketing* utilizadas pelas operadoras e transmitidas por meio de informes e propagandas.

Eu acho que a promoção da saúde é um diferencial para a operadora porque não é toda empresa de saúde que tem o programa (Gestora OP 2).

Porque a gente tem que trabalhar o marketing, a divulgação. [...] Então, a gente produz os folders para serem distribuídos, faz o e-mail marketing pra divulgação, com objetivo de provocar o encantamento das pessoas, através de coisas atrativas e diferentes (Coordenador OP 3).

Então, a divulgação para os programas, ela é feita através de mala direta, por mensagem de texto para celulares, o e-mail marketing, informações divulgadas no site, na rede social e na revista própria da operadora (Coordenadora OP 1).

A criação de estratégias com potencial para reduzir custos e contribuir com a sustentabilidade financeira das instituições não pode e não deve ser desconsiderada. Contudo, parece haver tensões, marcadas pelo atravessamento do capital, que limitam as intervenções de promoção da saúde a uma abordagem sobre os determinantes individuais da saúde, com pouco alcance das premissas transformadoras de um modelo assistencial que exigiria o investimento na autonomia dos sujeitos, no empoderamento e na participação comunitária. Esses elementos não foram revelados nas entrevistas e nas observações das práticas analisadas configurando-se como desafios para fazer avançar um modelo de justiça social que supere a lógica de acumulação de capital.

Cabe ressaltar que o interesse de “melhorar a saúde” dos beneficiários, com a prevenção de agravos e com ações destinadas à melhoria da qualidade de vida, também está presente nos discursos e parece ser legítimo, mas não supera a lógica mercadológica dominante no campo, revelando uma importante contradição na oferta dos programas de promoção da saúde.

A gente fica repetindo todo o tempo para tentar convencer a mãe que precisa mudar os hábitos para essa criança ter vida saudável, com foco, também, na redução de custos (Coordenadora OP 5).

Então, nós temos várias atividades que o objetivo é embutir na cabeça das pessoas a vida saudável. [...] Envelhecendo menos doente, isso abaixaria a sinistralidade da carteira. [...] Evidente que tem a questão humana, da pessoa ter qualidade de vida de fato, mas é claro que não é só isso, tem todo um contexto de custo aí envolvido (Gestor OP 6).

Os relatos anteriores transmitem a ideologia dos estilos e hábitos de vida saudáveis. Em geral, esse tipo de intervenção incentiva uma nova escala de consumo que dinamiza o mercado de outros produtos, bens e serviços, tais como artigos para práticas de atividade física, dietas balanceadas, dentre outros (Jouval Jr., 2011). Trata-se de uma abordagem proposta pelo Relatório Lalonde, na década de 1970, que enfatiza as intervenções sobre o comportamento dos indivíduos com vistas ao enfrentamento dos altos custos com assistência médica (Buss, 2000). Contudo, nessa

vertente há poucas estratégias que alteram os macro-determinantes do processo saúde-doença.

Na perspectiva de quem oferta os programas de promoção da saúde, a lógica dominante é a da acumulação do capital, operacionalizada na redução de custos assistenciais, na atração e na fidelização de clientes e na transferência de responsabilidade para os beneficiários. Mas esse processo é tensionado pelos interesses antagônicos dos sujeitos em disputa.

Nesse sentido, os beneficiários parecem buscar os programas (ou são levados a eles) implicados com outras formas de lidar com sua própria saúde e encontram neles oportunidades de socialização e criação de vínculos. Com isso, os programas são ressignificados no modo de viver dessas pessoas, que passam a ter ali um espaço de amizades e novas relações subjetivas em um contexto marcado pela carência de cuidado.

O grupo de diabéticos tornou-se um grupinho de amigos e isso não é programa de prevenção. Então, queremos mudar o enfoque, ampliar o número de pessoas e o modelo de abordagem (Gestor OP 4).

Aqui, tudo faz bem para a saúde, até pegar ônibus, sair de casa, encontrar as pessoas que a gente tem afinidade e também aquelas que não batem tão bem assim (Beneficiária 4 OP 6).

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

É quase uma família, tanto com o grupo, quanto com o profissional que está assessorando. Ela está conosco há sete anos (Beneficiária 5 OP 1).

