

INTEGRALIDADE E SAÚDE SUPLEMENTAR:

Formação e Práticas Avaliativas



:: Roseni Pinheiro :: Aluisio Gomes da Silva Junior
:: Ruben Araujo de Mattos



LAPPIS

Integralidade e Saúde Suplementar:

formação e práticas avaliativas



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Reitor: Nival Nunes de Almeida

Vice-reitor: Ronaldo Martins Lauria

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

Diretor: Ruben Araujo de Mattos

Vice-diretora: Jane Araujo Russo

LABORATÓRIO DE PESQUISAS SOBRE PRÁTICAS
DE INTEGRALIDADE EM SAÚDE (LAPPIS)

Coordenadora: Roseni Pinheiro

Coordenador adjunto: Ruben Araujo de Mattos

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISA EM SAÚDE COLETIVA (CEPESC)

Presidente: Jane Dutra Sayd

LABORATÓRIO UNIVERSITÁRIO DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE (LUPA-Saúde/UFF)

Coordenadora: Lilian Koifman

Conselho Editorial

Alcindo Antônio Ferla (UICS)

Aluisio Gomes da Silva Junior (UIFF)

Emerson Elias Merly (FM-UNICAMP)

Lilian Koifman (UFF)

Ricardo Burg Ceccim (UFRGS)

Roseni Pinheiro (IMS-UERJ)

Ruben Araujo de Mattos (IMS-UERJ)

Série Documentos de Pesquisa

Editores responsáveis: Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos

Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva - CEPESC

Rua São Francisco Xavier, 524 – 7 andar

Maracanã - Rio de Janeiro – RJ – CEP 20550-900

Telefones: (xx-21) 2587-7303 ramais 252 e 308

Fax: (xx-21) 2264-1142

URL: www.lappis.org.br / www.ims.uerj.br/cepesc

Endereço eletrônico: lappis.sus@ims.uerj.br

ORGANIZADORES

Roseni Pinheiro

Aluisio Gomes da Silva Junior

Ruben Araujo de Mattos

Integralidade e Saúde Suplementar: formação e práticas avaliativas

1ª Edição

IMS/UERJ – CEPESC

Rio de Janeiro

2007

Integralidade e Saúde Suplementar: formação e práticas avaliativas
Roseni Pinheiro, Aluisio Gomes da Silva Junior e Ruben Araujo de Mattos (Orgs.)
1ª edição / setembro 2007

Copyright © 2007 dos organizadores

Todos os direitos desta edição reservados aos organizadores

Capa: Mauro Corrêa Filho
Revisão e preparação de originais: Ana Silvia Gesteira
Editoração eletrônica: Mauro Corrêa Filho
Supervisão editorial: Ana Silvia Gesteira

Esta publicação contou com apoio de CEPESC-IMS/UERJ, que tem resultados de pesquisas realizadas com auxílio de ANS, CNPq e Faperj.

O CEPESC é sócio efetivo ao Sindicato Nacional dos Editores de Livros (SNEL)
Agradecemos à Vídeo Global, pelo fornecimento dos vídeos para realização do estudo de recepção.
Indexação na base de dados LILACS

Ficha catalográfica elaborada por UERJ/REDE SIRIUS/CBC

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / CB-C

161 Integralidade e saúde suplementar: formação e práticas avaliativas /
Organizadores: Roseni Pinheiro, Aluisio Gomes da Silva Junior, Ruben Araújo de
Mattos. – Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.
254p.

ISBN: 978-85-89737-39-5

1. Assistência médica. 2. Cuidados médicos. 3. Direito à saúde. de - Brasil. 4.
Seguro-saúde. I. Pinheiro, Roseni. II. Silva Junior, Aluisio Gomes da. III. Mattos,
Ruben Araújo de, 1957- IV. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de
Medicina Social. V. Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva. VI. Associação
Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

CDU 369.22

Impresso no Brasil

Direitos exclusivos para esta edição dos organizadores. Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida ou duplicada sem autorização expressa dos organizadores.

SUMÁRIO

Integralidade e Saúde Suplementar: formação e práticas avaliativas

APRESENTAÇÃO 7

Roseni Pinheiro, Aluisio Gomes da Silva Junior e Ruben Araujo de Mattos

PARTE I. INTEGRALIDADE E SAÚDE SUPLEMENTAR: A PESQUISA

1.1. Marco teórico-conceitual 17

Roseni Pinheiro e Aluisio Gomes da Silva Junior

1.2. Operacionalizando a pesquisa 47

Roseni Pinheiro e Aluisio Gomes da Silva Junior

PARTE 2. DIMENSÕES ANALÍTICAS

Dimensão dos modelos tecnoassistenciais

2.1. As linhas do cuidado como analisadoras da
integralidade na Saúde Suplementar 65
Túlio Batista Franco, Armando Cypriano Pires, Gilson Saippa Oliveira e Lilian Koifman

Dimensão dos conhecimentos e práticas dos trabalhadores

2.2. Prevenção e promoção como dispositivos para a
construção de novos modos de produção
do cuidado integral no campo da Saúde Suplementar 91
Túlio Batista Franco, Armando Cypriano Pires, Gilson Saippa Oliveira e Lilian Koifman

Dimensão do direito à saúde, demandas e saúde suplementar

2.3. Aspectos do direito à saúde na Saúde Suplementar
a partir das relações entre campo jurídico e campo jornalístico 111
Mônica Carvalho, Roseni Pinheiro, Alexandre Miguel França e Felipe Dutra Asensi

2.4. Saúde suplementar: integralidade, contrato e mercantilização do direito à saúde 131
Alexandre Miguel França, Roseni Pinheiro e Felipe Dutra Asensi

2.5. Ministério Público e Poder Judiciário: limites e possibilidades para assegurar “demandas coletivas” no campo da saúde 153
Felipe Dutra Asensi, Alexandre Miguel França e Roseni Pinheiro

PARTE 3. BIBLIOGRAFIA COMENTADA 171
Gilson Saippa de Oliveira, Armando Cypriano Pires, Lillian Koifman e Túlio Batista Franco (Coordenadores)

Anexos 213

Sobre os autores 251

APRESENTAÇÃO

ROSENI PINHEIRO
ALUISIO GOMES DA SILVA JUNIOR
RUBEN ARAUJO DE MATTOS

A ANS é uma autarquia especial do Ministério da Saúde, criada no ano 2000, com a missão de “promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no País” (Lei nº. 9.961/2000).

Ao propor uma política de qualificação para o setor, a partir de 2004, o órgão regulador pretendeu instituir um novo marco no processo de macrorregulação. A nova perspectiva de regulação do mercado privado de planos de saúde significa o reconhecimento da Saúde Suplementar como um local de produção da saúde e indução a uma transformação profunda de todos os atores envolvidos: as operadoras de planos em gestoras de saúde; os prestadores de serviço em produtores de cuidado de saúde; os beneficiários em usuários com consciência sanitária e o próprio órgão regulador qualificando-se para corresponder à tarefa de regular um setor com o objetivo de produzir saúde.

Como estratégia inicial, instituiu-se um processo de monitoramento e avaliação do setor. Usando uma combinação de métodos (ANS, 2005a), a agência se propôs a focalizar a atenção à saúde nas diversas modalidades de operadoras de planos privados de assistência à saúde. Foram priorizadas quatro linhas de cuidado na Saúde Suplementar: materno-neonatal, a das doenças crônicas não-transmissíveis, subdivididas no grupo das neoplasias e das doenças cardiovasculares, para

os segmentos médico-hospitalares com ou sem planos odontológicos, e a da saúde bucal para o segmento odontológico em geral. A escolha dessas linhas de cuidado não foi aleatória, mas baseada no perfil de morbidade e/ou mortalidade da população usuária dos planos privados de saúde.

No conjunto de indicadores utilizados para avaliar cada uma dessas linhas de cuidado, encontram-se indicadores no âmbito da prevenção, da morbidade e da mortalidade, preconizados pelo MS e definidos após discussão e validação por especialistas de cada uma das áreas contempladas, de forma a compor retratos da atenção integral pela articulação das ações de prevenção (diagnóstico precoce) e sua influência no adoecimento e morte da população. O conjunto desses indicadores gera índices de desempenho utilizados pela ANS no monitoramento das operadoras.

Além do monitoramento dos indicadores a partir dos sistemas de informação instituídos pela ANS, foi realizada uma pesquisa qualitativa junto aos usuários, a fim de avaliar o conhecimento sobre a agência e a satisfação dos mesmos com as operadoras e com a ANS. Também foi desenvolvida uma investigação multicêntrica, de natureza qualitativa, por meio de estudos de casos sobre o processo de trabalho na assistência à saúde e a articulação dos diversos atores, em todas as regiões do país. Para isso, a ANS buscou articulação com inúmeras instituições de ensino e pesquisa, de modo a conformar uma rede de centros colaboradores. Coube a essa rede desenvolver estudos que aperfeiçoassem a política regulatória e produzissem informações mais aprofundadas sobre o setor da Saúde Suplementar, buscando identificar as especificidades regionais.

O LAPPIS – Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde, Grupo de Pesquisa do CNPq sediado no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em sua articulação com o LUPA-Saúde – Laboratório Universitário de Planejamento em Saúde do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense, propôs compor a rede de centros colaboradores, desenvolvendo ações de ensino, pesquisa e extensão universitária no campo da Saúde Suplementar. Tendo como referência a produção, desde o ano 2000, sobre o tema da integralidade na saúde, buscou-se construir uma investigação que

contribuísse para o aperfeiçoamento da política de qualificação da ANS e trouxesse novos conhecimentos sobre o setor, em especial no Estado do Rio de Janeiro, e inovações nas abordagens teóricas e metodológicas da pesquisa no campo.

Parte-se do pressuposto de que a descentralização, a participação social e a integralidade da atenção constituem uma tríade de princípios que expressam em grande medida o processo de consolidação de conquistas do direito à saúde como um direito de cidadania influenciando nas esferas pública e privada da prestação de serviços.

Nesse sentido, ao se adotar a concepção de cuidado em saúde como uma unidade nucleadora de sentidos e de significados, pautados pela integralidade (ações de promoção, diagnóstico, tratamento e reabilitação à saúde), identificamos que sua utilização como categoria analítica tem papel de destaque na avaliação da organização e da produção da saúde suplementar no Brasil. Isto requer que suas práticas sejam desenvolvidas por meio de processos de trabalho em equipes interdisciplinares, com utilização de tecnologias diversificadas em diferentes níveis de complexidade.

Portanto, para analisar as práticas de gestão e de cuidado na Saúde Suplementar, no que concerne à identificação de tendências de avanços e retrocessos na área, torna-se cada vez mais fundamental “olhar” as relações estabelecidas no cotidiano dos espaços institucionais. Deste modo, procurou-se identificar as dificuldades e obstáculos impostos à institucionalização da avaliação da Saúde Suplementar e do SUS como um todo, a partir da análise e avaliação das práticas de integralidade.

A assertiva decorre da definição de Zulmira Hartz sobre institucionalização da avaliação: esta consiste em integrá-la num sistema organizacional capaz de influenciar seu comportamento utilizando modelos orientados para a ação que liguem necessariamente atividades analíticas às de gestão das intervenções programáticas. Medidas concretas de institucionalização exigem mudanças organizacionais que requerem uma unidade de avaliação que estabeleça o intercâmbio colaborativo com os atores das intervenções avaliadas e instituições acadêmicas.

Tal definição consubstancia a necessidade de adentrar, segundo a política de qualificação da ANS, o universo das modelagens assistenciais praticadas pelas operadoras e assim incorporar também

a regulação de nível micropolítico, desvendando as relações entre operadoras, prestadores e beneficiários. Com isso, analisar o processo de trabalho em saúde, assim como os percursos terapêuticos praticados na utilização dos serviços de saúde suplementar constituem, nesta pesquisa, espaços privilegiados para se compreender os modos de produção do cuidado e seus efeitos e repercussões na garantia da integralidade das ações de saúde, como direito à saúde.

Diante do exposto, delimitou-se como objeto deste estudo, intitulado *Estudos integradores sobre tecnologias avaliativas de integralidade e saúde suplementar*, a avaliação das práticas como um percurso profícuo de desenvolvimento de inovações teórico-metodológicas de tecnologias avaliativas em Saúde Suplementar. O estudo teve como *objetivo geral* analisar e avaliar a existência ou não de práticas de integralidade na Saúde Suplementar no Estado do Rio de Janeiro, que permitam identificar evidências capazes de induzir a reorganização da gestão e da atenção na Saúde Suplementar voltadas para os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Como *objetivos específicos*, no que tange à *gestão e à reorganização da Saúde Suplementar*:

- analisar e avaliar a gestão e organização da Saúde Suplementar e seus efeitos na produção do cuidado integral à saúde, no que concerne à identificação de tecnologias de regulação e microrregulação do modo de produção do cuidado;
- analisar e avaliar o(s) desenho(s) organizador(es) da integralidade da atenção à Saúde Suplementar e seus efeitos na produção do cuidado integral, no que concerne aos seguintes aspectos: contratualização entre operadoras e beneficiários com referência na produção do cuidado; contratualização entre operadoras e prestadores; regulação exercida pela ANS e suas repercussões na produção do cuidado.

No que tange ao *desenvolvimento de tecnologias de avaliação e metodologias de análises de processos de trabalho e da construção do direito do beneficiário na Saúde Suplementar*:

- desenvolver tecnologias de avaliação de saúde suplementar e integralidade (metodologias e instrumentos) para a ANS, capazes de fortalecer práticas de integralidade na gestão e no cuidado,

com a construção coletiva dos sujeitos envolvidos para sua apropriação e disseminação e divulgação dos resultados obtidos;

- analisar e avaliar concepções e práticas dos atores no interior dos serviços ofertados no âmbito da Saúde Suplementar e seus efeitos na produção de cuidado integral, em particular daqueles envolvidos no processo de trabalho e formação dos profissionais-trabalhadores, visando a sua qualificação e educação permanente em saúde;
- analisar e avaliar as concepções dos usuários acerca do direito do consumidor, buscando correlações entre este e o direito à saúde como direito de cidadania, a partir da análise das demandas expressas pelos usuários, tanto nos dispositivos institucionais das operadoras (ouvidorias, *call centers*), como nas instâncias jurídicas (Procons, etc., Ministério Público, Defensoria Pública e Poder Judiciário);
- analisar e avaliar as relações entre mídias, Saúde Suplementar e Poder Judiciário, a partir da influência mútua que o campo jornalístico e o campo jurídico exercem, de modo a intervir na utilização dos serviços e na busca de cuidado na Saúde Suplementar;
- sistematizar os conteúdos e resultados sobre práticas avaliativas, a fim de subsidiar *redes de práticas avaliativas e processos formativos sobre integralidade e saúde suplementar*, com foco na produção de saúde como direito de cidadania.

Considerando que a idéia da constituição de uma rede de centros colaboradores propunha superar a relação da ANS com as instituições de ensino e pesquisa para além de algumas consultorias e pesquisas pontuais encomendadas, buscou-se na estruturação do centro colaborador LAPPIS / LUPA, no Rio de Janeiro, desenvolver ações que estreitassem e tornassem mais duradouras as relações entre a ANS, o IMS-UERJ e o ISC-UFF, numa perspectiva de parceria, preservando a autonomia relativa das instituições acadêmicas na produção de conhecimento. Favorece-se, assim, a constituição do campo de conhecimento sobre saúde: um campo democrático de disputas na produção do conhecimento, não só para a instrumentalização da Agência, mas para o debate de toda a sociedade, numa perspectiva de participação social na política pública setorial.

Para o desenvolvimento da pesquisa, foram organizados dois núcleos de trabalho, articulados entre si, responsáveis pela inserção

e/ou aprofundamento do tema da Saúde Suplementar como parte da discussão da Política de Saúde no Brasil nos espaços acadêmicos de suas instituições. Para isto foram organizadas ou fortalecidas linhas de pesquisa, envolvendo grupos de professores, pesquisadores e alunos de graduação e pós-graduação, para conformação de um campo específico de discussões e produção de conhecimento. Também foram inseridos ou ampliados conteúdos de Saúde Suplementar em disciplinas de graduação e pós-graduação para amplificar os debates. Produziram-se materiais didáticos e organizaram-se as participações em diversos eventos científicos para ajudar na difusão do tema.

Destacamos o envio de trabalhos sobre a Saúde Suplementar e a participação dos componentes dos grupos de pesquisa nos seguintes eventos: Congresso Brasileiro e Mundial de Saúde Coletiva – ABRASCO (2006); Reunião de Antropologia do Mercosul (2006); 3º Encontro Nacional da AMPASA (2006); Congresso Nacional de Educação Médica – ABEM (2006); Congresso Brasileiro e Latino-Americano de Ciências Sociais em Saúde – ABRASCO (2007); Semanas de Iniciação Científica (UERJ e UFF) e outros.

