

Promoção da saúde no setor suplementar: terceirização, microrregulação e implicações no cuidado

Health promotion in supplementary health care: outsourcing, microregulation and implications for care
Promoción de la salud en la salud suplementaria: la externalización, microrregulación y las implicaciones para la atención

**Kênia Lara Silva¹, Roseni Rosângela Sena¹, Andreza Trevenzoli Rodrigues¹, Fernanda Lopes Araújo¹,
Stephanie Marques Moura Franco Belga¹, Elysângela Dittz Duarte¹**

¹ Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática de Enfermagem. Belo Horizonte-MG, Brasil.

Como citar este artigo:

Silva KL, Sena RR, Rodrigues AT, Araújo FL, Belga SMMF, Duarte ED.
Health promotion in supplementary health care: outsourcing, microregulation and implications for care.
Rev Bras Enferm. 2015;68(3):423-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680315i>

Submissão: 09-02-2015 **Aprovação:** 11-04-2015

RESUMO

Objetivo: analisar programas de promoção da saúde no setor suplementar. **Método:** estudo de caso múltiplo de abordagem qualitativa, cujos dados foram obtidos em entrevistas com coordenadores de prestadoras contratadas pelas operadoras de planos de saúde de Belo Horizonte, submetidos à Análise Crítica do Discurso. **Resultados:** a atenção domiciliar foi apresentada como a principal ação no campo da promoção da saúde transferida para as prestadoras, seguida de gerenciamento de doentes e de casos e dos grupos de educação em saúde. Em todos os programas é questionável a existência dos princípios da promoção da saúde. A terceirização é marcada por um processo micro-regulatório restritivo, com cisão entre a gestão dos custos e a gestão do cuidado. Há implicações desse processo na captação e intervenção sobre as necessidades dos beneficiários. **Conclusão:** os discursos foram reveladores da racionalização de custos, reestruturação do trabalho e reprodução da lógica de acumulação do capital dominante na saúde suplementar.

Descritores: Serviços Terceirizados; Saúde Suplementar; Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Objective: to analyze health promotion programs in the supplementary health care. **Methods:** This was a multiple case study with a qualitative approach whose data were obtained from interviews with coordinators of providers contracted by the corporations of health insurance plans in Belo Horizonte, Minas Gerais. The data were submitted to Critical Discourse Analysis. **Results:** Home care has been described as the main action in the field of health promotion transferred to the providers, followed by management of patients and cases, and the health education groups. The existence of health promotion principles is questionable in all programs. Outsourcing is marked by a process with a division between cost and care management. Implications of this process occur within admission and interventions on the needs of the beneficiaries. **Conclusions:** Statements revealed rationalization of cost, restructuring of work, and reproduction of the dominant logic of capital accumulation by the health insurance companies.

Key words: Outsourced Services; Supplemental Health; Health Promotion.

RESUMEN

Objetivo: analizar programas de promoción de la salud en los sistemas privados. **Método:** estudio de caso múltiplos con un enfoque cualitativo, cuyos datos fueron obtenidos de entrevistas con los coordinadores de los proveedores contratados por los operadores de los planes de salud de Belo Horizonte. Los datos fueron presentados al Análisis Crítico del Discurso. **Resultados:** atención domiciliar se ha descrito como la principal acción de la promoción de la salud transferido a los proveedores, seguido de la gestión de los pacientes y los grupos de casos y educación para la salud. En todos los programas es dudosa la existencia de los principios de promoción. La externalización es marcada por un proceso de fractura entre la gestión de costos y gestión de la atención. Hay implicaciones de este proceso en la captación e intervención en las necesidades de los beneficiarios.

Conclusiones: los discursos fueron reveladores de racionalización de costos, la reestructuración del trabajo y la reproducción de la lógica dominante de la acumulación de capital.

Palabras clave: Servicios Externos; Salud Complementaria; Promoción de la Salud.

AUTOR CORRESPONDENTE Kénia Lara Silva E-mail: kenialara17@gmail.com

INTRODUÇÃO

O setor de Saúde Suplementar é composto pelas ações e serviços de saúde prestados pela iniciativa privada complementar ao Sistema Único de Saúde de caráter público, no Brasil. Caracteriza-se como um setor sustentado e permeado por uma lógica econômica e composto por atores com interesses antagônicos. Pode-se afirmar que o modelo assistencial praticado é o médico-hegemônico e procedimento-centrado com poucas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos e riscos o que leva a um consumo acrítico de tecnologias⁽¹⁾.

Nos últimos anos, mediante estímulos da Agência Reguladora Nacional - ANS, parte das operadoras tem buscado rever os paradigmas e construir um modelo assistencial de qualidade com investimentos na promoção da saúde⁽²⁾. As ações de promoção da saúde podem ser consideradas como um conjunto heterogêneo de estratégias de extrema importância na consolidação de políticas que visem a saúde da população e devem ser utilizadas na implementação de modelos de atenção à saúde baseados na produção do cuidado integral e autonomizado⁽³⁻⁴⁾.