Os resultados indicam que os programas de promoção da saúde passam a representar para os beneficiários novos espaços de produção do cuidado em uma sociedade em que a busca pela atenção é um valor cultural a ser resgatado. Essa discussão é ampliada por Freitas et al. (2011) ao revelarem que tais programas representam para os beneficiários da saúde suplementar um espaço de socialização,

construção de parcerias e possibilidade de enfrentamento de sofrimentos. Essa lógica, de certa forma, supera o modo tradicional de organizar os serviços na saúde suplementar e contribui para a mudança do modelo assistencial praticado no setor: biologicista, médico-centrado e pouco produtor de cuidado (Pimenta et al., 2012).

Luz (2005) contribui com esse debate ao analisar a crise da saúde e da medicina na cultura contemporânea. Ela afirma que as práticas médicas, pouco cuidadoras, caracterizadas por relações neutras e objetivas entre terapeuta e paciente, têm deixado várias lacunas relacionadas à subjetividade dos indivíduos. A frieza técnica da relação entre os dois atores sociais não satisfaz a necessidade de cuidados demandada pelos pacientes e resulta na busca por outras práticas que possibilitem relações socialmente complexas em que estão presentes elementos simbólicos e subjetivos.

No entanto, o acesso dos beneficiários a esse tipo de programa na saúde suplementar, frequentemente, é limitado a certos grupos que apresentam critérios de risco para adoecimento e também àqueles que têm disponibilidade para participar das atividades nos horários e locais propostos pelas operadoras. Essa limitação de acesso evidencia que as atividades de promoção não se configuram como direito dos beneficiários, mas atendem, principalmente, aos interesses das operadoras. Em parte, isto se deve à desregulamentação de programas no setor privado, o que demonstra o quanto este aspecto é problemático no campo (Silva et al., 2013).

Além disso, ao focalizar em grupos de risco, institui-se um mecanismo biopolítico de controle dos “vulneráveis”. Na perspectiva foucaultiana, a biopolítica funciona como dispositivo de regulação da vida, ditando regras sobre o viver, de acordo com o que é prescrito por certa racionalidade (Foucault, 1985). Neste sentido, outros estudos também demonstram que os programas de promoção da saúde do setor suplementar operam com base em uma biopolítica, por meio de atos prescritivos que determinam os hábitos de vida que são considerados saudáveis pelas hegemonias (Ribeiro et al., 2011; Reis; Puschel, 2009; Freitas et al., 2011).

No tripé de interesses em disputa (operadoras, beneficiários e agência reguladora), a ANS, como

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

Além disso, a agência reguladora expõe, como seu objetivo, a reorientação do modelo assistencial predominante no setor suplementar, por meio do incentivo à criação e aprimoramento de programas preventivos e promocionais. Contudo, os meios utilizados para incentivar a mudança foram revelados, nas entrevistas com os participantes do estudo, como conflituosos devido à falta de clareza das resoluções normativas que contêm as diretrizes para a organização e desenvolvimento dos programas, além das exigências estruturais que, de acordo com os gestores entrevistados, dificilmente são alcançadas.

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

Um dos nossos problemas com a ANS é esse, a operadora focou em qualidade. Então, o nosso grupo de obesidade mórbida, ele tem seis meses de duração e a ANS não tem essa leitura. A leitura da ANS é quantidade, eu posso encontrar o obeso uma vez, mas eu tenho que encontrar dez por cento de todos os obesos (Gestor OP 2)

Os gestores e coordenadores entrevistados revelaram que, para reconhecer e aprovar os programas e, por conseguinte, aumentar a pontuação que qualifica as operadoras no mercado de planos de saúde, a agência reguladora impõe normas de acordo com aquilo que entende como prioridade. As prioridades consideradas pela ANS são baseadas em estudos epidemiológicos nacionais, que apontam para a necessidade de investimentos nas áreas de atenção à criança e adolescente, adulto e idoso, saúde da mulher e saúde mental, com foco no estímulo à atividade física, alimentação saudável, prevenção e combate ao tabagismo, dentre outros

(Brasil, 2011). Mas a inflexibilidade de tais normas, associada à limitação ou inexistência de um espaço aberto para discussão sobre os programas desenvolvidos, resulta em conflitos e resistências, revelados nas críticas de gestores entrevistados e também pelo fato de alguns programas continuarem a ser ofertados, mesmo não sendo reconhecidos pela ANS, por não satisfazerem às suas exigências.