Foram gerados vários trabalhos de conclusão de curso em nível de graduação e especialização, assim como estão sendo desenvolvidas dissertações de mestrado sobre o tema. Um novo Mestrado em Saúde Coletiva na UFF foi aprovado pela CAPES, com disciplinas e linha de pesquisa sobre Saúde Suplementar.

Para apresentar os principais resultados produzidos pela pesquisa, esta coletânea foi dividida em três partes. A primeira trata do marco teórico-conceitual que pavimentou a trajetória da pesquisa, assim como as estratégias metodológicas utilizadas, que se ancoram em três dimensões: a) os modelos tecnoassistenciais: a regulação e microrregulação do modo de produção do cuidado sob o eixo da integralidade; b) os conhecimentos e práticas dos trabalhadores em saúde; e c) direito à saúde, demanda e saúde suplementar: tensões entre os campos jurídicos, jornalísticos e políticos. Além disso, são apresentadas as estratégias metodológicas e técnicas de pesquisa utilizadas em cada uma dessas dimensões.

Na segunda parte, cada uma das dimensões reúne questões que perfilam a compreensão dos grupos de pesquisas responsáveis por sua sistematização, assim como o modo como essas questões susci-

tam o debate entre os temas da integralidade e a Saúde Suplementar, no que concerne à identificação de seus atores e práticas no cotidiano das instituições de saúde e jurídicas.

A terceira parte se destina à apresentação de uma bibliografia comentada acerca dos temas aqui tratados, no sentido de auxiliar a compreensão dos temas candentes na área da Saúde Suplementar e os modelos tecnoassistenciais, e conhecimentos e práticas dos trabalhadores nos serviços privados de saúde. Por fim, disponibilizamos os instrumentos de coleta de dados da pesquisa, a declaração de aprovação no Conselho de Ética, assim como o termo de consentimento informado.

Esperamos que esta coletânea, a partir de uma perspectiva transdisciplinar, reunindo conteúdos dos campos da Saúde, do Direito e da Comunicação, possa contribuir para a realização de estudos sobre o tema integralidade e saúde suplementar, no que concerne aos limites e possibilidade do cumprimento do direito à saúde como direito de cidadania, e não somente como direito do consumidor.

PARTE 1

**Integralidade e Saúde Suplementar:
a pesquisa**

1.1. Marco teórico-conceitual

ROSENI PINHEIRO
ALUISIO GOMES DA SILVA JUNIOR

Como conceito fundamental para o desenvolvimento desta pesquisa, utilizaremos a Reforma Sanitária, mais especificamente a integralidade da atenção à saúde e da própria pesquisa avaliativa em saúde. O principal referencial analítico dos estudos e avaliações sobre as práticas de gestão e reorganização da atenção básica, a ser utilizado como marco conceitual macroestrutural, será a noção *de integralidade em saúde*, em seu plano individual e sistêmico, desenvolvida por Roseni Pinheiro e Ruben Mattos. Nesta noção se qualificou o *cotidiano* nas instituições de saúde como espaço de construção e estudos de práticas de integralidade (PINHEIRO; MATTOS, 2001, 2003, 2004 e 2005). A seguir explicitaremos a motivação da escolha desse referencial analítico.

Eleger a integralidade como eixo estruturante da política de qualificação da Saúde Suplementar significa empreender movimentos no enfrentamento dos desafios apresentados no *cotidiano* da produção de cuidado no setor da Saúde Suplementar e *na construção dos mecanismos regulatórios que influenciam as relações entre a gestão da ANS, das operadoras e o SUS, e destes com a sociedade.*

Entendemos esses movimentos como os principais *nexos constituintes* de práticas de integralidade na atenção à saúde, as quais sintetizam um conjunto de questões consideradas relevantes para sua apropriação conceitual e prática no campo da Saúde Coletiva. Essas questões estão diretamente relacionadas, muitas vezes de forma contraditória, com as políticas econômicas e sociais adotadas no país nas últimas décadas. Políticas excludentes que *concentram riqueza e fragilizam*

a *vida social* (LUZ, 2004), aumentando de forma exponencial a demanda da população brasileira por ações e serviços de saúde.

Se, de um lado, a forma de organização de nossa sociedade, baseada no capitalismo, tem favorecido inúmeros avanços nas relações de produção, sobretudo no que diz respeito à crescente sofisticação e progresso de tecnologias em diferentes campos, inclusive da Saúde, o mesmo não se pode dizer das relações sociais. Estas revelam o sofrimento difuso e crescente das pessoas, as quais são cotidianamente submetidas a padrões de profundas desigualdades, expressos pelo acirramento do individualismo, pelo estímulo à competitividade desenfreada e pela discriminação negativa de pessoas, com desrespeito às questões de gênero, raça, etnia e idade (PINHEIRO; GUIZARDI, 2003; PINHEIRO; FERLA; SILVA JUNIOR, 2004).

Dentro desse contexto de individualismo nas sociedades capitalistas, a procura por serviços privados de saúde cresce de importância, sustentada por uma lógica de valorização e incremento do consumo e do mercado. Isto porque, num cenário em que direitos são vistos como ajuda, como doação do Estado (TELLES, 1999), aos quais o indivíduo tem acesso, não pela prova de que é cidadão, mas sim pela de que está excluído dessa cidadania, a resolução de problemas via consumo surge como opção para a obtenção do cuidado. Assim, neste cenário individualista, onde Castel (1998) afirma que fragmentos de uma biografia esfacelada constituem a única moeda de troca para o acesso a um direito, o recurso ao mercado e a planos privados ganha muito relevo e importância.

Nesse sentido, cabe ressaltar alguns aspectos da experiência da formulação das políticas sociais no Brasil. A partir de 1930, as políticas de saúde tiveram como base de sustentação uma concepção corporativa vinculada à inserção do cidadão através da estrutura produtiva, apontando o colapso da política “*laissez-fairiano*”, base das relações produtivas até o século XIX, com a criação de mecanismos legais de regulação. O padrão de relação/regulação da política, e em particular das políticas de saúde, ampliou-se durante o período populista (1945-1964), com a incorporação de um número maior de setores produtivos, mediante o reconhecimento do *status* de cidadão, através de *uma certidão de nascimento cívico*, assegurado via carteira de trabalho (SANTOS, 1997).

A cidadania regulada, como definida por Santos, é baseada num código de valores políticos instituídos sobre uma base ocupacional estratificada e reconhecida por dispositivos legais. Tal mediação cria os chamados pré-cidadãos, pois todos aqueles que estiverem ocupando posições na estrutura produtiva, mas que não tenham reconhecimento legal, passam a estar excluídos das políticas produzidas e regulamentadas.

Esse período é marcado pela diferenciação da estrutura produtiva, através da regulamentação social e sindical com base na criação de instâncias de mediação sob a outorga do Estado. Segundo o mesmo autor, os dois movimentos convergem para um único leito através do conceito não expresso de cidadania regulada que permitia administrar, ao mesmo tempo, os problemas da acumulação e da equidade no contexto da escassez, primeiro aguda e, depois, crônica, de recursos (SANTOS, 1997, p. 71).

A criação, no ano de 1966, do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), órgão responsável pela execução e unificação das políticas de previdência e assistência, objetivando a ruptura com o pacto populista (1930-1964), gerou intensa e necessária transferência das decisões para as estruturas centrais do Estado à época.

Aureliano e Draibe (1988) demonstram que a aparente universalização, expansão e modernização do sistema deram novos contornos às práticas clientelísticas, estabelecendo como regra sua subordinação a interesses particulares, a eliminação da gestão previdenciária tripartite (Estado, trabalhadores e empresariado), com grande alijamento das representações dos operários na gestão. Buscando a *despolitização* da previdência, esse movimento vem gerar, no entanto, a criação de canais informais de mediação, fato que intensifica, ao contrário de deter, a lógica populista.

A expansão do modelo de compra de serviços consolida-se, até meados da década de 70, com o aumento de utilização de equipamentos de apoio diagnóstico e atos médicos, como resposta à crescente incorporação da massa previdenciária. O crescente descontentamento com o regime de exceção instalado em 1964 leva tal arranjo a uma mudança de concepção, em que as políticas sociais passam a fazer parte das estratégias governamentais. A previdência passa a ter papel de destaque, com a intensificação de suas atividades de assistência (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986).

Nesse contexto, o movimento da Reforma Sanitária brasileira buscou, ao longo das últimas décadas, consolidar as bases conceituais e institucionais que garantissem a implantação de um modelo de intervenções no campo da Saúde que considerasse a transformação dos atributos da política de saúde enquanto atributos de cidadania e fruto das manifestações do *status* de titularidade desenvolvidos a partir das ações do Estado. Sob esta perspectiva, e buscando construir um novo padrão relacional Estado/sociedade, pautando a saúde como elemento da seguridade social e como direito fundamental do cidadão, o movimento da Reforma Sanitária, a VIII Conferência Nacional de Saúde, as discussões desencadeadas pelo Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) orientaram-se pela necessidade de construir uma sociedade em que a vinculação entre as políticas e os atores estivesse mediada pela promoção da democracia e da equidade (FLEURY, 1994; CARVALHO, 1995).

Nessa conjuntura, o SUS surgiu como corolário dos esforços apontados anteriormente, a partir da necessidade de criação de um *design* que contemplasse a construção de modelos de assistência que garantissem a universalidade e a integralidade, com a participação efetiva da sociedade, através de instâncias colegiadas, e ancoragem numa perspectiva da saúde enquanto bem público. Não importava se sua provisão fosse feita diretamente pelas instituições públicas ou pelo setor privado prestador de assistência, ou mesmo pelo setor da saúde suplementar (COSTA, 1994).

O SUS tem-se confrontado, no seu processo de materialização, com o padrão de seguro social e de assistência à saúde, histórica e culturalmente vinculado a uma tradição corporativa de base contributiva. Este foi capaz de forjar de maneira bastante precisa clientelas específicas e mercados de assistência e provisão, que só foram alterados nos meados da década de 70, quando a restrição de acesso aos não-contribuintes deixou de vigorar (COSTA, 1994; FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1989).

Segundo Costa (1996), um dos resultados desse confronto, produzido pela ampliação do acesso à política, foi a instabilidade dos arranjos de políticas sociais que foram ampliadas para um universo de beneficiários extremamente pulverizado, além de sofrer a resistên-

cia provocada pelos diversos grupos de interesse representantes dos setores prestadores de serviços que faziam parte do arranjo anteriormente construído. Na contramão desse processo, há a Constituição Federal, que, ao estabelecer as diretrizes para o SUS, oferece os elementos básicos para o reordenamento da lógica de organização das ações e serviços de saúde brasileiros, de modo a garantir ao conjunto dos cidadãos as ações necessárias à melhoria das condições de vida da população.

A saúde, como direito de cidadania e defesa da vida, exige análises compreensivas, para que seja identificada como uma categoria da prática portadora de

padrões móveis e progressivos, e o sistema de saúde, sua organização e o conjunto de práticas no seu interior deve ter a capacidade de acompanhá-los e, mesmo, construir-lhes sempre novas possibilidades, em um movimento renovado de integralidade com equidade (FERLA *et al.*, 2002, p. 47).

Torna-se necessário exercer no limite todas as combinações possíveis de forças técnicas, políticas e administrativas existentes em cada realidade local – com a necessidade expressa pelos usuários (CECÍLIO, 2001) e como é percebida por meio de indicadores que a razão técnica analisa para o planejamento, com a gerência dos serviços e as práticas dos trabalhadores (PINHEIRO, 2001) – em arranjos dinâmicos que, a partir de cada conquista realizada, pressionem e organizem as condições para novos avanços.

A integralidade ganha importância ao constituir-se como princípio norteador do SUS, tensionando a agenda do debate em torno da organização da assistência à saúde. Pinheiro e Mattos (2001, 2003, 2004 e 2005) a levam ao debate em âmbito nacional como importante dispositivo de estruturação da rede de serviços de saúde. Os autores ressignificam o conceito de integralidade, dando-lhe dimensão política e institucional.

Mattos (2001), ao abordar o tema, busca delimitar-lhe os “sentidos” num texto preliminar, conforme diz o próprio autor, mas pleno de significado. Segundo o autor, a abordagem de integralidade se dá a partir de três grandes eixos, sendo o primeiro relacionado ao movimento conhecido como “medicina integral”, que parte da crítica

aos currículos das escolas médicas, até então estruturados de forma fragmentária, reducionista, tendo por referência a matriz teórica flexneriana. Esse movimento levou a que se propusessem reformas curriculares, com o objetivo de formar médicos capazes de apreender seus pacientes e necessidades de modo mais integral. A integralidade pode ser exercida por qualquer profissional de saúde, desde que o mesmo tenha preocupações e ações que vão além de um problema específico que se lhe apresenta. Outro eixo diz respeito ao “modo de organizar as práticas” e parte da crítica à dicotomia criada no âmbito do sistema de saúde brasileiro entre saúde pública e assistência. A partir daí, sugere que a integralidade “emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional” (MATTOS, 2003, p. 57). O terceiro conjunto de sentidos da integralidade aplica-se às respostas governamentais dadas aos problemas de saúde da população ou às necessidades de certos grupos específicos. A integralidade é representada pela recusa dos formuladores de políticas públicas em reduzir a objetos descontextualizados os sujeitos sobre os quais tais políticas irão incidir. Por outro lado, se expressa na convicção de que a resposta do governo a certos problemas de saúde pública deve incorporar as possibilidades de promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação.

Avançando no debate, Pinheiro, Ferla e Silva Junior (2004) têm a compreensão de que assumir a integralidade como eixo prioritário de uma política de saúde significa entender sua operacionalização a partir de dois movimentos recíprocos a serem desenvolvidos pelos sujeitos implicados nos processos organizativos em saúde: a superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações entre os níveis de gestão do SUS e nas relações destes com a sociedade. A partir da observação de experiências em diferentes estados e municípios brasileiros, podem-se identificar atributos da integralidade emergentes das práticas inovadoras na organização da atenção (PINHEIRO, 2001).

Essas inovações são construídas cotidianamente com permanentes interações democráticas dos sujeitos *nos* e *entre* os serviços de saúde, sempre pautadas por valores emancipatórios. Valores como

garantia de autonomia, exercício da solidariedade, reconhecimento da liberdade de escolha do cuidado e da saúde que se deseja obter. Os serviços de saúde são compreendidos como espaços públicos onde vivem sujeitos coletivos (“resultantes da intersubjetividade que somos”) ainda carentes de um agir político, compartilhado e sociabilizado (AYRES, 2001).

A integralidade é tomada como bandeira política, indissociável da universalidade e da equidade, e é materializada, no cotidiano, em práticas de gestão, de cuidado e de controle pela sociedade. Tais práticas devem produzir espaços de diálogo entre os vários atores que interagem nos serviços, desenvolver melhor percepção das necessidades de usuários e trabalhadores da saúde, e mediar negociação e pactuação de ações articuladas de cuidado em diferentes níveis de atenção.

O cuidado aqui referido não é entendido como um nível de atenção do sistema, nem como um procedimento simplificado, mas como uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para compreensão de saúde como o direito de ser (PINHEIRO; FERLA; SILVA JUNIOR, 2004). A ação integral é também entendida como a “entre-relações” das pessoas (CECCIM, 2004), ou seja, ação integral como efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, traduzida em atitudes como tratamento digno respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. O cuidado traduz-se também na escolha ética e política das tecnologias a serem utilizadas na resolução dos problemas de saúde (MERHY, 1997 e 2002). O controle pela sociedade é construído com mecanismos de participação social, vocalização de atores em assimetrias de poderes e capacidade coletiva de avaliar o desempenho das políticas públicas.

No que concerne à saúde suplementar especificamente, tais inovações podem ser observadas, por exemplo, nas relações entre os usuários e os planos de saúde, área em que, a despeito da contratualização, é possível identificar uma flexibilização desta posição legalista principalmente no Poder Judiciário, através da relativização de disposições contratuais e ampliação do conceito de integralidade em saúde, numa concepção mais social deste poder e do próprio direito.

Ampliando a temática para aos modelos tecnoassistenciais, a integralidade se constitui como uma diretriz que pode expressar um novo olhar sobre a Saúde Suplementar, com a qual o vínculo e a responsabilização conferem novos atributos indispensáveis à qualidade da assistência prestada e maior integração entre os modelos de atenção adotados no setor saúde.