Nessa direção, diferentes estratégias e programas de promoção da saúde foram incorporados pelas operadoras e parecem responder à demanda de modernização e redução de custos por implementar uma nova lógica assistencial que se opera com outros profissionais e outras estratégias de cuidado⁽⁴⁾. A proposta de incentivo aos programas de promoção também responde às expectativas do beneficiário, seja pela possibilidade de prevenção de doenças e melhoria da qualidade de vida, bem como pela obtenção de descontos e prêmios oferecidos pela operadora⁽⁴⁾.

Reconhecem-se os interesses em disputa na oferta de promoção da saúde na saúde suplementar e visualiza-se, ainda, um componente de reestruturação imbricado nos programas que se revela na terceirização da oferta e da gestão das ações. Assim, considera-se que o investimento em promoção da saúde na saúde suplementar pode ser um dispositivo que inclui novas relações de trabalho, alterações nas formas de contratação e prestação de serviços e substitutividade nas práticas em saúde.

A terceirização e outras formas de transformações organizacionais no mundo do trabalho compõem o complexo cenário da reestruturação produtiva. Na saúde, tanto no sistema público quanto no sistema privado, a terceirização é uma tendência, em especial nos hospitais, que se manifesta em dois movimentos: um voltado diretamente a profissionais com a contratação de cooperativas de trabalho e outro com a alocação e prestação de serviços nas atividades meio e fins⁽⁵⁾.

No serviço público, a terceirização tem sido empregada com a justificativa de manutenção da qualidade, quantidade e preço dos bens e serviços fornecidos por particulares por meio da regulação do Estado⁽⁶⁾. Essa regulação parece, no entanto, ser alvo de disputas na saúde suplementar, em que a assistência ao usuário é

estabelecida a partir da relação operadora-prestadora-usuário, porém ditada por uma regulação externa determinada pela ANS⁽²⁾.

As tensões no campo da saúde suplementar não são recentes e caracterizam-se por um profundo processo de racionalização, com a submissão dos estabelecimentos de saúde a uma lógica econômica, terceirização dos serviços, automação crescente dos processos diagnósticos; desmembramento do ato médico global em múltiplos atos diagnósticos e terapêuticos realizados por vários profissionais, médicos ou não⁽⁷⁾.

Considerando que a ANS tem como alvo da regulamentação a capacidade da operadora de manter-se no mercado, o direito dos usuários e os produtos, os valores e a cobertura dos programas⁽²⁾, compreende-se que há aspectos da oferta de programas de promoção da saúde que atravessam a relação entre operadoras-prestadoras-usuários que estão à margem do processo macro-regulatório. Desse modo, questiona-se como se processa essa oferta e as relações estabelecidas na terceirização, bem como as implicações na produção do cuidado, entendendo que este é um campo de micro regulação.

A microrregulação é um conjunto de mecanismos de indução e controle exercidos por um agente econômico sobre outro. Na relação entre operadoras e prestadoras, esses mecanismos se manifestam na forma de contratualização, remuneração e nos instrumentos de regulação não financeiros, tais como a existência e disponibilização dos profissionais, restrições na utilização e no acesso a determinados serviços intermediários, na adoção de autorizações prévias, na auditoria de procedimentos, dentre outros mecanismos⁽⁸⁾.

A microrregulação incide também na relação entre os prestadores e os usuários com dispositivos que influenciam as “escolhas” e a utilização dos usuários quanto ao profissional e os estabelecimentos de saúde; bem como no espaço da produção do cuidado com as relações que se estabelecem no encontro entre trabalhadores e beneficiários⁽⁷⁾.

As implicações dessa relação estabelecida entre prestadores e usuários é marcada pelos interesses em disputa dos atores na terceirização na saúde suplementar, nem sempre explicitadas. Desse modo, o objetivo do estudo foi analisar programas de promoção da saúde no setor suplementar, revelando os discursos sobre a produção do cuidado, com foco na terceirização e na microrregulação praticada no setor.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de caso múltiplo, de abordagem qualitativa. Foram cenários do estudo seis empresas terceirizadas que prestam serviços de promoção da saúde para 19 operadoras de planos privados no município de Belo Horizonte, Minas Gerais. O contato com as prestadoras foi realizado por indicação de operadoras ou por informantes-chave no campo da saúde suplementar.

A coleta de dados foi realizada entre julho de 2012 a julho de 2013. Foram realizadas entrevistas com um roteiro semiestruturado com coordenadores dos programas de promoção da saúde do total das 06 prestadoras identificadas que mantêm relação de oferta de serviços para as operadoras em estudo. Optou-se, nessa fase do estudo, por captar a perspectiva dos prestadores de serviços para analisar os processos de terceirização na Saúde Suplementar, ainda que se reconheça que tal opção é limitada a um dos atores em disputa na oferta dos programas de promoção da saúde. Em outra fase do estudo foram analisados os pontos de vistas das operadoras e dos beneficiários.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, passando-se à análise dos dados empíricos, a qual se apoiou na Análise Crítica do Discurso. Sob essa perspectiva, entende-se que o discurso reflete entidades e relações sociais e, também, as constroem ou as constituem como entidades chaves de diferentes modos que posicionam as pessoas de diversas maneiras como sujeitos sociais⁽⁹⁾.