Você não termina de ver uma legislação, e a ANS já solta outra. Você fica perdido de tá acompanhando o que a ANS quer (Coordenador OP 1).

A própria forma que a ANS tem de fazer a regulação dificulta muito. São RN's [Resoluções Normativas] mais RN's; uma revogando a outra e nós ficamos perdidos. Então, o registro dos programas junto à ANS, da forma que ela coloca, fica praticamente inviabilizado. Primeiro porque você tem que ter um número enorme de beneficiários nos programas e nem sempre você vai ter essa amostragem enorme porque nem todo mundo quer e você não pode obrigar. [...] A forma que nós temos para cadastrar os programas é super complexa, super confusa (Gestor OP6)

A elaboração de manuais técnicos e a realização de seminários para orientação sobre a organização e planejamento dos programas foi uma das estratégias criadas pela ANS para tentar, por meio de um suporte teórico e técnico, instruir sobre os principais problemas encontrados em programas avaliados pela agência reguladora, quais sejam: baixa abrangência e cobertura, baixa consistência técnica dos programas, ausência de monitoramento e avaliação, ausência de medidas para garantir a sustentabilidade (Brasil, 2008). Mas a grande diversidade de temas e a complexidade da regulação em saúde explicitam que o conhecimento e *expertise* técnica não devem prescindir do diálogo entre os atores envolvidos, inclusive da participação social, visto que a regulação deve atender aos objetivos da sociedade (Pó, 2011).

Há que se considerar a importância da estrutura, fundamentos e institucionalização dos programas do setor suplementar para que as estratégias não se limitem a pequenos grupos, sem objetivos e resultados definidos e com atividades pontuais, sem atingir representatividade. Contudo, o estabelecimento de

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

Ante ao exposto, é possível inferir que os incentivos da ANS não são suficientes para determinar os investimentos no campo, visto que as operadoras analisadas continuam mantendo programas que não foram inscritos ou aprovados junto à ANS, em razão de representarem para as operadoras a possibilidade de satisfazerem suas conveniências de mercado ou complementarem as estratégias assistenciais. Os achados do estudo permitem tal afirmação uma vez que, no conjunto das operadoras analisadas, foram identificados 13 programas de promoção da saúde em oferta, dos quais somente cinco estavam inscritos na ANS. Vale ressaltar que o registro foi identificado em apenas duas operadoras, aquelas com maior carteira de beneficiários.

Além disso, a diversidade de programas e de formas de organização, que extrapolam as ações nas linhas de cuidado incentivadas pela ANS, também aponta para uma influência normativa relativa da agência e evidencia ideais distintos dos atores em disputa.

Esse mapa de conflitos, formado pela divergência entre os interesses manifestados por operadoras, beneficiários e ANS, remete a uma discussão sobre os desafios da regulação em um sistema de saúde dual, com ideais antagônicos.

Assim, considerando os objetivos primordiais de mercado do setor privado de saúde, fica explícito o desafio de se regular práticas de saúde fundamentadas nos princípios e diretrizes do SUS, os quais incluem a promoção da saúde como proposta para enfrentar os determinantes sociais do processo saúde-doença, tendo a integralidade como premissa.

Esse desafio estrutural e histórico teve sua origem na abertura para a existência de serviços privados de saúde e consolidou-se com a criação de uma agência específica (ANS) para regular apenas parte do setor, com grande independência do Mi-

nistério da Saúde (Noronha; Santos; Pereira, 2011). Essa contradição é evidenciada no fato de a ANS constituir-se como uma política pública que atua junto a grupos que buscam fazer prevalecer seus interesses particulares.

Essa discussão remete aos questionamentos de Cohn (2011) sobre a possibilidade de haver um órgão de regulação para todo o sistema de saúde brasileiro tratando indiferenciadamente os interesses de mercado e os preceitos do SUS. A mesma autora coloca, ainda, que a ANS, enquanto órgão de regulação vinculado ao Ministério da Saúde, não tem avançado muito além das ações realizadas por organizações dedicadas à defesa do consumidor, restringindo assim seu papel.