Para entendermos a integralidade da Saúde Suplementar, propomos no presente estudo, intitulado *Estudos integradores sobre tecnologias avaliativas de integralidade e Saúde Suplementar*, um referencial analítico, que relacionamos com diferentes estudos acerca das práticas de integralidade na atenção a serem aplicados à Saúde Suplementar: a) *modelos tecnoassistenciais* no que concerne a suas tecnologias e desenho de gestão e da produção do cuidado; b) *conhecimentos e práticas dos trabalhadores* na produção do cuidado integral; e c) *direito à saúde*, construído pelo usuário cuja busca por terapêuticas é também influenciada pela mídia e pelas instituições jurídicas (Ministério Público), configurando uma oferta qualificada de serviços de saúde suplementar. Vejamos a síntese de cada uma delas.

a) Dimensão dos modelos tecnoassistenciais: a regulação e microrregulação do modo de produção do cuidado sob o eixo da integralidade

O modo de produção do cuidado tem sua dimensão tecnoassistencial definida pelo perfil tecnológico que opera nos processos de trabalho. Esse debate foi iniciado com Donnangelo (1976), Gonçalves (1994), Nogueira (1994), Campos (1992, 1994), Merhy (1994, 1997, 2002) e Silva Junior (1998), que desvendaram novos caminhos em relação à organização da assistência à saúde e seus modelos tecnológicos, tanto aqueles que tinham referência no campo biologicista, seguindo diretrizes do Relatório Flexner, quanto os que se colocavam como alternativos a estes, conforme mencionamos acima.

As análises do trabalho e processos de trabalho em saúde questionaram mais profundamente a estruturação do modelo tecnoassistencial, focando a análise, sobretudo no campo da micropolítica de organização do trabalho. O mundo do trabalho passa a ser a chave em que se encontram as respostas para os angustiantes questionamentos em torno das formulações das políticas de saúde e

da organização de modelos tecnoassistenciais, potencialmente instituintes. É a partir do trabalho que gradualmente vão sendo encontradas saídas para uma profunda mudança no modo de produção da saúde. O processo de trabalho passa a ser, então, categoria analítica fundamental sobre a qual esses estudos se debruçaram e desvendaram tecnologias articuladas pela atividade humana, subjetividades e processos de subjetivação como um elemento que compõe o complexo cenário de produção da saúde, com suas determinações culturais, sociais, econômicas e políticas (FRANCO, 2003). Um mundo complexo e disputado, rico em saberes e fazeres com alto grau de produção/criação no processo produtivo do cuidado.

Uma primeira referência na agenda de discussões que se organiza em torno desse tema vem das contribuições do coletivo que se agrupou em torno do Laboratório de Administração e Planejamento em Saúde (LAPA/Unicamp), que conduziu experiências importantes de aplicação desse conhecimento na micropolítica de produção do cuidado. As novas formas de se organizar a assistência, tendo como centro o usuário e suas necessidades, e como orientação técnica fundamental a reorganização do processo de trabalho, com amplo impacto sobre o acesso e o cuidado da população, deu-se através do “Projeto Porta Aberta”, em Ipatinga, Minas Gerais (MERHY, 1994) e, posteriormente, do “acolhimento”, em Betim e Belo Horizonte, Minas Gerais, descrito por Franco, Bueno e Merhy (2000) e Malta *et al.* (1998). Outras contribuições vieram de Campos (1994a,b), com a descrição do vínculo de usuários a equipes de saúde em unidades básicas, enfocando a saúde como valor-de-uso e a necessidade de se produzir ganhos de autonomia dos usuários para viverem suas vidas. Cecílio (1997) traz importante e inovadora formulação no que diz respeito à assistência e à gestão em hospitais, a partir da experiência da Santa Casa do Pará. Todas as experiências conduzidas coletivamente e devedoras de um grande número de trabalhadores de saúde que se dispuseram a construir uma certa “utopia ativa” e conseguiram, ao final desses processos, testemunhar uma mudança fundamental no modo de assistir aos usuários, voltado ao sentido da produção do cuidado.

Somam-se a essas experiências as formulações de Merhy (1997, 2000, 2002) sobre o Trabalho Vivo como a mola-mestra da trans-

formação na saúde, na configuração de tecnologias de cuidado para a estruturação de processos de trabalho que operam uma dada linha do cuidado. Enfim, a partir de ambientes estruturados pela micropolítica, “a cartografia do Trabalho Vivo” revela-nos uma implicada rede de relações, permeadas por atos assistenciais, rizomática, a operar novas práticas assistenciais como expressão da produção do cuidado. Os campos de práxis mencionados acima foram, a todo tempo, alimentados por ricas e ousadas experiências de mudança de modelos tecnoassistenciais. Essas são as referências para a análise de modelo tecnoassistencial, às quais agregam diretrizes operacionais de organização da assistência, como acolhimento, vínculo, resolutividade e autonomização.

O modelo “médico hegemônico produtor de procedimentos” se baseia nas tecnologias duras e leve-duras, em detrimento das tecnologias leves, mais relacionais (MERHY, 1997). Essa formação é histórica e socialmente determinada, e leva à constituição de serviços custosos e de baixa eficácia. Essa afirmativa não distingue entre os serviços de saúde públicos ou privados, sendo que o fenômeno é informado no SUS (FRANCO; MERHY, 2003), e na saúde suplementar (SILVA JUNIOR *et al.*, 2003; BRASIL/ANS, 2005). Sendo assim, a organização e funcionamento dos serviços de saúde, em especial suas opções tecnológicas, são as discussões que têm marcado o campo de formulação para a questão dos modelos tecnoassistenciais para a saúde.

A Saúde Suplementar tem experimentado mudar sua *performance* assistencial, introduzindo dispositivos de organização dos serviços que impactam no seu modelo produtivo, tentando exercer maior controle administrativo dos processos produtivos, do consumo de procedimentos e, ao mesmo tempo, buscando melhor performance no cuidado aos beneficiários, introduzindo ações programáticas, controle de riscos e alterando seus modelos assistenciais. Entretanto, cabe ressaltar que algumas concepções da saúde suplementar são diferentes das consideradas no setor público:

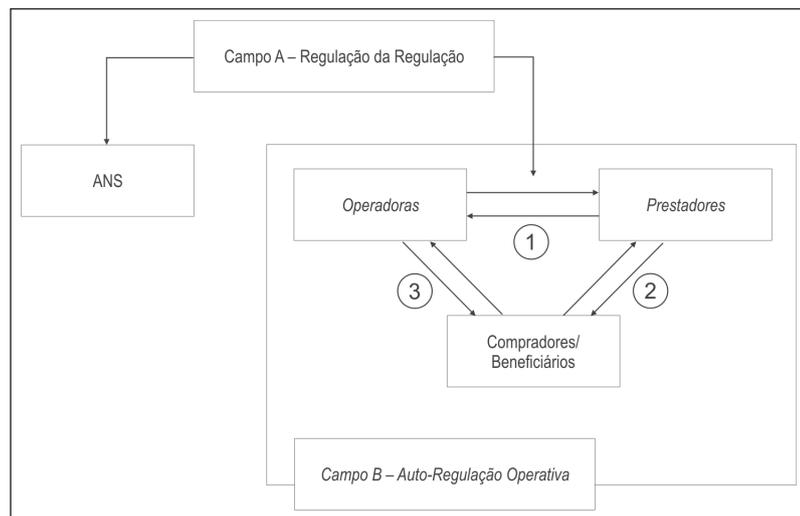
As relações entre usuários, prestadores e operadoras na Saúde Suplementar são consideradas relações de mercado. Os usuários são percebidos como “consumidores” com direitos assegurados no consumo, diferentemente das relações no sistema público de saúde, onde são cidadãos com direitos de cidadania, garantidos pelo Estado.

Esta perspectiva reduz a integralidade no setor suplementar a um conjunto de serviços discriminados em contrato, e sua garantia é a de cumprimento desse contrato. Antes da regulação do setor, existiam contratos com coberturas de serviços diversas, na maioria das vezes parciais, definidas por cálculos atuariais e pelo risco de utilização (sinistralidade), o que limitava a gama de serviços oferecidos à capacidade de pagamento dos usuários. Tal situação gerava, e ainda gera, em contratos anteriores à regulação, muitos conflitos na hora de maior necessidade dos usuários, que se vêem cerceados no acesso às tecnologias no momento de uma complicação de sua doença.

A regulação introduzida pela Lei nº 9.656/1998 e a criação da ANS instituíram coberturas mínimas mais amplas, aumentando a proteção aos usuários em seus contratos. A análise pela ANS das práticas assistenciais das operadoras revelou possibilidades de ampliação de cobertura sem onerar substantivamente os usuários. A adoção de modelos assistenciais mais cuidadores e a microrregulação têm mostrado resultados na difícil equação de ampliar cobertura e controlar custos na assistência. Isto nos leva a crer que a discussão da integralidade no setor suplementar funciona como um tensionador na expansão do acesso a recursos tecnológicos para a solução de problemas da população, na mesma proporção que ocorre no desenvolvimento do sistema público de saúde (SILVA JUNIOR *et al.*, 2006).

Cabe lembrar que o setor suplementar também padece dos problemas gerados pelo modelo hegemônico de prestação de serviços de saúde, como excessiva medicalização, uso irracional de tecnologias, predomínio das tecnologias duras nas relações com os usuários e até mesmo uma desumanização revestida de ambientes mais confortáveis e promessas de melhor atendimento (SILVA JUNIOR; MERHY; CARVALHO, 2003).

Contudo, temos claro que a produção do cuidado na Saúde Suplementar é mediada por relações contratuais entre seus vários atores, dentre os quais ressaltamos as operadoras, prestadores e beneficiários: Cecílio, citado em Malta *et al.* (2004), traz um diagrama que retrata as relações existentes entre os diversos atores que compõem o cenário de produção do cuidado, e que nesse contexto produzem suas contratualidades, conforme demonstra a figura 1.

FIGURA 1: Cartografia do Campo da Saúde Suplementar

Fonte: Cecílio (2003).

Segundo o autor:

Designamos o “campo A” (regulação da regulação ou macrorregulação), como o campo constituído, pela legislação e regulamentação (Legislativo, Executivo/ANS, CONSU – Conselho de Saúde Suplementar), as Leis n.ºs 9.656/98 e 9.961/2000, as resoluções normativas, operacionais, instruções, dentre outras, ou seja, *O braço do Estado que se projeta sobre o mercado* (BRASIL, 1998 e 2000). O “campo B” constitui o campo da auto-regulação ou regulação operativa, isto é, as formas de regulação que se estabelecem entre operadoras, prestadores e beneficiários. No espaço relacional 1 ocorrem as relações entre operadoras e prestadores; o espaço relacional 2 é aquele em que se estabelecem as transações entre as operadoras e os beneficiários; já o espaço relacional 3 marca o encontro dos beneficiários com os prestadores (figura 1). (MALTA *et al.*, 2004, p. 6).

Conforme descrito no diagrama de Cecílio, no campo B, da “auto-regulação operativa”, ocorre o que chamamos de microrregulação, ou seja, algo que diz respeito à regulação realizada pelas operadoras e que tem, entre outros, o objetivo de se adaptar à regulação da ANS.

Esse é o campo de pesquisa que pretendemos avaliar, no sentido de verificar o impacto da microrregulação na produção do cuidado. Um olhar sobre a micropolítica da Saúde Suplementar permite analisar a questão, e é esse um dos objetivos desta investigação.

Esta pesquisa deve aguçar a sensibilidade de percepção das tendências atuais de reorganização da atenção à saúde, procurando revelar seu modelo tecnológico e os impactos sofridos pelo mesmo com as mudanças em curso. Tem como foco a assistência e não a regulação em si mesma, e como parâmetro, alguns conceitos básicos de organização do modelo tecnoassistencial.

Os modelos tecnoassistenciais se organizam de acordo com algumas diretrizes operacionais, as quais caracterizam o perfil de assistência e o modo como se produz o cuidado. Sugerimos que as diretrizes de acesso, acolhimento, vínculo com responsabilização, cuidado integral e promoção da saúde sirvam como categorias analisadoras para os modelos tecnoassistenciais na Saúde Suplementar. Partimos do pressuposto de que elas indicam o perfil da assistência, pois revelam o processo de trabalho e o modo de produção do cuidado integral.

Para a investigação desta dimensão, foram destacadas como práticas de gestão, voltadas ou não para a integralidade, as formas de contratualização entre operadoras e prestadores, a organização de linhas de cuidado e os mecanismos de microrregulação.

b) Dimensão dos conhecimentos e as práticas de trabalhadores de saúde: produção do cuidado integral com ênfase nas práticas de promoção e prevenção da saúde

É na dimensão dos conhecimentos e das práticas de trabalhadores de saúde que forjamos a capacidade de gerar acolhimento e desfragmentar o atendimento prestado. Nessa dimensão, a integralidade é entendida como um processo de construção social, que tem na idéia de inovação institucional grande potencial para sua realização, pois permitiria inventar novos padrões de *institucionalidades*. Estes devem ser entendidos como experimentos que podem conferir maior horizontalidade nas relações entre seus participantes – gestores, profissionais e usuários do sistema de saúde –, no que concerne à autoria de novos conhecimentos a partir das práticas dos sujeitos implicados no cuidado em saúde. Entre os conhecimentos e práticas

dos trabalhadores, merecem destaque aquelas relativas à promoção de saúde e prevenção de doenças.

A promoção à saúde e prevenção são discussões desenvolvidas nos serviços assistenciais de forma mais sistemática a partir dos anos 1970, com formulações teóricas desenvolvidas no âmbito do Ministério da Saúde do Canadá e depois amplamente difundidas pela Organização Mundial da Saúde. Incorporadas como tecnologias às práticas cotidianas dos trabalhadores da saúde, essas diretrizes têm sido fortemente subsidiadas pela Epidemiologia, ganhando um vasto campo de ação. Nos sistemas públicos de saúde, têm sido bastante utilizadas, mas o mesmo não vinha acontecendo na Saúde Suplementar. Esta, tradicionalmente mais voltada à assistência médica *stricto sensu* e com forte predominância das tecnologias duras e leve-duras no desenvolvimento de seus projetos terapêuticos, atuou sempre com modelos de alta densidade prescritiva e menos educativa, de prioridade para a ação após o processo mórbido se instalar, e menos na prevenção de agravos.

No entanto, verifica-se recentemente uma tendência, na Saúde Suplementar, em utilizar das ações programáticas como recursos assistenciais e até mesmo de *marketing* dos cuidados que as operadoras vêm oferecendo (MALTA *et al.*, 2004). Essa tendência tem sido generalizada, na medida em que as operadoras vêm reconhecendo que o campo oferece cuidado eficaz e ao mesmo tempo de custos mais baixos do que os tradicionalmente verificados.

Merhy e Franco (2003) definem como “reestruturação produtiva” um processo na saúde onde há alterações na organização do trabalho, sobretudo na sua forma de operar e através do qual se verificam impactos no modo de produzir saúde. Isso se aplica à análise da incorporação das tecnologias de promoção e prevenção à saúde, que são utilizadas na Saúde Suplementar. Cabe aqui a seguinte questão: a promoção e prevenção de saúde utilizadas nos processos de produção do cuidado pela Saúde Suplementar significam uma reestruturação produtiva neste setor? A questão deve ser respondida com a análise dos processos de trabalho e suas tecnologias. Isso é foco da atual investigação.

Embora a reestruturação produtiva provoque alteração no processo de trabalho, isso não significa que haja mudança estrutural no

modo de produzir o cuidado, pois ela pode ocorrer sem que haja inversão das tecnologias no núcleo do processo de trabalho. Se se consegue operar uma inversão das tecnologias hegemônicas de cuidado, de tecnologias duras e leve-duras, para as tecnologias leves, então se caracteriza um processo denominado por Franco (2003) de *transição tecnológica na saúde*.

Algumas propostas de ênfase na promoção de saúde e prevenção de doenças encontram seus fundamentos na reestruturação do setor saúde norte-americano promovido pelo *Managed Care* (Atenção Gerenciada), que introduz aspectos racionalizadores baseados em critérios de eficiência e eficácia clínica que visam a impactos principalmente nos custos assistenciais (UGÁ *et al* 2002; IRIART 2000, 2003). Entre estas práticas destacamos: a adoção de protocolos clínicos de investigação diagnóstica e tratamento; o gerenciamento de doenças de impacto econômico elevado; o gerenciamento de casos de assistência complexa; o monitoramento de fatores de riscos à saúde em populações selecionadas e outros.

Essas práticas têm suas efetividades demonstradas no que tange à redução de custos e na diminuição da incidência de certos agravos (KAISER PERMANENT, 2006). Entretanto, quando elas ocorrem desarticuladas de práticas de humanização e investimentos em mudanças nos padrões relacionais entre profissionais de saúde e usuários, ou entre os profissionais entre si, não provocam mudanças na qualidade do atendimento às necessidades dos usuários, prevalecendo o foco em doenças, a fragmentação do cuidado e a incapacidade de lidar com sofrimentos difusos ou pouco específicos, que representam grande parte das demandas de serviços.

Outro conjunto de práticas que merecem observação são aquelas destinadas à articulação de fluxos assistenciais entre profissionais ou serviços, formais e informais, que asseguram ou não a continuidade do cuidado, componente fundamental para a integralidade (SILVA JUNIOR; ALVES; ALVES, 2005).

A utilização da promoção da saúde e prevenção no setor suplementar deve ser colocada em análise, na perspectiva de verificar se as tecnologias mais relacionais estão se sobrepondo às tecnologias que se estruturam sob uma lógica instrumental. É a partir dessa questão que será analisado o fato de haver um pro-

cesso de reestruturação produtiva ou de *transição tecnológica na saúde* (MERHY; FRANCO, 2003).