O modelo tridimensional de análise de discurso⁽⁹⁾ distingue três dimensões no discurso – texto, prática discursiva e prática social –, segundo propósitos analíticos, reunindo três tradições analíticas, indispensáveis à análise de discurso.

Em uma aproximação com as categorias para a análise discursiva⁽⁹⁾, destacam-se as dimensões utilizadas neste trabalho: intertextualidade, interdiscursividade e representação de eventos/atores sociais. A intertextualidade refere-se às vozes presentes no discurso; a interdiscursividade aponta quais os

discursos articulados no texto, geralmente evidenciados por uso de metáforas. A terceira dimensão retrata a posição dos sujeitos que emitem o discurso (ativos, passivos, impessoais, coletivos) e os processos representados.

Em consonância aos princípios éticos, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, nº CAAE 0581.0.203.000-11. Os participantes foram informados sobre o objetivo e finalidade do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Os resultados indicam que a terceirização de programas de promoção da saúde na saúde suplementar é uma realidade complexa, marcada por atores em disputa.

A Figura 01 ilustra a trama das relações entre operadoras e prestadoras. Foram investigadas 06 empresas que prestam serviços para operadoras no município. Há duas operadoras de planos de saúde no município que prestam assistência a seus beneficiários exclusivamente com serviços próprios. As demais 17 operadoras contratam serviços de prestadoras. Algumas prestadoras oferecem serviços para mais de uma operadora, incluindo aquelas que são concorrentes entre si. No fluxo reverso (da relação das operadoras com as prestadoras), a recíproca também é verdadeira com compra de serviços pelas operadoras de diferentes empresas terceirizadas, concorrentes no mercado.

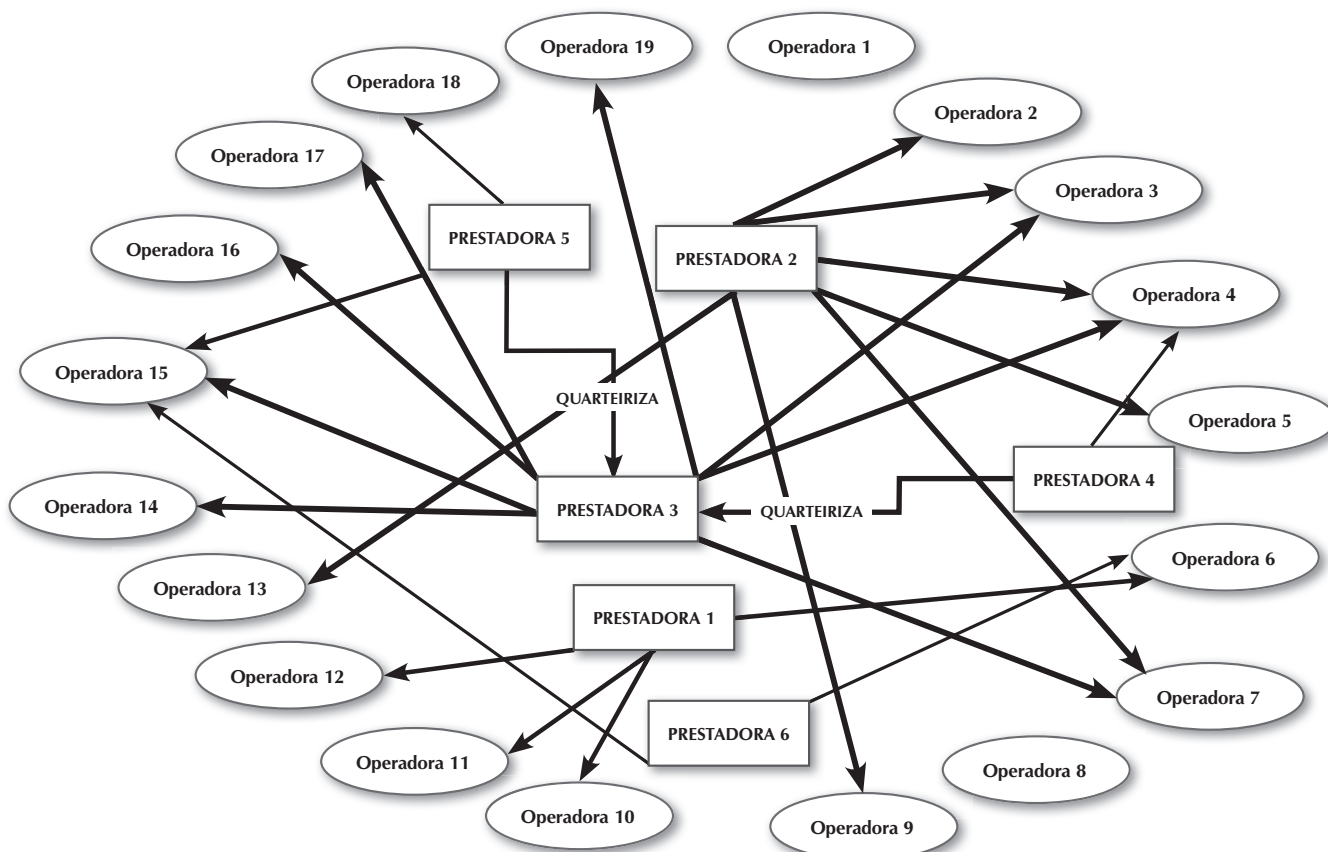


Figura 1 - Relações entre prestadoras e operadoras estudadas

As prestadoras estudadas tiveram início das suas atividades no mercado da saúde no período entre 1996 a 2010 e os achados indicam que a terceirização da promoção da saúde surge por demanda das operadoras. Neste sentido, os entrevistados explicitam que o investimento em empresas terceirizadas por profissionais que tiveram experiência em planos de saúde ou em serviços privados surge para suprir as demandas de um mercado em expansão.