O que se pode dizer, a partir dos resultados deste estudo, é que as ações regulatórias desenvolvidas pela ANS, no âmbito dos programas de promoção da saúde, explicitam lacunas que apontam para a necessidade de ações com maior potencial para promover o funcionamento adequado dos serviços prestados, através do controle de qualidade das práticas de saúde ofertadas e da educação dos usuários dos planos de saúde quanto aos seus direitos. A clareza nos processos regulatórios também sobressaiu como aspecto que precisa ser aprimorado pela agência reguladora.

Na promoção da saúde, é mister ampliar os espaços de diálogo entre agência reguladora e operadoras, no sentido de melhorar a compreensão sobre o ideário da promoção da saúde e sobre as possíveis estratégias de implantação de práticas ancoradas nos princípios norteadores referentes à concepção holística, equidade, intersetorialidade, participação social e sustentabilidade. Nessa perspectiva, a regulação pública deve se fortalecer no desenvolvimento de ações capazes de garantir o interesse público, que é orientado pela centralidade nas necessidades de saúde das pessoas e não na lógica do capital.

Cabe ressaltar que a Constituição Federal abre espaço para a oferta de serviços privados de saúde, desde que estejam de acordo com as premissas do SUS. Então, além das ações assistenciais, o setor suplementar também tem o dever de integrar práticas preventivas e de promoção da saúde, não como um “*plus*” do plano, mas como parte essencial do conjunto de serviços prestados.

Se assim for, acredita-se que as relações entre operadoras e seus beneficiários poderão ocorrer de forma mais justa, através da garantia do direito à saúde de forma integral.

Considerações finais

O conjunto de dados analisados evidenciou que os programas de promoção da saúde estão atrelados à lógica de acumulação de capital expressa na sustentabilidade ou lucratividade por parte das operadoras.

Nessa perspectiva, as operadoras veem nos programas a possibilidade de superação da concorrência de mercado e dos altos custos assistenciais. No entanto, essa lógica mercadológica não considera os indicadores sociais da saúde e não incorpora os fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, o objetivo de qualificar a assistência e de promover a saúde dos beneficiários foi revelado como secundário, ante aos interesses comerciais da iniciativa privada.

Os beneficiários, por sua vez, veem nos programas a possibilidade de satisfazer algumas necessidades psicoemocionais, por meio da socialização e do vínculo com seus pares e com os profissionais envolvidos. Contudo, a focalização dos programas em alguns grupos, definidos conforme conveniência das operadoras, evidencia que a promoção da saúde no contexto estudado não se configura como direito.

Neste cenário, a ANS, como estatal responsável pela regulação do setor privado de saúde, incentiva a aproximação entre o setor suplementar e as diretrizes das políticas públicas de saúde, as quais vislumbram a integralidade da assistência com todas as suas implicações. Contudo, os meios utilizados pela agência reguladora parecem ter potencial reduzido de transformação, visto que há manutenção da lógica de produção hierarquizada e fragmentada, a falta de clareza de informações, além de estratégias que mantêm foco em ações restritas à prevenção primária.

Os resultados apontam para a incoerência entre o ideário da promoção da saúde e as conveniências capitalistas que determinam a organização dos serviços da saúde suplementar. É premente, portanto, criar ou fortalecer políticas regulatórias mais claras e dialógicas, com potencial para ajustar, minimamente,

os dois subsetores da saúde (público e privado) de modo que ambos se organizem para ofertar serviços potentes para promover a saúde das pessoas.

Vislumbra-se maior articulação da saúde suplementar com os campos de ação da promoção da saúde através da superação das barreiras setoriais, com a criação de parcerias potentes para ampliar os investimentos em políticas públicas e ambientes saudáveis. Neste sentido, é indispensável reorientar o modelo assistencial praticado pela saúde suplementar, por meio da elaboração de estratégias que estimulem empoderamento e autonomia dos sujeitos, em detrimento do enfoque curativo e preventivo predominantes.