A existência de práticas avaliativas nos processos de trabalho revela a preocupação com o desempenho (das operadoras e dos prestadores) e o sentido das ações (o objetivo perseguido, as metas desejadas e os indicadores utilizados). Em todas as práticas, um parâmetro importante de análise dos processos de trabalho diz respeito à forma específica como cada trabalhador atua no seu espaço micropolítico. Suas atitudes são verificadas pelas tecnologias que utiliza, e quais tecnologias têm predominância no seu singular modo de produzir o cuidado. Há nesse cenário uma importante presença de fatores que dizem respeito à subjetividade e a processos de subjetivação, que determinam em grande medida o modo específico de os profissionais atuarem no mundo do trabalho.

É justamente por esse motivo que entendemos que a produção do cuidado não está dissociada do sistema de regulação e microrregulação da Saúde Suplementar – ou seja, os dispositivos engendrados pela gestão das operadoras na configuração de suas linhas de cuidados ou de seus modelos technoassistenciais. Propomos analisar as relações entre operadoras, prestadores e beneficiários, como pressuposto para compreender o modo como se organiza a produção do cuidado. Para tanto, as categorias fundamentais para análise do modo de produção do cuidado, no espaço da sua micropolítica, são as seguintes:

- 1 a) *Acolhimento*, entendido como um ideário que pressupõe atitudes acolhedoras por parte dos profissionais de saúde em relação aos beneficiários; inclui dispositivos acolhedores que as operadoras tenham organizado para qualificar a relação e conforto na assistência à sua clientela. O acolhimento traz outra dimensão, que é a do processo de trabalho, que deve apostar na potência dos diversos saberes e fazer para o cuidado em saúde, ou seja, a multiprofissionalidade é um princípio importante sobre o qual se assenta essa idéia.
- 2 b) *Vínculo* diz respeito à construção de uma referência segura para o usuário, de um profissional ou equipe que o acompanha. Pressupõe responsabilização, encaminhamentos seguros e, sobretudo o reconhecimento pelo usuário de que alguém o está protegendo, cuidando.

- 3 c) *Cuidado integral* parte do pressuposto de que há integralidade na atenção à saúde, entendendo-a como algo sistêmico, incorporada institucionalmente ao serviço de saúde, com uma dimensão também singular na atenção à saúde (PINHEIRO, 2001). O cuidado integral vai sugerir que o usuário tenha fluxo assegurado e acesso a todos os serviços necessários à execução de um suposto projeto terapêutico.
- 4 d) *Promoção à saúde* tem sido incorporada na Saúde Suplementar como uma nova tecnologia de cuidado e, portanto, deve ser considerada no campo de análise a ser processada. Trata-se de medidas de controle de grupos de risco, impedindo seu adoecimento ou minimizando complicações. Essas ações vão desde programas pontuais de prevenção de doenças até organização de redes assistenciais, incluindo a assistência domiciliar, tendo por objetivo otimizar os cuidados aos beneficiários e limitando custos.

c) Dimensão do direito à saúde: as relações entre mídia e instituições jurídicas e as repercussões na demanda na Saúde Suplementar

Esta dimensão busca apresentar os nexos constituintes entre os campos jurídico e jornalístico na construção do direito à saúde, os quais afetam a busca por recursos terapêuticos dos beneficiários dos planos de saúde, influenciando sua capacidade de análise e avaliação do cuidado e serviços prestados.

Compartilhamos da idéia de que a identificação e análise desses nexos podem ajudar a construir desenhos interdisciplinares avaliativos de tecnologias de atenção e do cuidado na Saúde Suplementar, contribuindo para estudos avaliativos sobre a política de qualificação da ANS, no que concerne à melhoria da qualidade institucional. Nesse sentido, propomos algumas definições e noções para compreender essa dimensão, quais sejam: as noções de direito à saúde, campo jurídico e campo jornalístico.

O tema do direito associado à saúde remete às próprias bandeiras do movimento sanitário, cuja concretização se encontra na Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988. Na Constituição a saúde emerge como um serviço de relevância pública, dotado de eficácia imediata e, por isso, com caráter fortemente social.

Essa Constituição, no sentido de materializar o direito à saúde, firmou alguns princípios que servem como norte de sua atuação e

garantia de efetividade do texto, que ocorre por meio de um Sistema Único de Saúde (SUS) que englobe as três esferas de governo em todos os níveis de complexidade.

Na esteira dos processos operativos para sua materialização, é possível observamos o crescimento do interesse por estudos sobre princípios constitucionais no país, convergindo para uma tendência acerca da práxis do direito, sendo abordada em diferentes países no mundo. No campo do Direito como área de conhecimento, podemos verificar que esse crescimento vem sendo uma decorrência do período pós-positivista (BONAVIDES, 1999, p. 237), através do qual se abandonam, ou se relativizam, o excessivo rigorismo formal e a necessidade de codificação plena do direito, passando a se aceitar a existência de conceitos indeterminados, apenas indicativos de caminhos ou de valores a serem observados.

Com a codificação das constituições sob o signo do positivismo jurídico pode-se perceber uma crítica crescente sobre a suficiência do direito natural, na qual se baseava em valores imbuídos de aspirações de uma sociedade, e que portanto, não deveria ser oriundas de regras ou normas impostas pelo Estado.

Todavia, com a derrocada dos regimes autoritários, na primeira metade do século XX, já se observava no campo do direito, diversos elementos que apontavam para o declínio do pensamento positivista, como sendo a única base epistemológica de sua atuação. Nesse sentido tornava-se necessário garantir uma proposição teórica e prática que pudesse auxiliar na diferenciação do entendimento entre regra e princípios, cujos direitos fundamentais constituem-se o cerne das questões do Direito tomando a ética como seu principal valor.

No Estado de Direito a distinção entre princípios e regras, cujo primeiro reveste-se de importância pelo seu elevado grau de indeterminação e generalização capaz de plasmar os valores jurídicos e políticos coerentes com efetivo exercício da justiça reivindicada para o seu cumprimento. A generalidade é imprescindível para que a pretensão de permanência das constituições possa ser alcançada. Isto porque apenas com este grau de abstração e caráter *princípio lógico* é que as constituições poderão evoluir e atualizar seus preceitos de acordo com as constantes mudanças que ocorrem na sociedade.

Dessa maneira, encarando os princípios como normas jurídicas abertas, permeadas de valores e diretrizes, e que permitem a adequação do sistema constitucional à realidade social sem necessidade de constantes alterações legislativas, passam os princípios, dentre os quais destacamos o princípio da integralidade, a orientar toda a política de Estado na área da Saúde.

No que tange à Saúde Suplementar, segundo o art. 199 da Constituição, a “assistência à saúde é livre à iniciativa privada”. Neste sentido, para além da saúde no âmbito público, é possível que também haja uma saúde privada, chamada de saúde suplementar. Ainda neste artigo, o parágrafo 1º traz em seu texto que “as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”. Observa-se que as instituições privadas devem atuar de forma complementar ao SUS, segundo suas próprias diretrizes. Diante desse pressuposto, o princípio da integralidade assume características universais na implementação da política de saúde para o Estado brasileiro, cuja “complementaridade” conferida aos serviços providos pela iniciativa privada não significa o desrespeito aos valores e diretrizes que a regem.

Esta afirmação é consubstanciada não somente em razão da previsão constitucional expressa de que a Saúde Suplementar deve seguir as diretrizes do SUS, mas também em razão da eficácia conferida aos princípios também no âmbito das relações privadas (SARMENTO, 2003). Assim, mesmo dentro de uma concepção de mercado e de livre contratação, é possível – e mais do que isso, imperativo – que os princípios gerais sejam observados. Sobretudo na área de saúde, única área em que o constituinte expressamente considerou como serviços de relevância pública.

Com efeito, conforme observamos, a relevância pública e a previsão constitucional de complementaridade desse segmento nos remetem a uma noção de unidade de serviços públicos e privados, uma noção de integralidade presente na organização e articulação dos serviços, além da integralidade em sua prestação.

Tendo em mente essa noção de integralidade, torna-se necessária a participação do Poder Público e da própria sociedade organizada

no controle e regulação desses serviços. Utilizando a definição de Santos e Merhy (2006), que diferencia regulação de regulamentação, não bastaria a mera normatização de atividades e controle do Estado através de leis, sendo de fundamental importância o exercício da regulação, caracterizada como a intervenção de um terceiro entre a demanda do usuário e a prestação do serviço. Tal controle, ainda segundo o autor, não pode se restringir aos aspectos quantitativos, devendo abranger também aspectos qualitativos de avaliação.

Um dos protagonistas dessa atividade de regulação do mercado privado é a Agência Nacional de Saúde Suplementar. Criada pela Lei nº 9.961/00, após a regulamentação dos planos por meio da Lei nº 9.656/98, a ANS foi instituída como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades na área de Saúde Suplementar. Sua criação foi parte de um processo de despolitização da intervenção estatal em determinados segmentos, através do surgimento de agências reguladoras independentes e autônomas.

Em que pesem as dificuldades encontradas pela agência na tarefa regulatória, principalmente nos planos de saúde anteriores à regulamentação feita em 1998, a ANS, ao lado de outros atores sociais, representa importante avanço na área de controle do mercado e garantia dos direitos dos usuários.

Ainda neste sentido, através da utilização de princípios também nas relações contratuais, o Poder Judiciário também vem exercendo importante função, atuando de forma a ampliar as bases contratuais e garantir a prestação do cuidado, elevando a vida e a dignidade a valores fundamentais e superiores aos contratos e a letra da lei, de forma a garantir a efetividade do direito à saúde previsto na Constituição, evitando que este sofra do que Neves (1994) define como *constitucionalização simbólica*, em que existiria a mera previsão de direitos constitucionais mas sem garantia de efetividade.

Desta maneira, direitos que ganharam força sob a ótica liberal, como autonomia da vontade e dos contratos, que seriam lei entre as partes, perdem força em termos absolutos, para serem relativizados à luz de princípios como a função social dos contratos e a chamada boa-fé objetiva.

O entendimento acerca da função social dos contratos coloca-se como uma questão central, na medida em que expressam o modo de

funcionamento das ações que tratam seu objeto no seio da sociedade, o qual deve conter o respeito as suas aspirações, e garanti da própria existência humana com dignidade e de modo coletivo

Outra referência importante aos contratos nos planos de saúde se concentra no fato de estes serem muitas vezes considerados, numa ótica de proteção ao consumidor, como contratos de adesão, que seriam contratos em que apenas uma das partes redige o contrato e não existe discussão sobre suas cláusulas.

Seria pouco eficaz pensar esse princípio sem levar em conta outras diretrizes que também compõem o SUS, como a participação. No caso da Saúde Suplementar, integralidade e participação devem atuar de forma conjugada, de modo que o fornecimento de um serviço de saúde privado seja também uma afirmação à cidadania. Como no âmbito privado predominam a livre concorrência e as normas de direito civil, as operadoras de planos de saúde, ressalvadas as cooperativas, são antes de tudo empresas que visam à obtenção de clientes para auferir lucros. Deste modo, a recorrência à mídia como ferramenta de captação de clientes tem sido uma “tecnologia” amplamente utilizada na manutenção da relação entre demanda e oferta na Saúde Suplementar.

Considerando a aplicação dos princípios e a relevância pública dos serviços de saúde, sob a ótica da integralidade, escolhemos como temática inerente ao objeto da pesquisa as relações entre os usuários e os planos de saúde suplementar, cuja noção de campo jurídico presente em Bourdieu (1989) confere os elementos teóricos conceituais necessários a sua compreensão.

Nesse sentido, analisar e avaliar as práticas de integralidade à luz do direito à saúde não se reduz às questões relacionadas ao formalismo, que afirma a autonomia absoluta do direito em relação ao social, e nem cai na visão oposta, do instrumentalismo do direito, que apenas serviria aos interesses dominantes (BOURDIEU, 1989).

Com esse pressuposto, torna-se possível apreender as disputas internas dentro do campo jurídico pelo monopólio de dizer o direito, de modo a compreender o mercado simbólico do direito e suas interações com o campo jornalístico, através do estudo das concepções dos usuários e dos próprios profissionais sobre o direito à saúde, bem como os mecanismos e a abertura das instituições

jurídicas às demandas, numa análise que envolve também o acesso à Justiça, indispensável na garantia de direitos (CAPPELLETTI; GARTH, 1998).

A importância de tal análise se justifica pela existência de uma espécie de criação ou invenção do direito pelos juízes. O veredicto, então, para Bourdieu (1989), seria um compromisso político firmado no processo com o jurista atuando como uma espécie de terceiro mediador entre as partes demandantes. No entanto, tal compromisso político reflete as lutas internas do próprio campo jurídico, onde profissionais manipulam de maneira desigual os recursos jurídicos disponíveis, com a decisão baseando-se mais em atitudes e no capital simbólico dos profissionais do que em normas puras do direito.

Essas disputas envolvem a manutenção do poder dentro do campo, opondo, de um lado, os profissionais que pretendem manter seu poder, buscando para isso maior normalização, segurança jurídica e pretensa universalidade das decisões, numa lógica de conservação em que “o porvir será a imagem do passado” (BOURDIEU, 1989, p. 245) e, de outro, profissionais que pregam uma mudança nos padrões, defendendo maior papel criativo da jurisprudência, por exemplo, buscando também a dominação do campo.

Neste sentido, a própria configuração do direito e sua defesa como instrumento de transformação social podem servir de instrumento para a dominação do campo, normatizando as idéias de determinado grupo e universalizando-as através do direito, o que acaba por impor certo padrão de normalidade social.

Além disso, ainda dentro desta lógica interna de disputa pelo campo, o direito acaba, nas palavras de Bourdieu, por se reforçar circularmente, no sentido de que, na divisão entre os chamados profissionais e os profanos, cabe aos primeiros o poder de revelar os direitos, inacessíveis aos profanos e, conseqüentemente, as injustiças. Assim, o direito cria suas próprias demandas e aumenta seu próprio mercado. Com isso, os profissionais determinam o que pode ser dito e o que deve entrar no campo jurídico, de acordo com os interesses dominantes no campo.

A análise desta lógica de criação das demandas é de fundamental importância no sentido de se tentar verificar de que forma as concepções sobre o direito à saúde são criadas e produzidas dentro do

próprio campo e também a partir da influência de outros campos, notadamente o jornalístico.

Isto porque, a despeito desta disputa interna, Bourdieu (1989) fala ainda em uma pequena autonomia do campo jurídico, dependente sobretudo do campo político, em conseqüência do papel determinante que desempenha na reprodução social. Assim, os interesses dominantes do campo seriam reflexos dos interesses dominantes na sociedade, numa influência do campo político e dos demais campos da sociedade.

Já no universo da comunicação encontram-se desde as formas de intercâmbio humano direto presencial até as mediadas, que podem utilizar aparatos técnicos ou suportes diversos para a difusão de informação, interpessoais ou não. A tais suportes dá-se o nome de *mídias*. No contexto das mídias, há os veículos de comunicação, que são os formatos que tais mídias podem adquirir, de modo a promover a difusão da informação. É justamente através dos veículos de comunicação que as práticas jornalísticas são realizadas, práticas estas que se destacam pela *periodicidade, atualidade e difusão coletiva*, características básicas do que se define como sendo o jornalismo. Contudo, é preciso estabelecer outros critérios, de modo a perceber as diferenças entre o que pode ser da ordem do jornalístico ou não, sobretudo através de sua linguagem. Assim, não se trata o jornalismo como um gênero literário a mais. Ele “se propõe processar informação em escala industrial e para o *consumo* imediato. As variáveis formais devem ser reduzidas, portanto, mais radicalmente do que na literatura [destaque nosso]” (LAGE, 2001, p. 35).

Para além das características básicas citadas acima, evidencia-se o aspecto do *consumo*, essencial para que se compreendam as múltiplas linguagens pertinentes aos diversos veículos de comunicação utilizados no jornalismo. Logo, mais do que informar periodicamente sobre temas atuais e para muitos, a maneira como isto é feito se dá a partir do pressuposto de que a notícia é um *produto*, o qual propicia a circulação ou consumo de outros produtos, tanto no conteúdo da própria notícia como através de anunciantes. São estes e outros aspectos que entram em jogo quando utilizamos o conceito de *campo jornalístico* (BOURDIEU, 1997). E o campo jornalístico, como podemos entendê-lo? Quais seriam suas especificidades e distinções se o compararmos com outros campos? (CARVALHO, 2006).

É o sociólogo Pierre Bourdieu que nos oferece uma interessante contribuição para definição do campo jornalístico, desvelando as leis que os regem e a dependência recíproca que mantém com outros campos – tais como o econômico, político e jurídico, que disputam entre si, mas é com o primeiro que sua subordinação parece mais evidente. Nesse sentido o seus veículos revestem-se de importância quanto a sua distinção e utilização pelos participantes que os integram.