A contratação de profissionais que tiveram experiência na Saúde Pública revela-se como a oportunidade de trazer a promoção da saúde para a saúde suplementar. Neste contexto, há evidências do crescimento das prestadoras, com alusão à ampliação de ações e programas e à expansão da carteira de clientes demonstradas pelas metáforas “descendo degraus” e “ganhando espaço”.

A Prestadora 3 tem 10 anos, é uma empresa que começou com um grupo do Hospital 1 com intenção de desospitalizar os pacientes do Hospital 1. Dentro desse contexto, eles receberam um atendimento maior, que foi o da Operadora 15, que é a maior cliente da Prestadora 3 hoje. (Coordenadora Prestadora 3)

Pra isso [iniciar o programa de promoção da saúde], como a gente investiu numa proposta ampliada, então uma equipe completa de médico até terapeuta ocupacional, pra operadora fazer as contratações em CLT, naquela época também estava complicado, pesava. Então, nesse momento, a gente que já tinha uma vivência razoável, a gente propôs, “Então eu vou abrir a empresa pra atender, inicialmente a vocês”, isso é uma oportunidade boa porque a Prestadora 2 então nasceu já tendo um primeiro cliente e um cliente leal com uma demanda expressiva pra gente tá gerenciando. O gerenciamento de casos crônicos é apenas uma das frentes porque depois a coisa a gente foi descendo degraus. E a Prestadora 2 nasceu assim então pra estar atendendo inicialmente a Operadora 9 e posteriormente a gente foi ganhando espaço no mercado. (Coordenadora Prestadora 2)

Então as empresas quando a gente fala de alguma operadora que tem várias empresas na sua carteira, esse tipo de trabalho grupo-operativo, a gente acolhe demanda, a empresa cutuca a operadora que sabe que isso é disponibilizado pela concorrência e solicita. (Coordenadora Prestadora 2)

Revela-se, pelo uso da metáfora “pesava”, que a transferência da prestação mostra-se como uma alternativa de redução de custos sustentando o discurso de racionalidade econômica como finalidade da terceirização.

A atenção domiciliar foi indicada pelos participantes do estudo como a principal atividade incluída pelas operadoras no rol de promoção da saúde e transferida a sua execução para as prestadoras terceirizadas. As seis prestadoras analisadas ofertam serviços de atenção domiciliar seja na modalidade de internação domiciliar (Prestadora 6), intervenção específica (Prestadora 5) ou assistência domiciliar (Prestadoras 1, 2, 3, 4 e 5). Oferecem ainda para as operadoras programas de gerenciamento de casos crônicos (Prestadora 2 e 6), gerenciamento de casos complexos (Prestadora 3); grupos de educação em

saúde voltados a portadores de condições crônicas, gestantes e adolescentes (Prestadoras 2 e 3); campanhas de vacinação (Prestadora 2); cursos e eventos (Prestadoras 4 e 5); serviços de ambulância e transporte de pacientes (Prestadoras 1 e 4).

O discurso dos participantes do estudo é permeado pela representação da atenção domiciliar como modalidade de cuidado de transferência do hospital - materializado nas suas tecnologias e práticas profissionais – para o domicílio.

O nosso diferencial é que a gente faz o que se faz no hospital os procedimentos, não vou dizer todos, mas a maioria que é possível. A gente faz em casa mesmo. Então a gente evita internação hospitalar, a gente reduz o número de consultas. ... É às vezes dependendo da situação até exames. Porque tem o médico em casa, então o paciente às vezes não precisa ficar fazendo tanto exame, a não ser que seja necessário. (Coordenadora Prestadora 1)

No relato anterior, a coordenadora da prestadora 1 enfatiza que na atenção domiciliar realizam-se as atividades que se tem no hospital, em um discurso que indica a reprodução de processos e relações no domicílio, porém com simplificação do cuidado.

Outros entrevistados expressam que a atenção domiciliar representa um lócus de construção de novas relações e que exigem dos profissionais a expressão de novas habilidades, uma vez que ele passa a lidar com outras demandas, não somente aquelas que são específicas do fazer tradicional nas instituições de saúde no lócus do domicílio.