Referências

ANDRADE, E. L. G. et al. Análise dos modelos assistenciais praticados pelas operadoras de planos de saúde em Minas Gerais. In: PEREIRA, R. C.; SILVESTRE, R. M. (Org.). *Regulação e modelos assistenciais em saúde suplementar*: produção científica da Rede de Centros Colaboradores da ANS - 2006/2008. Brasília, DF: OPAS, 2009. p. 87-118.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Programa de qualificação da saúde suplementar*: qualificação das operadoras. Rio de Janeiro, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar*. Rio de Janeiro, 2011.

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

- COHN, A. Questionando conceitos: o público e o privado na saúde no século XXI. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Org.). *Gestão pública e relação público-privado na saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2011. p. 267-274.
- CECCIM, R. B. et al. Imaginários sobre a perspectiva pública e privada do exercício profissional em saúde e a educação da saúde. In: PEREIRA, R. C.; SILVESTRE, R. M. (Org.). *Regulação e modelos assistenciais em saúde suplementar: produção científica da Rede de Centros Colaboradores da ANS - 2006/2008*. Brasília, DF: OPAS, 2009. p. 199-233.
- FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, DC, v. 24, n. 3, p. 180-188, 2008.
- FOUCAULT, M. *História da sexualidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- FREITAS, P. S. S. et al. A percepção dos usuários sobre a oferta de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças: o caso de uma operadora de autogestão. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 449-459, 2011.
- HABERMAS, J. *Dialética e hermenêutica: para a crítica da hermenêutica de Gadamer*. Porto Alegre: LPM, 1987.
- JORGE, A. O.; COELHO, K. S.; REIS, A. T. A perspectiva da promoção à saúde e a prevenção de doenças no setor suplementar. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *A regulação da atenção à saúde no setor suplementar: histórias e práticas*. Rio de Janeiro: ANS; Brasília, DF: OPAS, 2007.
- JOUVAL JR., H. E. Políticas e estratégias governamentais de regulação. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Org.). *Gestão pública e relação público-privado na saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2011. p. 265-270.
- LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 145-176, 2005. Suplemento.
- MALTA, D. C. et al. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis entre beneficiários da saúde suplementar: resultados do inquérito telefônico Vigitel, Brasil, 2008. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 2011-2022, 2011.
- MENICUCCI, T. M. G. A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Org.). *Gestão pública e relação público-privado na saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2011. p. 180-197.
- MINAYO, M. C. S. et al. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 71-103.
- MOYSÉS, S. J.; MOYSÉS, S. T.; KREMPEL, M. C. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção da saúde: a experiência de Curitiba. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 627-641, 2004.
- NORONHA, J. C.; SANTOS, I. S.; PEREIRA, T. R. Relação entre o SUS e a saúde suplementar: problemas e alternativas para o futuro do sistema universal. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Org.). *Gestão pública e relação público-privado na saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2011. p. 152-179.
- PÓ, M. V. Institucionalidade e desafios da regulação na área da saúde no Brasil. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Org.). *Gestão pública e relação público-privado na saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2011. p. 243-266.
- PEDROSA, J. I. S. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 617-626, 2004.
- PIMENTA, A. M. et al. Ações de prevenção de riscos e doenças no setor suplementar de saúde. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 16, n. 4, p. 564-571, 2012.
- REIS, M. L.; PUSCHEL, V. A. A. Estratégia de saúde da família no sistema de saúde

suplementar. *Revista da escola de enfermagem da USP*, São Paulo, v. 43, p. 1308-1313, 2009. Suplemento 2.

RIBEIRO, C. D. M. et al. (Org.). *Saúde suplementar, biopolítica e promoção da saúde*. São Paulo: Hucitec, 2011.

SILVA, K. L.; SENA, R. R. *Poder, autonomia e responsabilização: promoção da saúde em espaços sociais da vida cotidiana*. São Paulo: Hucitec, 2010.

SILVA, K. L. et al. O direito a saúde: desafios revelados na atenção domiciliar na saúde suplementar. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 773-784, 2013.

VERAS, R. P. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, p. 1834-1840, 2012.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2005.

Contribuição dos autores

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

Recebido: 26/01/2014

Reapresentado: 29/05/2014

Aprovado: 28/07/2014