Portanto, para compreender o que acontece num veículo jornalístico, deve-se considerar primeiramente a posição desse veículo em relação aos outros a ele semelhantes e que lhe são concorrentes, de modo a perceber as relações de força objetivas que se estabelecem entre eles. Para apreender essas relações, é importante observar aspectos como: indicadores de “fatias de mercado, peso aos olhos dos anunciantes, o capital coletivo de jornalistas prestigiosos etc.”, uma vez que entre os veículos jornalísticos há “interações, pessoas que se falam ou não, pessoas que se influenciam, que se lêem [...], mas também relações de força completamente invisíveis que fazem com que [...] seja preciso levar em conta o conjunto das relações de força objetivas que constituem a estrutura do campo” (BOURDIEU, 1997, p. 56).

O lugar do veículo é medido não só por seu peso econômico, mas também por seu peso simbólico, mensurável em parte por aspectos históricos; posição entre os *media* nacionais e mundiais; paradigmas de produção da notícia segundo a linguagem do meio de comunicação em análise; nível de conservadorismo, amadorismo, pioneirismo etc.; influência de outros meios de comunicação (por exemplo, influência da televisão ou da Internet em determinado contexto) e assim por diante (BOURDIEU, 1997, p. 56-9).

Outro aspecto importante que não se pode omitir é o poder de influência do campo jornalístico sobre outros campos. Isto porque não se deve perder de vista que o campo jornalístico tem o monopólio da informação considerada legítima (fontes oficiais) (BOURDIEU, 1997, p. 103), o “monopólio real sobre os instrumentos de produção e difusão em grande escala da informação e [...] sobre o acesso dos simples cidadãos, mas também dos outros produtores [...] ao que se chama por vezes de ‘espaço público’, isto é, à grande difusão” (BOURDIEU, 1997, p. 65).

Não é por acaso que o campo jornalístico, ao apresentar suas feições muitas vezes coerentes com a lógica do consumo, acaba por conviver com contradições internas acerca de limites de sua atuação, extrapolando de forma significativa o campo que atua, influenciando outros campos, notadamente, os campos jurídico e político. Com um campo de visibilidades, o campo jornalístico tem nos seus veículos potentes ferramentas dentre as quais a mídia, a qual avança como agente de “justiça” para aqueles que tem sua voz silenciadas e suas demandas ignoradas.

Além das características gerais relacionadas com o campo jornalístico, é preciso considerar também uma abordagem do ponto de vista das *mídias*, já que estas podem ser vistas como “dispositivos instituidores do espaço público, na medida em que, por sua ação ritualística e cotidiana, anunciam a noção de realidade, mas convertem-se, elas mesmas, em lugar onde a realidade passa por eles e se faz neles” (FAUSTO NETO, 1999, p. 16).

Diante do exposto, destacam-se alguns aspectos importantes que devem ser considerados ao se analisarem seus conteúdos, tais como: (a) mídias estruturam espaço público e nele se estruturam; (b) mídias atuam no espaço público a partir de competências próprias, tal como a de aceitar as falas que nele são produzidas, conferindo-lhes visibilidade pública; (c) visibilidade que mídias dão às diferentes falas que o espaço público produz se efetiva segundo um conjunto de “leis” e condições internas de produção das próprias mídias; (d) experiências cotidianas e institucionais são progressivamente midiaticizadas pelos meios de comunicação, permitindo o alargamento e a visibilidade de outros campos; (e) com interação entre o campo das mídias, constitui-se o espaço público, seus modos de funcionamento, seus atores e discursos, mas também destacam o campo das mídias como sendo o operador fundamental responsável por essa articulação, daí sua função midiaticizadora; (f) mediação não é “passiva”, ao contrário; (g) as mídias, pelo estabelecimento de condições próprias de produção de mensagens, produzem enquadramentos ou *contratos de leituras*: problemática da concorrência interna das mídias e da condição de recepção que se estabelece no jogo de oferta/consumo (FAUSTO NETO, 1999, p. 16-8).

Dessa maneira, quando partimos da abordagem de campo e de campo jornalístico, não podemos deixar de considerar as característi-

cas gerais das mídias, a partir da análise de seus conteúdos. Porém, as mídias devem ser inseridas no contexto da produção jornalística, já que não se vão considerar aqui outros modelos de produção e linguagem mediadas que não sejam informativos, constituídos naquilo que se define como a unidade fundamental ou matéria-prima do jornalismo: a *notícia*.

É justamente dessa matéria-prima, a notícia, que constituímos o principal material para a análise sobre os nexos constituintes do direito à saúde e suas repercussões, efeitos e influências no modo de produção de cuidado na Saúde Suplementar, e que mapeamos as trajetórias e usos pelos usuários beneficiários nas suas buscas por saúde na área da Saúde Suplementar. Nosso estudo de recepção é baseado na abordagem latino-americana sobre recepção, a qual será detalhada no capítulo referente à estratégia metodológica, a seguir.

O estudo das práticas em nossas pesquisas não se destina a fazer uma arqueologia da integralidade, mas traçar uma genealogia no sentido foucaultiano – ou seja, genealogia como “o acoplamento dos conhecimentos eruditos e das memórias locais, que permite a constituição de um saber histórico de lutas e a utilização desse saber em táticas atuais” (FOUCAULT, 2000, p. 63). Esse traçado é quase um mapa de diferentes críticas permanentes aos saberes instituídos no campo da Saúde, sobretudo do saber biomédico. Críticas que se forjavam em táticas em diferentes espaços e os lugares que percorremos nos campos de nossas pesquisas. Espaços (corredores, consultórios, hospitais, praças, ruas, quintais) e pessoas (médicos, enfermeiros, agentes comunitários, pacientes, famílias), que, em seus movimentos diários, revelavam-se *espaço-cotidiano* – entendido, na concepção de Milton Santos,

como uma reunião recíproca de fixos e fluxos, o espaço como conjunto contraditório formado por uma configuração territorial e por relações de produção, relações sociais; e finalmente o que vai presidir a reflexão de hoje, o espaço formado por um sistema de objetos e sistema de ações (SANTOS, 1997, p. 110).

Nessa trajetória, não tratamos de descrever as convergências e divergências entre os saberes a partir da positividade de seus discursos, mas identificar o surgimento de outros saberes, instituintes e críticos. Saberes que assumiam caráter estratégico de transformação dos sujei-

tos, de concepções de mundo, atuando como dispositivo político – e, por que não, de poder? Poderíamos denominá-lo de “saberes das pessoas”, saberes locais, descontínuos e não-legitimados, que são saberes sem senso comum (FOUCAULT, 2002), que não encontram “guarda na ordem racionalizadora” de nossa sociedade organizada pelo regime capitalista, como afirmou Madel Luz em um dos seus artigos (LUZ, 2004). Ou seja, são saberes que não se justificam por análises econômicas, mas por análises políticas, sociais e culturais.

Chamamos a atenção para o necessário exame crítico acerca da matriz hegemônica de produção do conhecimento, que, fundada na modernidade, tende constantemente a nos afastar das possibilidades de realizar novas reflexões sobre a diversidade e pluralidade de objetos e estratégias de investigação em saúde, sobretudo aqueles centrados nas *práticas*. Ou seja, o que está implícito nessa discussão é um dito popular de uso *cotidiano* de que na “prática a teoria é outra”. Nesse sentido, há de se ter clara a urgência de ultrapassarmos os limites das análises teóricas hegemônicas, que vêm sendo produzidas e são utilizadas para o planejamento e a ação governamental, a fim de darmos espaço “ao conhecimento empírico acumulado no desencontro entre uma ou outra dessas condições” (FERLA *et al.*, 2003, p. 62), como fonte de novos conhecimento e fundamentos de uma *práxis* em saúde.

Referências

- AURELIANO, L.; DRAIBE, S.M. A especificidade do Welfare State brasileiro. In: MPAS/CEPAL. *A política social em tempo de crise: articulação institucional e descentralização*. Brasília: Cepal, 1989.
- AYRES, J. R. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- BONAVIDES, P. *Curso de Direito Constitucional*. São Paulo: Malheiros, 1999.
- BOURDIEU, P. A força do direito: elementos para uma sociologia do campo jurídico. In: _____. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989. p. 209-254.
- _____. *Sobre a televisão*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1997.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Dois faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, 2005.
- CAMPOS, G. W. S. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- _____. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- CAPPELLETTI, M.; GARTH, B. *Acesso à justiça*. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 1998.

- CARVALHO, M. Análise do campo jornalístico a partir do episódio Época/CartaCapital de agosto de 2005. In: LUSOCOM 2006. *Anais...* Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela Publicacions, 2006.
- CASTEL, R. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Petrópolis. Vozes, 1998.
- CECCIM, R. B. Equipe de saúde: a perspectiva *entre-disciplinar* na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Hucitec: São Paulo, 2004. p. 259-278.
- CECÍLIO, L. C. O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- _____. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2001. p.113-126.
- COSTA, N. R. Transição e movimentos sociais: contribuição ao debate da Reforma Sanitária. In: _____. (Org.). *Demandas populares, políticas públicas e saúde*, v. I. Petrópolis: Vozes, 1989. p. 45-65.
- _____. O Banco Mundial e a política social nos anos 90: a agenda para a reforma do setor saúde no Brasil. In: COSTA, N. R.; RIBEIRO, J (Orgs.). *Política de saúde e inovação institucional: uma agenda para os anos 90*. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1996.
- DONNANGELO, M. C. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.
- FAUSTO NETO, A. *Comunicação e mídia impressa: estudo sobre a Aids*. São Paulo: Hacker, 1999.
- FAVARET-FILHO, P.; OLIVEIRA, P. J. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. Rio de Janeiro: IEI/UFRJ, 1989 (Texto para discussão, 216).
- FERLA, A.; CECCIM, R. B.; PELEGRINI, M. L. Atendimento integral: a escuta da gestão estadual do SUS. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes, práticas em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC; 2003. p. 61-88.
- FERLA, A.; JAEGER, M. L.; PELEGRINI, M. L. A gestão da saúde no contexto do SUS: descentralização, integralidade e controle social como desafios para os novos governos. In: TAVARES, L. (Org.). *Tempos de desafios: política social democrática e popular no governo do estado do Rio Grande do Sul*. Petrópolis: Vozes, 2002.
- FLEURY, S. *Estados sem cidadãos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- FOUCAULT, M. Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2000 (Coleção *Ditos e Escritos*, II).
- FRANCO, T. B.; BUENO, M.; MERHY, E. E. Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr. 2000.
- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. (Orgs.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003, v. 1, p. 55-124.
- GONÇALVES, R. B. M. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- IRIART, A. C. *Atenção gerenciada: instituinte a reforma neoliberal*. 2000. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.
- _____. *Relatório parcial do projeto de pesquisa Mecanismos de regulação adotados pelas operadoras de planos de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: ANS, 2003.
- KAISER PERMANENT. Apresentação para a ANS. Seminário Nacional de promoção em saúde e prevenção de doenças. Rio de Janeiro: ANS. Disponível em www.ans.gov.br. Acessado em 13 dez. 2006.
- LAGE, N. *Linguagem jornalística*. São Paulo: Ática, 2001.
- MALTA, D. et al. Acolhimento uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde. In: CAMPOS, C. R. et al. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte*. reescrevendo o público. Belo Horizonte. Xamã, 1998.
- _____. Perspectiva da regulação da Saúde Suplementar diante dos modelos assistenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 433-444, 2004.
- MATTOS, R. A. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2003. p. 45-60.
- _____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que devem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS -UERJ, 2001. p. 39-64.
- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOKO, R. T. (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- _____. *Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, 2003.
- NEVES, M. *A constitucionalização simbólica*. São Paulo: Acadêmica, 1994.
- NOGUEIRA, R. P. *Perspectivas da qualidade em saúde*. Rio de Janeiro: Qualitymar, 1994.
- PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS -UERJ, 2001. p. 65-112.
- PINHEIRO, R. et al. Novas práticas de gestão especializada e a construção da integralidade no SUS: notas sobre a experiência da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde. In: FERLA, A.A.; FAGUNDES, S. (Org). *Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Casa da Palavra, 2002.
- PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes, práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003. p. 7-34.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade no cuidado e na atenção à saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2001.

- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2005.
- SANTOS, M. *A natureza do espaço*. Técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo: Hucitec, 1997.
- SARMENTO, D. *A ponderação de interesses na Constituição Federal*. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2003.
- SILVA JUNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2004. p. 241-257.
- SILVA JUNIOR, A. G. et al. Avaliação de redes de atenção à saúde: contribuições da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 61-89.
- SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, C. A.; ALVES, M. G. M. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO R., MATTOS R. A. (Orgs.) *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em saúde, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2005.
- SILVA JUNIOR, A. G.; MERHY, E. E.; CARVALHO, L. C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes, práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003. p. 89-112.
- TELLES, V. S. *Direitos sociais: afinal do que se trata?* Belo Horizonte: UFMG, 1999.
- TEPEDINO, G. *Temas de Direito Civil*. Rio de Janeiro: Renovar, 2004.
- UGÁ, M. A. D. et al. A regulação da atenção à saúde nos EUA. In: TEIXEIRA, A. (Org.). *Regulação e saúde: estrutura, evolução e perspectivas da atenção médica suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, 2002.

1.2. Operacionalizando a pesquisa: estratégias metodológicas, técnicas da pesquisa e contribuições para estudos sobre integralidade e saúde suplementar

ROSENI PINHEIRO
ALUISIO GOMES DA SILVA JUNIOR

Considerando o escopo do projeto, propomos a realização dos *Estudos integradores de tecnologias avaliativas da integralidade e saúde suplementar*, que têm na definição de avaliação de Pena Firme (2003, p. 4) sua idéia força, pela qual

podemos acumular conhecimentos sobre a avaliação, tecendo uma rede maleável onde os “nós” são um interminável número de “nós” avaliadores que, ligados uns aos outros, vamos compondo a tessitura em que os temas podem ser agilmente retrabalhados, ajustados e aperfeiçoados, sem prejuízo do que já foi alinhavado.

A avaliação assume uma característica necessariamente transdisciplinar, pois é na medida em que avaliadores e avaliados dialoguem, instituições e sistemas se sintonizem e inteligências múltiplas se complementem, que emerge a avaliação com suas características mais notáveis de propulsoras das necessárias transformações educacionais e sociais e na defesa dos direitos humanos (PENA FIRME, 2003). A autora ainda acrescenta que a avaliação deve contemplar quatro dimensões: *utilidade* – que significa que uma avaliação não deverá ser jamais realizada se não for útil; *viabilidade* – pois a avaliação deverá ser conduzida incluindo os aspectos políticos e práticos; *ética* – pela qual se respeitam os valores dos interessados, incluindo grupos e culturas e, por fim, a *técnica* – a ser rigorosamente definida e aplicada.

Nesse sentido, optamos pela *avaliação por triangulação de métodos* como estratégia metodológica de realização dos estudos desta pesquisa. De acordo com Minayo, essa forma de avaliação é

expressão de uma dinâmica de trabalho que integra a análise das estruturas, processos e dos resultados, e compreensão das relações envolvidas na implementação das ações e a visão que os atores diferenciados constroem sobre todo o projeto. Seu desenvolvimento, as relações hierárquicas e técnicas, fazendo dele um construto [...] (MINAYO *et al.*, 2005, p. 29).

Em síntese, ainda segundo os mesmos autores, a proposta de avaliação por triangulação de métodos pretende ir além das duas formas de abordagem clássicas, a positivista e a compreensiva (MINAYO *et al.*, 2005). No desdobramento metodológico e prático, retomam-se os três pilares da avaliação tradicional e a eles se agregam os princípios básicos da sociologia compreensiva, não como superposição, mas como síntese. Abordam-se de forma complementar e dialética, fazendo dialogar questões objetivas e subjetivas, privilegiando os consensos, os conflitos e as contradições que são indícios de transformação. Desta forma, em lugar de se apoiar num marco disciplinar, a presente proposta amplia o espectro de contribuições teórico-metodológicas, de forma a perceber movimentos, estruturas, indicadores e relações entre micro e macrorrealidade.

Mais que isso, podemos chegar o espaço *molecular* das relações dos atores, que, segundo Gramsci, identifica a dinâmica societária, o modo como as pessoas vivenciam, refletem e interagem no cotidiano das instituições de saúde, cuja porosidade aos valores democráticos, emancipatórios e críticos contribui para produzir um conhecimento de relevância social. Entendemos, dessa forma, que a avaliação por triangulação de métodos se apresenta como um dos caminhos para novas formas de pesquisas avaliativas, da qual partilhamos da definição de Hartz *et al.* (1997, p. 37): a pesquisa avaliativa “é um procedimento que consiste em fazer julgamentos *ex-post* da intervenção, analisando a pertinência, os fundamentos teóricos, a produção, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações entre a intervenção e o contexto, ajudando na tomada de decisões”.