O dia a dia com as famílias é bem massacrante, assim, algumas vezes, os contatos são muito próximos. Você tá ali muito perto, dentro da casa. [...] As famílias se tornam próximas, elas tomam liberdade, então elas ligam o tempo todo, elas solicitam o tempo todo. [...] Isso, acho que é um grande desafio, intermediar as famílias é um grande desafio da atenção domiciliar. Você não tem um acompanhante, você tem uma família. [...] Inteligente é o hospital que fala que só pode um acompanhante por vez. (Coordenadora Prestadora 3)

O discurso da Coordenadora da Prestadora 3 retrata uma importante contradição do cuidado na atenção domiciliar que se revela na frequência e na intensidade dos contatos e da vivência no domicílio. O uso de advérbios e a repetição das expressões que enfatizam os desafios impostos para o cuidado na atenção domiciliar (“bem massacrante”, “grande desafio”) confronta-se com a proximidade das relações estabelecidas declaradas como “muito perto” e “o tempo todo”.

As intertextualidades presentes nos discursos são emblemáticas para revelar a centralidade da assistência no profissional e nas condutas técnicas, desconsiderando muitas vezes a subjetividade que permeiam e atravessam as relações de cuidado no domicílio:

Porque, além da gente colocar todos essas posturas e condutas, nós colocamos também a questão da técnica, dentro da técnica a gente trabalha muito com POPS (procedimento operacional padrão). [...] Aí não é o cara que joga a chave ali, não [se referindo ao profissional que chega no domicílio]

deposita a chave sobre a mesa], tem a lavagem da mão, tem a postura ética e educada de se apresentar. E esse perfil que eu tô colocando pra você de POPS, de ética, de postura, lhe respalda. Você se coloca numa postura, “eu sou um profissional qualificado, estou aqui para atender seu pai. Inclusive se seu pai tiver alguma intercorrência aqui e vir a óbito, a única pessoa que pode ajudá-la aqui sou eu nesse momento, eu não posso sair do lado dele agora”. (Coordenador Prestadora 4)

[...] então, a gente trabalha com o paciente, o que a gente aborda: “olha o senhor tem isso ...” Fala qual que é o diagnóstico, explica o que é, e porque que ele toma aquele remédio ... Explica para ele para que serve aquele remédio. Porque senão, o paciente também não toma, ele fica resistente ao tratamento. Então, o nosso objetivo é conscientizá-lo para que ele siga bem o tratamento. Então a gente consegue atuar nessa questão de promoção e prevenção dessa forma. (Coordenadora Prestadora 1)

A posição assumida pelos profissionais na determinação do plano de cuidados contradiz as premissas da autonomia, emancipação e responsabilização, premissas da promoção da saúde. Mesmo na função educativa, há uma transmissão de conhecimentos, sustentada no autoritarismo e na prescrição de modos corretos de agir, indicadas por verbos na função imperativa.

A terceirização imprime atravessamentos na prestação de cuidado, com implicações sobre a captação e intervenção das necessidades e demandas dos usuários.

Tem convênio que é de acordo com a nossa avaliação [a definição da frequência de visitas domiciliares]. Então a gente vai lá e avalia e acha que aquele paciente tem que receber visita todo o mês. Então, eles [coordenadores das operadoras] autorizam ou não autorizam. Tem convênio que determina: “olha para esse paciente eu quero isso e isso e isso”. Então, por exemplo, “eu quero enfermeiro todo mês, médico todo mês, fisioterapia três vezes por semana”. (Coordenadora Prestadora 1)

Desde que o convênio aprove, a gente faz tudo [suporte completo e necessário para internação domiciliar]. (Coordenador Prestadora 6)

Outra coisa que dificulta é quando as operadoras liberam pros pacientes o plano assistencial, que, às vezes, determinados pacientes precisam de equipamentos, mas não são liberados pelo convênio [...]. (Coordenador Prestadora 6)

A terceirização da atenção domiciliar tende a ser empregada para os usuários cuja assistência tem maior custo ou para aqueles que são mais dependentes de cuidado, revelando o entendimento de que há a desresponsabilização da operadora por esse cuidado.

Então, por exemplo, a Operadora 11, ela avalia de acordo com o grau de necessidade do paciente. Então dependendo da dependência do paciente, ela manda pra gente. Se é um paciente mais tranqüilo, ela atende com a equipe dela mesmo. (Coordenadora Prestadora 1)

A compreensão da oferta de atenção domiciliar e de outros programas na saúde suplementar foi reveladora da lógica da

redução de custos como a principal motivação para o investimento e crescimento das ações que as operadoras denominam como de promoção da saúde. As intertextualidades, metáforas e as entonações enfáticas das expressões “impressionante” e “sem a menor dúvida” presentes nos relatos a seguir confirmam o interesse explícito na acumulação de capital com a oferta dos programas de promoção da saúde:

De verdade? As operadoras de saúde elas investem em gerenciamento de casos crônicos pra diminuir o custo delas. Para o beneficiário, a gente não abre isso, a gente coloca assim “eu quero te dar uma vida de mais qualidade, quero te ensinar a conviver com a sua patologia que é incurável e progressiva em alguns casos da melhor forma possível”, mas o objetivo das operadoras é reduzir sinistralidade. [...] A iniciativa, a gente não viu isso na Operadora 15, Operadora 9, na Operadora 2, em nenhuma delas a iniciativa de eu bater e te oferecer porque eu tô preocupada com o amanhã. [...] A gente não pensa assim “vamos trabalhar agora Cessação de Tabagismo pra prevenir câncer de pulmão, enfisema” ... Não! Aconteceu, teve o câncer, o enfisema, é paciente de alto custo, vamos levar pra casa ou “vamos trabalhar obesidade porque ela predispõe a n patologias crônicas, é um casamento aí de coisas”, não, aí é mórbido, vamos atuar no mórbido. (Coordenadora Prestadora 2)

[...] depois que eu vim pra cá [para a prestadora], eu tenho outra visão. Quando eu trabalhava na operadora, eu tinha um pouco de utopia em relação a isso. Eu acreditava realmente que era melhor por paciente, que a qualidade ... isso é indiscutível, a gente percebe que é muito melhor, as famílias ficam mais satisfeitas, a condição do cuidado domiciliar é bem resolutive. Mas o que acontece é que a redução de custos é IMPRESSIONANTE. [...] isso aconteceu por uma questão de custos, SEM A MENOR DÚVIDA! (Coordenadora prestadora 3)

Outros entrevistados reconhecem que a racionalização de custos é o determinante da oferta dos programas de promoção da saúde e atenção domiciliar, mas o fazem com um discurso crítico que reconhece a necessidade de contenção de gastos, mas não negam que há outros interesses – da família, da operadora, do hospital, do beneficiário – que conformam essa relação.

[...] convênio ganha, porque o custo do hospital é muito alto; essa empresa terceirizada ganha, mesmo contratando médico, enfermeiro; a família ganha porque ela tem um conforto maior dentro da sua casa de estar com aquele paciente ali, poder tá dormindo do lado, toda aquela situação de tá dentro do seu convívio [...] a questão do atendimento muito voltado para a humanização, porque esse cliente dessa empresa nós ganhamos, sentando um minuto, ouvindo e conversando com aquele paciente, ouvindo suas queixas [...]. (Coordenador Prestadora 4)

Partindo desses achados, é possível afirmar que a terceirização da promoção da saúde na saúde suplementar atua como um dispositivo que responde, ao mesmo tempo, aos interesses da operadora, da prestadora, dos beneficiários. “Todos ganham” é o discurso que retrata essa compreensão,

ainda que em muitos aspectos evidencia a supremacia da lógica de racionalização de custos que atende aos interesses de acumulação do capital, no setor saúde.

Contudo, deve-se considerar que as novas modalidades assistenciais empregadas como promoção da saúde pelas operadoras, mesmo que não contemplem todas as dimensões e princípios nesse campo são importantes estratégias que também respondem aos interesses dos beneficiários e das famílias numa lógica de produção de liberdade nas práticas de cuidado - quer seja no domicílio ou em outros espaços - que capturam as demandas e necessidades de saúde, ainda que sob a forma de prevenção, gestão da clínica e com intervenção biopolítica.

DISCUSSÃO

As operadoras e prestadoras elencam como promoção da saúde as ações de atenção domiciliar, gerenciamento de casos crônicos, campanhas de vacinação. Entende-se a impropriedade da denominação e uso da promoção da saúde, considerando que na maior parte das ações foram observadas intervenções sobre o adoecimento e vulnerabilidades estabelecidas especialmente para a recuperação, reabilitação ou, ainda, gestão clínica. No conjunto, as evidências empíricas não permitiram demonstrar o potencial dessas ações para a mudança de comportamentos e transformação dos determinantes sociais, objeto de intervenção da promoção da saúde.

A desregulamentação de um conjunto de ações no rol de procedimentos da agência reguladora da saúde suplementar induz a alocação como promoção da saúde daquelas ações não tradicionalmente ofertadas pelo setor. Associa-se a essa compreensão o fato de se considerar a promoção da saúde um campo caracterizado como heterogêneo nos conceitos e métodos⁽¹⁰⁾.

Por outro lado, há que se considerar que as iniciativas empregadas podem revelar um movimento de mudança na saúde suplementar que outrora demonstrou ser um campo de intervenção incipiente ou quase ausente das operadoras de planos de saúde enquanto gestoras de sistemas de cuidados com gestão da clínica, prevenção de riscos, doenças e agravos, reabilitação e recuperação.

Os elementos identificados no estudo não permitem caracterizar a atenção domiciliar como promoção da saúde, mas o fato de tal modalidade de atenção ocupar um lugar de destaque na saúde suplementar, sendo definida como a alternativa assistencial que supera o fazer dominante centrado em consultas e atendimentos médicos⁽¹⁰⁻¹²⁾, representa uma importante fissura que pode concorrer na superação do modelo assistencial vigente no setor.

Por outro lado, na perspectiva das práticas sociais, outros estudos apresentam que a atenção domiciliar tem sido empregada fundamentalmente como alternativa na racionalização e transferência de custos⁽¹⁰⁻¹²⁾.

Esse achado revela uma contradição na oferta dos ditos programas de promoção da saúde na saúde suplementar que se apresentam como dispositivos de racionalização de custos em contraposição à perspectiva de mudança de modelo assistencial no setor.

A mudança do modelo assistencial exige novas formas de produção do cuidado que operem na ampliação da autonomia e da possibilidade do trabalho vivo em ato por parte das equipes como forma de resgatar a cooperação, complementariedade e a solidariedade na prática profissional⁽¹²⁻¹³⁾. Essa singularidade reforça a importância das tecnologias leves para a superação dos desafios frente à produção do cuidado.