Deste modo, analisar e avaliar as práticas de integralidade da atenção à saúde, no que concerne à gestão e à reorganização dos serviços

de saúde complementar, assim como processo de trabalho e formativo dos sujeitos envolvidos com cuidado em saúde, requerem o desenvolvimento de tecnologias avaliativas específicas com sua devida validação, contribuindo para a institucionalização de ações avaliativas no cotidiano das organizações e serviços de saúde.

As estratégias metodológicas foram construídas por dimensão de análise. Coube ao núcleo coordenado pelo LUPA-Saúde, da Universidade Federal Fluminense (UFF), o desenvolvimento da estratégia metodológica para o estudo das dimensões dos modelos technoassistenciais (a regulação e microrregulação do modo de produção do cuidado sob o eixo da integralidade) e dos conhecimentos e práticas de trabalhadores de saúde (produção do cuidado integral com ênfase nas práticas de promoção da saúde e prevenção).

Optou-se por uma pesquisa qualitativa baseada em entrevistas com informantes qualificados num recorte amostral de operadoras, buscando ouvir gestores, profissionais prestadores de serviços e usuários, complementando as informações com dados referentes aos documentos de operadoras disponíveis em seus *sites* na Internet e na ANS. Os procedimentos e critérios adotados no estudo seguem descritos abaixo.

Amostra de operadoras

Foi escolhida uma amostra de operadoras localizadas no Estado do Rio de Janeiro, contemplando os diversos tipos e modalidades de operação. Os critérios de seleção são descritos abaixo. Essas operadoras foram caracterizadas segundo as informações disponíveis nos sistemas de informação da ANS:

Cadastro de operadoras
Cadastro de usuários
SIP - Sistema de Informações de Produtos
SIB – Sistema de Informações de Beneficiários
DIOPS - Documento de Informações Periódicas
Call Center
Pesquisas realizadas
TABNet

Critérios de escolha

O processo de escolha da amostra partiu da identificação de pelo menos uma operadora representante dos três grupos (pequena, média, grande), segundo classificação apresentada pela ANS baseada no número de beneficiários. Tentou-se levar em consideração também a presença de linha do cuidado como resposta à Instrução Normativa nº. 10/2005 (ANS) e uma distribuição espacial e territorial no Estado do Rio de Janeiro.

Houve preocupação na distribuição das operadoras por segmentos da Saúde Suplementar, sendo: medicina de grupo, autogestão, cooperativa médica, seguradora de saúde, odontologia de grupo e filantrópica.

Relação das operadoras estudadas	
Autogestão (1)	7.590 beneficiários
Autogestão (2)	237.924 beneficiários
Autogestão (3)	45.032 beneficiários
Filantrópica (1)	4.034 beneficiários
Medicina de Grupo (1)	46.172 beneficiários
Medicina de Grupo (2)	916.733 beneficiários
Medicina de Grupo (3)	921.800 beneficiários
Seguradora	2.550.743 beneficiários
Odontologia de Grupo	125.106 beneficiários
Cooperativa Odontológica	20.470 beneficiários
Cooperativa Médica (3 singulares)	181.031 beneficiários

Foram eleitas quatro “linhas de cuidado integral” (materno-neonatal; atenção oncológica; saúde mental e saúde bucal), que serviram de analisadores do “modo de produção”, isto é, nos permitiram revelar os processos de trabalho que atravessam as “linhas de cuidado” que compõem a integralidade da atenção, o arsenal de tecnologias que operam para o cuidado aos usuários e a intencionalidade dos sujeitos trabalhadores, individuais e coletivos nas suas práticas cotidianas.

Esses eventos, para que sirvam de analisadores da produção do cuidado, devem ser vistos de forma centrada no beneficiário, onde se pode perceber a dinâmica dos percursos terapêuticos que este percorre, em busca da realização de um projeto terapêutico.

Foram feitas entrevistas semi-estruturadas com informantes-chave das operadoras: alta direção e responsável pela assistência. Informações secundárias obtidas em fontes tais como os *sites* das respectivas operadoras na Internet, documentação e dados fornecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar complementaram as análises.

A partir da definição de linhas de cuidados, foram selecionados para entrevistas, nas listas de prestadores das operadoras, médicos que as operavam. Nessas entrevistas houve a oportunidade de dialogar sobre as concepções e práticas desses profissionais diante de situações concretas do atendimento aos beneficiários. Usuários foram escolhidos também em relação às linhas de cuidado definidas e tiveram suas percepções discutidas. A expectativa era de que o diálogo fosse a tônica dominante do trabalho, seja no coletivo, seja em entrevistas individuais.

A dimensão do *direito à saúde – as relações entre mídia e instituições jurídicas e repercussões na demanda na Saúde Suplementar* teve sua estratégia investigativa coordenada pelo LAPPIS/IMS-UERJ, que buscou contemplar os dois campos de conhecimentos e práticas estudados (jornalístico e jurídico) e suas inter-relações na efetivação do direito à saúde. Para isto realizou-se um conjunto de técnicas articuladas, que serão descritas em seguida.

Os estudos de casos qualificados

Nos estudos de casos qualificados, cujo objeto se circunscreve na análise dos nexos entre os campos jurídico, jornalístico e político, foram integrados outros estudos avaliativos coerentes com a natureza qualitativa das técnicas convencionalmente utilizadas para sua execução, com os estudos de recepção.

Os estudos de recepção são estudos avaliativos da comunicação que “designam os processos de pesquisa que buscam conhecer como as pessoas recebem e o que fazem com as mensagens que lhes são destinadas através dos meios de comunicação” (ARAÚJO; JORDÃO, 1995, p. 175). Os primeiros foram realizados no início dos anos 1940, nos Estados Unidos, quando Paul Lazarsfeld fundou, em 1941, o Bureau of Applied Social Research, da Universidade de Columbia, uma espécie de laboratório de estudos quantitativos de audiência. Eram pesquisas administrativas nas quais se buscava uma “formalização

matemática dos fatos sociais” (LAZARFELD; JAHODA; ZEISEL *apud* MATTELART; MATTELART, 2001, p. 44).

Assim, no contexto de tais estudos, por exemplo, construíram-se máquinas que registravam reações do ouvinte, que apertava botões de cores diferentes para expressar sua aprovação ou não acerca do conteúdo ouvido. Estes e tantos outros estudos de recepção que lhe sucederam, mais ou menos identificados com essa linha, procuravam, de modo geral, avaliar os *efeitos de determinado emissor em um receptor*, concepção que parte do princípio de que nesse processo podem acontecer ruídos ou perturbações prejudiciais à adequada recepção da mensagem enviada.

Nos anos 1980 surgem novas abordagens para os estudos de recepção, a partir de trabalhos de pesquisadores latino-americanos. Seus maiores expoentes são Martin-Barbero, Canclini e Orozco Gómez, que ressaltam a importância do conceito de *mediação* em seus estudos. Assim, a mediação refere-se aos aspectos que se interpõem no processo de recepção. Isto pressupõe uma complexidade nas relações constitutivas entre comunicação, cultura e política, o que envolve as matrizes culturais, as lógicas de produção, os formatos industriais e as competências de recepção ou o consumo propriamente dito (MARTIN-BARBERO, 2001, p. 15-16). Neste sentido, não é por acaso que as perguntas realizadas nos estudos de recepção com base nesse conceito sejam, em geral, o que as pessoas fazem com o que vêem, ouvem ou lêem através das mídias e quais as variáveis presentes nesse processo.

Portanto, o conceito de recepção com o qual trabalhamos em nossa pesquisa não admite um receptor passivo, nem uma comunicação que se dá linearmente ou ponto-a-ponto, e muito menos a idéia de tudo o que está fora desse âmbito possa ser visto como ruído. Como diz Martin-Barbero:

estudar a recepção é estudar este novo mundo de fragmentações dos consumos e dos públicos, essa liberação das diferenças, essa transformação das sensibilidades que encontram um campo especial na reorganização das relações entre o privado e o público, o que pressupõe uma valorização da experiência e da competência avaliativa e comunicativa dos próprios receptores (*apud* BRITTO, 1999, p. 3).

Como em nosso estudo de recepção utilizamos notícias televisionadas, é importante destacar a abordagem de Orozco Gómez

acerca dos processos de “audiência televisiva”. Sobre essa idéia, ele destaca três premissas que devem orientar os estudos de recepção televisionada, que seriam: a constatação de que recepção é interação; que esta interação é mediada a partir de muitas formas e que esta recepção ou interação não fica circunscrita ao instante em que se vê televisão (OROZCO GÓMEZ, 2001). Com base nesses pressupostos, o autor também define o lugar dos *sujeitos-audiência*, a partir: (1) da estruturação desses sujeitos por aspectos que não se restringem a idade, classe, educação etc, mas também a intercâmbios simbólicos e gostos, enfatizando o jogo de subjetividades, sensibilidades, emoções gratificações e prazeres; (2) da modificação do vínculo dos sujeitos sociais com o que os cerca e os acontecimentos e com as fontes clássicas de informação e produção de conhecimentos; e (3) da alteração dos limites espaço-temporais do intercâmbio social, o que teria desestruturado o que ele chama de *participação real*, como se as audiências estivessem *à deriva* – “a quem, onde, quando e com que formatos manifestam seus desacordos?” (OROZCO GÓMEZ, 2001, p. 156-7).

Em função da complexidade desses processos de “audiência televisiva”, Orozco Gómez (2001) fala da importância de se considerar as quatro dimensões da televisão: a linguagem televisiva; a *mediacidade* da televisão; sua tecnicidade e sua institucionalidade. No âmbito da *linguagem televisiva*, realiza-se um intercâmbio entre os códigos próprios da televisão e os de sua audiência.

O nível do que ele chama de *mediacidade* se dá em relação à mídia, ao que há de propriamente midiático na televisão. Assim, a interação entre as linguagens – televisiva e das audiências – tem como referência os formatos, gêneros e fluxos próprios da televisão como meio, o que leva a um protagonismo crescente da televisão na vida, no cotidiano, preenchendo e contendo o ócio e as intimidades das audiências.

Sobre a *tecnicidade*, observam-se as possibilidades interativas da audiência com o meio, na medida em que as novas tecnologias audiovisuais alteram o modo como a própria audiência passa a se relacionar. Exemplo são as possibilidades interativas e do próprio processo de recepção das audiências a partir do uso da TV digital.

No âmbito de sua *institucionalidade*, destacam-se a história, os objetivos e definições particulares da televisão, cada vez mais globalizados, mas que podem ser articulados também aos contextos em que se

inscrevem. Portanto, a constituição social da televisão, a partir de suas especificidades políticas, econômicas e culturais, deve ser considerada, sobretudo, com ênfase no aspecto mercadológico. Assim, os processos de “audiência televisiva” acabam se convertendo em atos de compra e venda, de consumo individual, de distinção e êxito, onde o espetacular, o dramático, o colorido e até o perverso são utilizados de forma eficaz no desenvolvimento do televisivo e na configuração de suas ofertas na tela. Isto tudo com o objetivo de conquistar cada vez mais as audiências. Contudo, mais que um resultado histórico constatável, essa conquista televisiva fala por si mesma de sua hegemonia, que se completa e sobrevive em função das cumplidades entre os processos de audiência e das audiências.

Crítérios de escolha dos casos

Foram selecionados quatro casos locais, cuja coleta de dados agrupou dois tipos de “usuário qualificado” como informantes-chave da investigação, quais sejam:

- Usuário qualificado 1 (trajetória assistencial 1) – usuários-beneficiários demandantes da Justiça, quais sejam: clientes-consumidores, promotores e defensores públicos, superintendentes de Procons, responsáveis por ouvidorias e *call centers*; e
- Usuário qualificado 2 (trajetória assistencial 2) – clientes-consumidores das linhas de cuidado: saúde mental, saúde da mulher e oncologia.

Para operacionalizar a etapa da pesquisa de campo, foram selecionados usuários qualificados 1 e 2 (UQ1 e UQ2). O UQ1 é o usuário do plano de saúde com demanda para o Ministério Público (MP). A seleção deste usuário se deu a partir dos processos coletivos do MP que acionaram os serviços de saúde suplementar aqui analisados. Tais processos deveriam estar vinculados às linhas de cuidado relacionadas à saúde mental, à saúde da mulher e à oncologia. Com este usuário foram realizadas entrevistas individuais.

O UQ2 é a pessoa atendida no serviço de saúde suplementar, que pode ter feito reclamação ou não junto aos Procons, Ouvidorias, MP, entre outros. Sua seleção ocorreu a partir de prontuários e entrevistas nos locais de atendimento, para que participasse da oficina, técnica que foi utilizada para nosso estudo de recepção. Assim, como o

UQ1, o UQ2 também foi selecionado a partir de serviços restritos a saúde mental, saúde da mulher e oncologia. Para ambos os tipos de usuários, foram selecionados apenas aqueles que queriam e se considerassem dispostos física e emocionalmente para participar tanto das entrevistas como das oficinas.

Para a oficina foram utilizados vídeos gravados, em DVD ou vídeo-cassete, com programas da TV Globo. Escolheu-se a TV Globo pelo fato de que este é o canal de televisão mais visto no Brasil, tendo os maiores índices de audiência. Isto configura uma posição de destaque desse veículo no campo jornalístico, em função de seus níveis de audiência. Os programas em questão foram os de conteúdo jornalístico, como já justificamos, em especial: RJTV 2ª edição, Jornal Nacional (que costumam estar entre os cinco programas mais vistos do canal, em torno de 40 a 50% de audiência no Estado do Rio de Janeiro¹), Globo Repórter e Fantástico (estes por serem da mesma emissora e por apresentarem com frequência programas inteiros ou quadros sobre saúde). A seleção dos programas foi feita a partir do Globo Media Center² ou dos *sites* dos próprios programas, acessíveis a partir do *site* do portal Globo³, vinculado à emissora que apresenta seus programas completos; o critério adotado foi que os programas apresentem notícias de caráter jurídico envolvendo planos de saúde.

A idéia de nomear e distinguir os informantes-chave dos *estudos de casos sobre as relações entre saúde suplementar com a mídia e o Poder Judiciário*, como usuários qualificados, decorre da constatação da influência das práticas desses agentes na relação entre demanda e oferta na Saúde Suplementar exercendo papel avaliativo das ações que alteram o comportamento dos atores implicados. Nesse sentido, os critérios/indicadores para coleta de dados para análise dessas relações, caracterizada pela dimensão do direito à saúde, fundamentam-se nas diferentes *inserções (política, social, econômica e cultural)* desses informantes, as quais os qualificam como sujeitos avaliativos das práticas produzidas na oferta de cuidado em saúde. Entendemos que a inserção dos sujeitos, assim como os espaços-cotidianos que atuam e constroem suas trajetórias, conferem os atributos habilitadores para aprofundar a dimensão do direito à saúde, além de compreender os nexos constituintes com as demais dimensões: a da gestão dos serviços e dos conhecimentos e práticas dos trabalhadores

Coleta e análise dos dados: técnicas e etapas

PESQUISA DOCUMENTAL – envolveu uma análise dos processos de demanda produzidos no MP, com o intuito de investigar nos documentos: as diferenças e/ou semelhanças entre os discursos jornalístico e jurídico no produto da demanda – o processo ou ação; as referências utilizadas pelo MP no sentido de transformar a demanda em processo; o grau de adesão do campo jurídico ao que é apresentado pelo campo jornalístico como verdade; se existiu alguma noção de integralidade e, caso exista, como ela é conceituada nos processos; as diferenças ou semelhanças entre o que se constitui como *fato jurídico* e *fato jornalístico*, e os termos usados pelo campo jurídico e jornalístico para nomear aquilo que é dito por ambos.

OFICINAS – referem-se ao que chamamos de *estudo de recepção*. Foram realizadas com o intuito de observar de que modo o usuário faz com o que vê e que variáveis podem se encontrar presentes nesse processo. Cada oficina se constitui pela apresentação do programa de televisão previamente selecionado até três UQ 2, de cada uma das áreas destacadas: saúde mental, saúde da mulher e oncologia. Os programas apresentados também devem corresponder a estas mesmas áreas e, portanto, ser identificados com as áreas às quais os UQ2 das oficinas estão situados. Durante a apresentação foram observados possíveis comentários, interações entre os usuários e com os pesquisadores e outros comportamentos. Após a apresentação do programa, foi perguntado aos UQ2: se já tinham conhecimento das informações apresentadas no programa; o que achavam das informações; qual foi o sentimento que tiveram diante dessas informações; o que pensavam do problema apresentado pelo programa; se há soluções para tais problemas e quais; se há um ou mais lados apresentados pelo programa e de que lado eles estavam e o porquê. Também na oficina observaram-se as conversas e comentários dos usuários entre si em relação ao que foi visto, além de possíveis ajudas mútuas que viessem a ocorrer neste contexto, referências a terceiros, próximos ou não; exemplos utilizados, tais como possíveis exemplos da mídia ou de outras áreas; situações pessoais vividas que estivessem relacionadas ou não ao contexto do programa etc. Aspectos importantes analisados foram as palavras do programa apresentado, que passaram a ser enfatizadas pelos usuários: são palavras de uso comum do

cotidiano ou de área especializada, como Direito e Medicina? Em que situações tais palavras são utilizadas no contexto das oficinas? Assim, buscamos entender quais são os usos e apropriações realizados pelas pessoas em relação ao que ouvem e vêem nas mídias e de quem são os discursos que acabam tendo mais voz quando o usuário pretende exigir por direitos no campo da Saúde e que acabam servindo como fundamentações e argumentações.