Contudo, os achados do estudo indicam que mesmo nos programas que se sustentam em ações educativas, há poucas possibilidades do usuário e familiar argumentarem suas decisões e escolhas na oferta e condução do cuidado, assumindo-se assim a representação de um sujeito passivo frente às imposições colocadas pela equipe/profissional. Em especial, na atenção domiciliar o cuidado é permeado por uma relação de disputa entre o saber técnico-científico do profissional de saúde e o saber-fazer do familiar no cuidado do usuário, produzindo tensões que interferem diretamente no plano de cuidado, uma vez que, na maioria das vezes, o cuidado familiar não é legitimado diante do modelo médico hegemônico e profissional-centrado representado pela equipe de atenção domiciliar⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Visualiza-se o exercício de um poder disciplinar cuja passividade do usuário/família é modelada nas estratégias de “conscientização” para seguir o plano de cuidados. Neste caso, a prescrição de cuidados e a distribuição das orientações muitas vezes se confrontam numa disputa que se estabelece entre o poder do profissional/equipe e dos usuários/família. Nesse processo, o usuário e familiar disputam poder e podem não aceitar algumas normativas dos profissionais. Se não quer, não faz a dieta alimentar prescrita, não faz alguns exercícios fisioterápicos, não obedece ao projeto terapêutico recomendado⁽⁴⁾, caracterizando-se por um usuário/familiar rebelde ou indisciplinado.

Há que se considerar que o discurso da humanização também está presente nas entrevistas como uma consequência da transferência do cuidado para o domicílio. Contudo, revelou-se como uma relação contraditória que não é acompanhada da negociação e pactuação dos planos de cuidados que permanecem centrados na decisão da operadora e dos profissionais das prestadoras. Com isso, a determinação das “necessidades” dos beneficiários é realizada externa ao paciente e à família e não se revelam como novos espaços para discussão das regras impostas para o cuidado.

No que se refere à relação entre operadoras e prestadoras, a terceirização revelou-se como um dispositivo que atravessa a produção do cuidado com implicações na captação e nas respostas às necessidades de saúde dos usuários. Mesmo distante da prestação direta, a operadora é o ator definidor da produção do cuidado, utilizando como instrumento regulador o pagamento por procedimentos. Essa relação de terceirização é marcada pela cisão entre a gestão dos custos (que permanece na operadora) e a gestão do cuidado, que é transferido para as prestadoras. Os entrevistados não revelaram espaços de diálogos para o encontro das lógicas que regem a gestão dos custos e a gestão do cuidado.

Outro estudo⁽⁷⁾ revelou que as medidas racionalizadoras, tais como não-autorizações de internação ou de procedimentos especiais e de alto custo, adotadas pelas operadoras, impactam diretamente na assistência aos beneficiários e, de modo geral, são transformadas em problemas entre o prestador e o

usuário, uma vez que a operadora se “desresponsabiliza” do cuidado transferido aos prestadores. Com isso, nota-se que o processo de terceirização implica na demora e na perda de qualidade do serviço prestado na perspectiva da captação, da interpretação e do atendimento às necessidades dos beneficiários.

Nesta arena de conflitos de interesses, não foram evidenciados espaços de diálogos entre as lógicas que orientam as operadoras, as prestadoras e os beneficiários. Assim, parece prevalecer os mecanismos de cerceamento ao acesso por parte da operadora que restringem a produção do cuidado na sua forma ampliada. A regulação, neste caso, está centrada no processo restritivo, existindo inúmeros passos e autorizações para o acesso ao cuidado bem como a definição de que tecnologias e procedimentos a ofertar a cada paciente, independente das suas necessidades. Em geral, essa definição sustenta-se no não acesso a tecnologias específicas como próteses e procedimentos de alta complexidade e custo⁽¹⁶⁾.

É pertinente mencionar que a Saúde Suplementar, como parte do mercado da saúde, sofre influências da dimensão econômica que repercutem em um interesse pela redução de custos e reorganização das modelagens de produção do cuidado^(11,16).

Destaca-se que a microrregulação é um território bastante autônomo ou imune em relação a medidas de regulação e regulamentação por parte da ANS e, em função disso, opera com uma lógica própria, ditada, de um lado, pelo protagonismo de múltiplos atores, com seus interesses, e, por outro, pela existência de certas regulações ou regras externas ao campo^(7,17).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados do estudo permitiram concluir que a produção do cuidado na promoção da saúde na saúde suplementar tem como característica a fragmentação da assistência decorrente dos aspectos restritivos da microrregulação e da desresponsabilização das operadoras que operam com uma lógica centrada na demanda e na oferta do que foi contratado e não na lógica da produção da saúde.

De modo geral, as ações, programas ou atividades são denominados inapropriadamente como de promoção da saúde, por não revelarem os princípios da produção do cuidado centrado na autonomia, na continuidade e na integralidade. Mesmo com esse equívoco conceitual, reconhece-se a importância desse conjunto de ações que tem potencial para melhorar a qualidade de vida dos beneficiários. Contudo, como revelado nos achados, a promoção da saúde é utilizada como um componente da reestruturação produtiva que responde muito mais à racionalização de custos que propriamente um potencial para a construção de um novo modelo de atenção.