Para os UQ1, partimos das seguintes questões em relação ao plano de saúde: por que razão foram ao MP? Que queixas têm do plano? O que desagrada no plano de saúde? O que os levou a escolhê-lo? Como chegaram ao MP? Antes passaram por outro órgão (ouvidoria, Procon etc.)? Se passaram, qual foi a recepção desse outro órgão? Tentaram falar diretamente com o *call center* da operadora ou com a ANS? Se tentaram, como foi a experiência? Como chegaram às informações que os levaram a acionar o MP e outros órgãos? O que esperam da ação conjunta, qual sua expectativa?

No sentido de saber também a respeito do acesso dos UQ1 às informações sobre o tema, perguntou-se sobre: grau de escolaridade e formação profissional; consumo de jornais, revistas, programas de rádio e TV; pessoas e outras fontes documentais de informação utilizadas pelo usuário, de modo a se informar sobre o direito à saúde e que o levaram ao MP (legislações, livros especializados, Internet, advogados, outras pessoas etc.).

Apresentamos a seguir um quadro explicativo sobre as fontes institucionais e individuais de coleta de dados:

Usuário	Instituições	Nº	Forma de seleção e coleta
	Judiciário	2	Busca de informações gerais nos processos judiciais selecionados aleatória e previamente, no <i>sítio</i> do Tribunal de Justiça do RJ (TJ/RJ). Foi visitado o TJ/RJ para leitura dos processos, que remeteram necessariamente às operadoras que constavam na amostra escolhida para a pesquisa. Em seguida, entrou-se em contato com o autor do processo por meio de seu endereço ou telefone (quando registrado no processo) para agendamento da entrevista.

Uq1(*)	Ministério Público	4	Busca de informações dadas pelos próprios membros do MP para obtenção de um rol de usuários para contato e, quando possível, entrevista. É importante salientar que, nesta categoria, puderam ser entendidos tanto usuários individuais quanto associações (independentemente de fazerem parte de oncologia, saúde da mulher e saúde mental), na medida em que o MP defende direitos coletivos.
	Defensoria	2	Por meio de informações dadas pelos próprios membros da Defensoria, obtivemos um rol de usuários contatados e, quando possível, entrevistados. É importante salientar que nesta categoria puderam ser entendidos tanto usuários individuais quanto associações (independentemente de fazerem parte de oncologia, saúde da mulher e saúde mental), apesar de a Defensoria ser destinada à defesa de direitos individuais.
	Disque ANS	4	Por meio de informações dadas pelos próprios membros do Procon, obtivemos um rol de usuários contatados e, quando possível, entrevistados. É importante salientar que, nesta categoria, puderam ser entendidos tanto usuários individuais quanto associações (independentemente de fazerem parte de oncologia, saúde da mulher e saúde mental). É importante salientar que não foram incluídos usuários da Ouvidoria da ANS, pois: a) a Ouvidoria é responsável por reclamações sobre a ANS, e não sobre planos; b) a Ouvidoria representa somente 10% das demandas que chegam à ANS; c) os usuários não identificam sua localidade na Ouvidoria.
	Procon	4	Por meio de informações dadas pelos próprios membros do Procon, obtivemos um rol de usuários contatados e, quando possível, entrevistados. É importante salientar que, nesta categoria, puderam ser entendidos tanto usuários individuais quanto associações (independentemente de fazerem parte de oncologia, saúde da mulher e saúde mental).
	Hospitais das operadoras	6	Foi realizado um inventário de hospitais e centros de atendimento das operadoras constantes na amostra.

Todos os usuários foram de planos cujos contratos são regulamentados de acordo com a ANS.
 * No caso dos usuários qualificados do tipo 1, tratou-se de amostra por “bola de neve”, por meio da qual um informante encadeia um informante seguinte em virtude de seu conhecimento ou situação. Outra via, de caráter mais eventual, foi quando, no momento da entrevista com promotor, defensor ou outro informante institucional, havia algum usuário presente, o que não impediu de agendar entrevista para o mesmo dia ou para dias subsequentes.

** No caso dos usuários qualificados 2, os contatos foram realizados por meio de carta de apresentação, com visitas aos locais em que são desenvolvidos tais programas para agendar entrevistas com usuários, preferencialmente se estivessem inseridos nos âmbitos da oncologia, saúde da mulher e saúde mental.

Tabela de entrevistas

Entrevistado	Rio	Macaé	B. Mansa	Friburgo	Total
Judiciário	2	1	1	1	5
MP	4	1	1	1	7
Defensoria	2	1	1	1	5
AGU/ANS	2	-	-	-	2
Ouvidoria	2	-	-	-	2
Disque-ANS	2	-	-	-	2
Procon	4	-	-	-	4
Uq1	4	4	4	4	16
Uq2	4	4	4	4	16

A análise dos dados se deu em etapas durante o desenvolvimento da investigação no campo, e determinou o direcionamento da próxima fase de coleta e análise.

- a) Etapa de análise quantitativa das informações sobre a gestão e organização das redes de serviços, utilizando indicadores/marcadores mais relevantes, considerando os objetivos.
- b) Etapa de análise qualitativa de conteúdos de demandas obtidas a partir de documentos e das entrevistas e oficinas.

Detalhamento da fase da coleta e análise

- categorização dos resultados obtidos – categorias empíricas;
- organização das categorias levantadas;
- levantamento e sistematização de estrutura físico-operacional, recursos humanos, recursos intersetoriais;

- cotejamento dos problemas, conflitos, contradições com soluções levantadas;
- sistematização dos principais nexos constituintes entre as práticas de integralidade e tecnologias avaliativas, propondo alternativas para a institucionalização da avaliação.

A análise do conteúdo foi a estratégia metodológica utilizada para a análise dos documentos, entrevistas e oficinas. Sendo assim, palavras, orações, repetições, ênfases discursivas, exemplificações, metáforas, comparações, emoções, foram destacados e analisados nos contextos em que foram produzidos, em especial nas entrevistas e oficinas, onde foram feitas perguntas a partir do tema em questão e em função também do programa de TV apresentado. Encontrou-se, em alguns casos, anexado aos processos, matérias da mídia a respeito do tema, o que também foi analisado quanto ao conteúdo de tais matérias e cotejado com o processo em questão, porque não raro o que as mídias produzem pode ser visto por elas e por outros indivíduos de outros campos como tendo valor documental e como prova de caráter judicial.

Nessa etapa foi utilizado o *software* de análise qualitativa para organizar e recuperar informações a partir de textos extensos e não-estruturados, como transcrições de entrevistas, diários de campo e outros. Tipicamente, isto significou associar trechos dos documentos trabalhados a certas categorias de análise e agrupar os vários trechos identificados. Podemos indicar que os *Estudos integradores sobre tecnologias avaliativas de integralidade e saúde suplementar* oferecem diferentes contribuições para estudos nessa área, quais sejam:

- 1) Desenvolvimento de tecnologias avaliativas em atenção à saúde, com ênfase na integralidade: construção de um instrumento de avaliação considerando o contexto local/regional que a pesquisa foi realizada.
- 2) Formulação de metodologia dos estudos integradores avaliativos da integralidade na Saúde Suplementar, no que concerne às dimensões de organização de serviços e conhecimentos e práticas dos trabalhadores em linhas de cuidados, o direito à saúde e percursos terapêuticos *vis-à-vis* trajetórias judiciais e culturais.

- 3) Disponibilização de relatórios sistematizados do trabalho de campo, planos analíticos que subsidiaram os estudos e o desenvolvimento de metodologias.
- 4) Formação de recursos humanos nos níveis de graduação e pós-graduação *stricto e lato sensu*.
- 5) Disseminação e divulgação dos resultados finais, incluindo meio impresso (organização de coletânea e periódico uma revista) e virtual (*sites* institucionais), e organização de seminários específicos/ regionalizados.
- 6) Aperfeiçoamento da política de qualificação do setor de saúde suplementar, em especial no seu componente avaliativo da atenção à saúde.

Por fim, podemos identificar que os aspectos que retomam a problemática gerada no presente estudo, a integralidade na Saúde Suplementar, por força de seus contratos, limitações legais e regulação em construção, ainda constituem um desafio. Entretanto, ter a integralidade como horizonte político, estratégia de construção de uma prática social inovadora na saúde, tem criado uma tensão positiva permanente em direção à conquista e afirmação do direito à saúde como um direito de cidadania. Direito a ter mais direitos.

Referências

- ARAÚJO, I.; JORDÃO, E. Velhos dilemas, novos enfoques: uma contribuição para o debate sobre estudos de recepção. In: PITTA, A. M. R. (Org.). *Saúde e comunicação: visibilidades e silêncios*. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 172-89.
- BRITO, V. C. Comunicação e cultura: o processo de recepção. In: *Biblioteca On-line de Ciências da Comunicação*, 1999. Disponível em: <http://www.bocc.ubi.pt/>
- MARTÍN-BARBERO, J. *Dos meios às mediações: comunicação, cultura e hegemonia*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2001.
- MATTELART, A.; MATTELART, M. *História das teorias da comunicação*. São Paulo: Loyola, 2001.
- MINAYO, M.C.S. *et al. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- OROZCO GÓMEZ, G. Audiencias, televisión y educación: una deconstrucción pedagógica de la «televisión» y sus mediaciones. *Revista Iberoamericana de Educación*, n. 27, p. 155-175, 2001.
- PENA FIRME, T. Avaliação em rede. 2003. Disponível em: <http://www.rits.org.br>. Acessado em: 10 out. 2005.

Notas

¹Informação coletada em: <http://www.almanaqueibope.com.br>

² Disponível em: <http://gmc.globo.com/>

³ Disponível em: <http://www.globo.com/>

PARTE 2

Dimensões Analíticas

2.1. As linhas do cuidado como analisadoras da integralidade na Saúde Suplementar

TÚLIO BATISTA FRANCO
ARMANDO CYPRIANO PIRES
GILSON SAIPPA OLIVEIRA
LILIAN KOIFMAN

Introdução

A produção da saúde se dá a partir de implicadas redes macro e microinstitucionais, em processos dinâmicos, às quais se associa a imagem de uma linha de produção do cuidado ou “linha do cuidado”. Na Saúde Suplementar, as linhas do cuidado foram utilizadas como analisadores do modelo tecnoassistencial em recente pesquisa realizada sobre o tema e publicada no livro *Dois lados da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar* (BRASIL/ANS, 2005).

A atual investigação, *Estudos integradores sobre tecnologias avaliativas de integralidade e saúde suplementar*, conduzida pelo Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade (LAPPIS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, e pelo Laboratório Universitário de Planejamento em Saúde (LUPA) da Universidade Federal Fluminense, utiliza as linhas do cuidado como um dos marcadores analíticos da integralidade na saúde, contextualizando-a nos modelos tecnoassistenciais praticados pelas operadoras.

O conceito de integralidade está em permanente produção no campo da Saúde Coletiva. Pinheiro e Luz (2003) retratam bem esse processo em construção:

tem-se uma brecha de produção do conhecimento de nossa realidade, no que diz respeito aos efeitos dessa política de saúde, no caso

em exame, sobre a integralidade das ações de saúde nos espaços onde ela deveria se materializar, isto é, nos serviços de saúde. (PINHEIRO; LUZ, 2003, p. 19).

As autoras expressam a necessidade de aprofundar os estudos sobre os atores que estão nos serviços de saúde e suas práticas, no que diz respeito ao cumprimento dos preceitos da integralidade. Apostam no agir cotidiano para a realização das idéias e práticas constitutivas do conceito de integralidade na saúde. Parte-se do pressuposto de que a materialização da integralidade, no cotidiano, se dá por meio de atos de gestão, conhecimentos e práticas dos trabalhadores e da participação social (PINHEIRO; FERLA; SILVA JÚNIOR, 2004).

É pensando no cotidiano da produção que Cecílio e Merhy indicam que o cuidado em saúde se compõe de “uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa” e concluem: “A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores” (CECÍLIO; MERHY, 2003, p. 198).

É nessa perspectiva que pretendemos pensar as linhas do cuidado, que também é um conceito recentemente produzido, no contexto da mudança dos serviços de saúde, e é entendido como um fluxo seguro e garantido de acesso aos serviços de saúde, instituído em determinada rede de serviços e por isso, tem caráter sistêmico. Pode ser pensada como a materialização, ou melhor, um dispositivo de gestão que pode servir à prática da integralidade.

Para que a linha do cuidado opere, será necessário pensar que ela é o ponto de encontro de uma implicada rede de petição e compromissos, de diversos serviços que alimentam sua produção. Estes são controlados por atores que passam a figurar como gestores da assistência, quando ingressam na rede de petição que alimenta a linha de produção. Transitam pela linha do cuidado os usuários que buscam assistência; regulam seu funcionamento, os gestores; pactuam contratos, os prestadores; operam processos de trabalho tecnologicamente determinados, os trabalhadores, e mais uma infinidade de sujeitos que protagonizam suas ações sobre uma extensa cartografia de interesses colocados na cena de produção da saúde. Essa discussão dá

sentido à idéia de que a linha do cuidado é fruto de um grande pacto que deve ser realizado entre todos esses atores, como condição para sua existência e eficácia no cuidado aos usuários.

Refletindo sobre esse campo operacional, o funcionamento da linha do cuidado sugere que o fluxo do usuário seja determinado por projetos terapêuticos, voltados ao campo de necessidades dos usuários e definidos pela equipe que o está assistindo. Essa equipe deverá ditar as ações e atos assistenciais, que os trabalhadores de saúde estarão realizando ao buscar, nos diversos equipamentos assistenciais, os recursos para o pleno atendimento aos usuários. A produção da assistência terá seu perfil definido pelos processos e tecnologias de trabalho em saúde.

Importa registrar que as linhas de cuidado são potentes analisadores em processos avaliativos construídos com foco nos processos de trabalho em saúde, porque articulam ao mesmo tempo a micropolítica do trabalho vivo, com o autogoverno sobre seu trabalho, que o profissional de saúde tem, e a provisão dos recursos materiais necessários à produção do cuidado, os quais não podem ser negligenciados.

Entendemos que as linhas de produção do cuidado são centradas em processos de trabalho marcados de modo muito claro pela micropolítica do trabalho vivo em ato, enquanto as linhas de produção de insumos, como regra, obedecem a outros arranjos de micropolítica, nos quais a dimensão do trabalho morto é muito mais presente (CECÍLIO; MERHY, 2003, p. 206).

Os autores nos falam de um modelo de gestão por linhas de cuidado, em que operam em interface uma linha do processo de trabalho, fortemente marcada pelo trabalho vivo em ato, e outra, a dos insumos.

Considerando a conexão entre os conceitos de integralidade na saúde e linhas de cuidado, propomos que a pesquisa *Estudos integradores sobre tecnologias avaliativas de integralidade e saúde suplementar*, no seu componente que estuda os modelos tecnoassistenciais, se estructure metodologicamente com base nas linhas de cuidado, tendo-as como marcadores analíticos do modo de produção do cuidado, na medida em que retratam o processo de trabalho e as práticas usuais de cuidado integral na saúde.

Metodologia

A pesquisa foi de natureza qualitativa e teve como objetivo geral “analisar e avaliar as práticas de integralidade na Saúde Suplementar no Estado do Rio de Janeiro, que visam a identificar evidências capazes de induzir a reorganização da gestão e da atenção na saúde suplementar”. Para isto, propõe que a análise seja feita com base nas “linhas de cuidado”, que funcionariam como analisadores do modo de produção. O analisador é utilizado aqui, conforme o conceito de René Lourau, segundo o qual o analisador é como “aquilo que permite revelar a estrutura da organização provocá-la, forçá-la a falar” (LOURAU, 1996, p. 284)¹.

A escolha das linhas de cuidado se deu com base no Projeto da ANS *Qualificação da Saúde Suplementar*, que:

se propõe a focalizar a atenção em quatro grandes e importantes linhas de cuidado na Saúde Suplementar: a linha materno-neonatal, a saúde bucal e as referentes ao cuidado dos pacientes portadores de câncer e transtornos cardiovasculares” (MS/ANS, 2004, p. 27).

Das linhas de cuidado indicadas como prioritárias pelo documento da ANS, a pesquisa elegeu para estudo a oncologia, materno-neonatal, saúde bucal, e acrescentou a saúde mental, considerando a carência de estudos nesta área específica e pela importância que a mesma assume na cadeia de cuidados.