Os aspectos macroeconômicos que influenciam a valorização do lucro e a redução de custos determinam a oferta e a terceirização dos programas de promoção da saúde oferecidos pelas operadoras. Assim, conclui-se que a terceirização das ações denominadas pelas operadoras de promoção da saúde no setor suplementar é permeada por discursos que revelam a racionalização de custos, a reestruturação do trabalho e a reprodução da lógica de acumulação do capital com implicações na produção do cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Pimenta AM, Castanheira CHC, Lana FCF, Malta DC. [Actions of risk/disease prevention by private health insurance companies]. *REME Rev Min Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2015 Feb 09];16(4):564-71. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/562> Portuguese.
2. Garbin D, Mattevi GS, Carcereri DL, Caetano JC. [Dentistry and supplementary health: regulatory framework, health promotion policies and quality of care]. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 [cited 2015 Feb 09];18(2):441-52. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n2/15.pdf> Portuguese.
3. Haeser LM, Buchele F, Brzozowski FS. [Considerations on autonomy and health promotion]. *Physis (Rio J.)* [Internet]. 2012 [cited 2015 Feb 09];22(2):605-20. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n2/11.pdf> Portuguese.
4. Freitas PSS, Schwartz TD, Ribeiro CDM, Franco TB, Maciel ELN, Lima RCD. [The users' perception of a health promotion and prevention program offer: a self-management operator case]. *Physis (Rio J.)* [Internet]. 2011 [cited 2015 Feb 09];21(2):449-69. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n2/a07v21n2.pdf> Portuguese.
5. Vecina Neto G, Malik AM. [Trends in hospital care]. *Cienc Saúde Coletiva* [Internet]. 2007 [cited 2015 Feb 09];12(4):825-39. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/02.pdf> Portuguese.
6. Melo CMM, Costa HOG, Santos TA, Soares ES, Santana GRS. [Evaluation of outsourced management in a basic health care unit: preliminary results]. *Rev Baiana Enferm* [Internet]. 2009 [cited 2015 Feb 09];22(1-3):45-56. Available from: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/4986/3622> Portuguese.
7. Meneses CS, Cecilio LCO, Andrezza R, Araújo EC, Cugionotti AP, Reis AAC. [Users and the technological transition in the supplemental health sector: case study of a health insurance plan company]. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 [cited 2015 Feb 09];18(1):57-66. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v18n1/07.pdf> Portuguese.
8. Gerschman S, Ugá MAD, Portela M, Lima SML. [The necessary role of the National Supplementary Health Agency in the regulation of relations between managed care companies and service providers] *Physis (Rio J.)* [Internet]. 2012 [cited 2015 Feb 09];22(2):463-76. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n2/04.pdf> Portuguese.
9. Fairclough N. *Discurso e mudança social*. Brasília: Ed Casa Publicadora; 2008.
10. Silva KL, Sena RR, Seixas CT, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Home care as change of the technical-assistance

- model. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2010 [cited 2015 Feb 09];44(1):166-76. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n1/en_18.pdf
11. Silva KL, Sena RR, Braga PP, Silva PM, Souza CG. [Supplementary home health care services and the inclusion of nursing in Belo Horizonte / Minas Gerais (Brazil)]. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2015 Feb 09];25(3):408-14. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n3/en_v25n3a14.pdf
 12. Feuerwerker LM, Merhy EE. [Home care's contribution to alternative health care networks: deinstitutionalization and transformation of practices]. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2008 [cited 2015 Feb 09];24(3):180-9. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v24n3/a04v24n3.pdf> Portuguese.
 13. Andrade AM, Brito MJM, Silva KL, Randow RMV, Montenegro LC. [The home care job and its peculiarities: impressing a new health care logic] *Rev Pesqui Cuid Fundam.* [Internet] 2013 [cited 2015 Feb 09];5(1):3383-93. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2025/pdf_698 Portuguese.
 14. Carvalho LC, Feuerwerker LCM, Merhy EE. [The debate over care plans in home medical care: a necessary reflection]. *Salud Colect* [Internet]. 2007 [cited 2015 Feb 09];3(3):489-506. Available from: <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v3n3/v3n3a04.pdf> Spanish.
 15. Martins AA, Franco TB, Merhy EE, Feuerwerker LCM. [The health care delivery in a Medical Cooperative's Home Care Program]. *Physis* (Rio J.) [Internet]. 2009 [cited 2015 Feb 09];19(2):457-74. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n2/v19n2a12.pdf> Portuguese.
 16. Franco TB, Merhy EE. [Home health care in supplementary care: a device for a productive restructuring]. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2008 [cited 2015 Feb 09];13(5):1511-20. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n5/16.pdf> Portuguese.
 17. Silva KL, Sena RR, Feuerwerker LCM, Souza CG, Silva PM, Rodrigues AT. The right to health: challenges revealed by the home care provision in supplementary health services. *Saúde Soc* [Internet]. 2013 [cited 2015 Feb 09];22(3):773-84. Available from: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n3/en_11.pdf