A amostra de operadoras se baseou nos segmentos da Saúde Suplementar. O processo de escolha da amostra partiu da identificação de pelo menos uma operadora representando os grupos de operadoras, classificadas por porte (pequena, média, grande), segundo critério apresentado pela ANS, com base no número de beneficiários. Tentou-se levar em consideração, ainda, a presença de linha do cuidado como resposta à Instrução Normativa nº 10/2005 e uma distribuição espacial e territorial no Estado do Rio de Janeiro.

A distribuição da amostra ficou assim constituída: medicina de grupo (3), autogestão (3), cooperativa médica (3), seguradora de saúde (1), odontologia de grupo (1), cooperativa odontológica (1) e filantrópica (1).

Para coleta de dados, foram utilizadas principalmente entrevistas com roteiros semi-estruturados a gestores das operadoras e prestadores médicos; e coleta de dados em fonte secundária, como os *sites* das

operadoras na Internet, documentação e dados fornecidos pela ANS, que serviram para complementar as informações.

Considerando que a pesquisa se realizou tendo por foco a micropolítica do processo de trabalho, buscou-se explorar ao máximo os dados das entrevistas e narrativas das práticas cotidianas dos trabalhadores. Para contribuir nesse processo, foram definidos elementos traçadores para as linhas de cuidado (acesso, acolhimento, vínculo, promoção da saúde e prevenção de doenças e microrregulação), tendo como eixo norteador a integralidade na saúde, sobre os quais se processou a análise dos dados.

Procedeu-se à análise das linhas de cuidado, a partir da análise dos dados, referenciados nos traçadores que foram dando a dimensão da integralidade presente nos serviços de saúde ofertados pelas operadoras, com base nas linhas de cuidado elencadas para análise.

Resultados e discussão

Linha de cuidado da oncologia

Acesso

A linha de cuidado da oncologia é descrita tendo por referência as dimensões do cuidado integral e de gestão. A assistência oncológica em geral se inicia pela assistência especializada, por indicação de médico da rede assistencial, que formula uma hipótese diagnóstica de câncer no primeiro atendimento. Esse acesso, portanto, é referenciado.

Após o primeiro acesso, ao beneficiário são prescritos os exames para confirmação do diagnóstico. As operadoras orientam, através de protocolos técnicos ou outras formas de comunicação, que conduta os médicos devem adotar em relação ao acesso dos beneficiários aos procedimentos de diagnose. Estes são divididos entre aqueles que o beneficiário tem acesso pela simples prescrição médica, e outros em que é necessária autorização da operadora, geralmente procedimentos de alta complexidade e custos.

Acesso a procedimentos de alta complexidade e incorporação de novas tecnologias

Para o tratamento em quimioterapia e radioterapia, há um processo de autorização que se dá a partir da prescrição do médico, em

folha de receituário, através da qual é solicitada autorização; esta, sendo concedida, permite que o beneficiário inicie o tratamento.

Em relação à autorização de novas tecnologias, há necessariamente um processo de autorização a ser feito. Há operadoras que têm auditores oncológicos para avaliarem se liberam ou não o recurso solicitado. Há outras em que a incorporação de tecnologias depende de formalização por um comitê técnico que emite parecer avaliando o quanto de benefício aquele novo procedimento agrega aos processos assistenciais, mediado pelo custo operacional agregado em função da sua utilização.

A maioria das operadoras utiliza a figura do auditor interno, com a função de averiguar os projetos terapêuticos adotados, e tentar com sua ação minimizar os custos operacionais do tratamento indicado para cada caso.

O fluxo se inicia com os pacientes atendidos no hospital credenciado ou próprio da operadora ou no consultório médico. Para o tratamento em quimioterapia e radioterapia, há um processo de autorização que se dá a partir da prescrição do médico. Há vários locais onde o beneficiário pode fazer quimioterapia. Os entrevistados informaram que o médico não tem orientação formal, dado pela operadora, de limites de procedimentos. No entanto, há uma autorização prévia que deve ser concedida e, por esse instrumento, a operadora mantém o controle dos procedimentos realizados, conforme fluxos específicos do processo autorizativo – ou seja, laudo médico.

E as cirurgias? E a atenção dos outros profissionais como psicólogos e enfermeiras (para ostomizados)? Em relação à autorização de novas tecnologias, o procedimento das operadoras geralmente envolve a avaliação de um comitê técnico para posterior decisão quanto à pertinência do novo procedimento.

Prevenção do câncer e promoção da saúde

Nas operadoras pesquisadas, as atividades de prevenção do câncer se dão praticamente por rotina de exames preventivos periódicos. Não há incorporadas às práticas de cuidado, atividades de educação em saúde, que promovam a capacidade do autocuidado nos próprios beneficiários. Há geralmente utilização de protocolos técnicos que orientam as condutas médicas.

Acolhimento

Não há acolhimento, entendido como um processo de ressignificação das relações com usuário e equipe, associado à reorganização do processo de trabalho, onde este passa a ser multiprofissional por excelência. Na Saúde Suplementar, o trabalho é geralmente centrado no médico e este dispara os projetos terapêuticos numa dada linha de cuidado por ele comandada. No entanto, observa-se nas operadoras de autogestão um processo de trabalho que envolve várias categorias profissionais. Caracteriza-se assim como um trabalho em equipe, mais demandante de diversos saberes e fazeres.

Vínculo

Em relação à linha do cuidado, o paciente oncológico já chega para o oncologista com diagnóstico de neoplasia maligna. Alguns devem fazer tratamento oncológico, em outros casos isso não é necessário, mas entram num sistema de controle da patologia. Esses são monitorados por consultas periódicas e exames, até ele evoluir para alta. Os pacientes que fazem tratamento oncológico entram também nesse sistema de controle. Quando alcançam cinco anos de tratamento, ficam sob monitoramento até evoluir para alta, às vezes com dez anos de tratamento. Quem faz esse acompanhamento?

Concepção de integralidade

Nas operadoras pesquisadas, o tema da integralidade é entendido pelos profissionais como o acesso a todas as tecnologias necessárias ao cuidado ao beneficiário. Apesar desta compreensão relativamente simplificada do tema, o fluxo para os procedimentos depende de expedientes administrativos de controle do acesso. A autorização para certos procedimentos, de maior complexidade e custos, utiliza-se às vezes de perícia para verificar sua necessidade. Portanto, podemos concluir que não há integralidade, no conceito que tem sido utilizado para sua definição, no SUS.²

Assistência à terminalidade

Para a atenção integral na Saúde Suplementar, existem ainda algumas limitações em termos da atenção à terminalidade, os cuidados paliativos. Está ocorrendo diagnóstico precoce, tratamento, suporte,

mas há dificuldades quanto aos cuidados paliativos ao paciente terminal, no sentido de que seja apoiado no seu final. Este paciente não tem grandes benefícios com as terapêuticas tradicionais, às vezes são recusados pelas famílias, e neste caso vão para centros de tratamento intensivo, na esperança de “cuidados heróicos” (algumas vezes, movidos apenas por interesses comerciais).

Algumas operadoras utilizam o Programa de Atenção Domiciliar, além de suas atribuições precípuas, para dar suporte a pessoas em fase terminal da doença, mas isso ainda é uma prática não-hegemônica nos serviços de saúde suplementar, isto é, não se generalizou entre as operadoras (FRANCO, 2007).

Contratualização do trabalho médico com a operadora

A relação contratual dos médicos com as operadoras se dá mediante credenciamento, em que o médico atua como profissional liberal e autorizado a atender, prescrever e conduzir planos terapêuticos em nome da operadora, recebendo por produção. Há operadoras que contratam os médicos, e nesses casos estes fazem parte do seu corpo clínico, situação em que a operadora tem maior controle sobre seu processo de trabalho, podendo interferir mais diretamente na sua decisão clínica, atuando assim para redução da prescrição, ou, no caso da oncologia, na opção por projetos terapêuticos que priorizem a quimioterapia por via oral, para os casos em que isso é possível.

Linha de cuidado materno-infantil

Acesso

O acesso aos cuidados com a maternidade se inicia pelo consultório médico, quando este faz o diagnóstico de gravidez. Não há problemas em relação à atenção dispensada à beneficiária para a assistência pré-natal. As operadoras em geral já têm uma consulta autorizada por mês, bem como os exames de rotina.

Há operadoras que não têm protocolo específico que se tenha que seguir na assistência que realiza à sua clientela. Da mesma forma, não há um manual com normas ou matéria publicitária para informar a suas beneficiárias como estas devem proceder para acessar os serviços ofertados pela operadora. Por exemplo,

em uma das operadoras de medicina de grupo pesquisada, o agendamento de consultas é feito no seu hospital, inclusive para exames. O acesso a consultas é livre para a beneficiária, não havendo restrições.

O acesso a exames depende de prescrição médica, que é feita através de um formulário próprio ou por telefone. Quando se trata de exame laboratorial, a marcação é feita no próprio laboratório. Para exames de maior complexidade e custos, é necessária autorização, que é obtida no próprio local de atendimento, por telefone.

Acesso a procedimentos de alta complexidade

Os procedimentos de alta complexidade necessitam de autorização, o que é concedido sem entraves nas operadoras pesquisadas. O fluxo na linha de cuidado já é conhecido e se dá por meios de controle burocrático da prescrição médica, autorização pela operadora e realização do procedimento. Nem todas operadoras adotam protocolos para a linha de cuidado materno-infantil. Os procedimentos são consensuados e bem estruturados, sendo uma área com rotinas bem conhecidas e, portanto, os fluxos já ocorrem sem grandes problemas, tornando a função dos protocolos de padronizar os procedimentos menos necessários.

Prevenção e promoção da saúde

A prevenção é pensada principalmente para os casos de câncer ginecológico e de mama. As atividades preventivas se resumem ao procedimento de coleta de material para análise laboratorial e retorno do resultado dos exames. As orientações quando ao autocuidado são obtidas no próprio consultório médico.

Não há um programa de promoção à saúde na área da assistência ginecológica. A promoção é uma decisão do profissional e exercida individualmente no consultório.

Observa-se que as atividades preventivas estão centradas no ato prescritivo, ou seja, nas práticas de exames periódicos a serem realizados aos usuários. Assim, opera com base na lógica instrumental, e não na lógica relacional, como deveria ser a proposição para ações de promoção e prevenção que buscassem autonomizar o beneficiário, dando-lhe condições para o autocuidado.

Acolhimento

Importa retomar o conceito de acolhimento na sua origem, que significa não apenas fazer uma escuta qualificada e se responsabilizar pelo problema de saúde do usuário, mas sobretudo diz respeito ao trabalho em equipe de forma solidária, com produção conjunta. E isto não ocorre nos casos estudados.

Vínculo

Nas operadoras pesquisadas não foi relatada fratura na linha do cuidado, há fluxos seguros e a referência do médico que está acompanhando o caso, mesmo que os encaminhamentos se dêem de modo formal, ou seja, burocrático.

O vínculo ocorre exclusivamente no consultório, para os casos em que há esse tipo de relação entre trabalhador e beneficiário. Ficou claro que o médico dispara a linha do cuidado e acompanha seu usuário.

A exceção nesse caso fica para a operadora filantrópica pesquisada, através da qual a paciente é referenciada para um serviço de maior complexidade, como por exemplo, nos casos de gravidez de risco. Neste caso, o médico que a acompanha se vê desresponsabilizado em relação àquele caso, ou seja, ele transfere a responsabilidade para o especialista que passa a cuidar do caso.

Concepção de integralidade

A integralidade é vista como um importante conceito, mas na Saúde Suplementar verifica-se que ela depende da possibilidade ou não de financiamento de recursos, seja de pessoas para trabalharem diferentes dispositivos de cuidado junto aos beneficiários, seja para o acesso às diferentes tecnologias disponíveis. Ocorre que nem sempre esses recursos são disponibilizados, o que interfere na realização ou não da integralidade, como eixo condutor das práticas e estruturante do modelo assistencial. Ou seja, a disponibilidade de diferentes tipos de tecnologias não se dá de forma tranqüila; há uma avaliação precisa de custos e benefícios para se estabelecer o acesso aos diversos serviços que podem ser disponibilizados aos beneficiários.

Um exemplo de quebra da linha do cuidado vem da saúde materno-infantil, quando se observa, na maioria das operadoras pesquisadas, que a assistência ao parto geralmente é feita por plantonista, e não o

médico que assistiu a mulher no seu pré-natal. O fato é relatado por médicos e beneficiárias e é uma importante questão para estas.

Contratualização do trabalho médico com a operadora

A contratualização dos profissionais com as operadoras está dentro dos padrões já relatados, ou seja, ele é contratado pela empresa ou credenciado/conveniado, e o pagamento é feito por produção.

O médico utiliza a liberdade que lhe é conferida por seu “trabalho vivo em ato” e opera as linhas de cuidado dentro de seus critérios assistenciais, mediado pela microrregulação exercida pela operadora, o que se dá no seu contrato de trabalho e pelas normas usuais em relação às condutas prescritivas.

Pode-se verificar que em geral os incentivos para participar de cursos ou outro evento de educação na saúde são limitados e em geral disponibilizados pelas grandes operadoras. E os partos? E as cesáreas?

Linha de cuidado da saúde bucal

Acesso

Na operadora especializada na prestação de serviços odontológicos, beneficiários informam que o acesso aos serviços é satisfatório, por ter vários locais de atendimento. O usuário, ao contratar o plano, recebe um manual que consta não só a rede credenciada, mas o cardápio de procedimentos e como estes são acessados para uma melhor utilização das tecnologias ofertadas pelo plano.

Quanto à realização de tratamentos, existe um número de procedimentos pré-aprovados e determinados procedimentos que necessitam de autorização. Não há limites ao número de consultas mensais. Os limites recaem sobre determinados procedimentos que possuem garantia de sua eficácia em determinado espaço de tempo. Na operadora pesquisada, o exame clínico tem validade de seis meses, mas há uma flexibilização quanto a isso.

Acesso a procedimentos de alta complexidade e incorporação de novas tecnologias

Procedimentos de alta complexidade e custos dependem de autorização da operadora, que disponibiliza recursos de telefonia, fax ou Internet, o que facilita o acesso do usuário, é mais cômodo. Há um

software próprio que faz o gerenciamento de todos os pedidos, através de um banco de dados. Na concepção da operadora, esse processo torna os fluxos de autorização mais seguros, tendo em vista tratar-se de algo complexo, já que a odontologia envolve centenas de procedimentos, o que gera uma multiplicidade de eventos e demanda processos informatizados para um bom gerenciamento do serviço.

Existe um protocolo para a orientação da conduta do dentista baseado nos códigos de ética da odontologia. Quando é necessário um procedimento que não consta no protocolo clínico ou que exceda o número previsto por esse quadro, ocorre uma negociação particular entre o profissional e a operadora para a liberação do mesmo.

A incorporação de novas tecnologias ocorre constantemente, e de acordo com a demanda dos clientes. A operadora dispõe de um manual do usuário, um manual para o dentista credenciado e tem normas também para quem é perito e vai aprovar ou não a realização de determinado procedimento.

Quanto à realização de exames complementares, a solicitação de hemograma completo não é coberta pela operadora e a realização de raios-x passa por aprovação prévia, pois há um protocolo de uso desses recursos, à exceção para raios-x prévios e no final do tratamento, quando há liberação automática pelo sistema.

No caso da seguradora, existe uma tabela que estabelece os procedimentos que podem ser realizados; no caso de algum procedimento não constar na tabela, é necessária uma autorização prévia ou autorização do paciente para que o serviço seja autorizado. Nos casos das próteses, pontes fixas, implantes, que são os procedimentos mais caros, na maioria das vezes é exigido que seja feita uma perícia para que eles sejam autorizados. Determinados procedimentos possuem prazos de repetição. Por exemplo, se o cliente faz uma restauração e a mesma cai antes do prazo estipulado para repetição, o cliente terá que arcar com o novo procedimento.

Nas cooperativas odontológicas existem limites de serviços que possam ser executados, sem necessidade de autorização da cooperativa, como nas outras operadoras. Aqui isso é facultado a procedimentos com até 300 CH (coeficiente de honorários). Se o beneficiário vai fazer um procedimento até este valor, é automaticamente autorizado. Os procedimentos que têm custo mais elevado necessitam de autorização.

Na cooperativa odontológica existe a presença da Consulta de Perícia Inicial e a Consulta de Perícia Final, feita por profissional da cooperativa com o objetivo de autorizar o tratamento, exceto para casos de urgência, em que o atendimento é realizado sem essas consultas. Após o término do tratamento, o usuário deverá retornar para garantia por parte da cooperativa dos serviços executados e também como instrumento de controle de qualidade, podendo autorizar o retorno a outro profissional (ou especialista) para os ajustes necessários. Quando o usuário se encontra fora da cidade sede e sem um setor específico da cooperativa, a autorização segue por fax, não existindo o processo de perícia.

Prevenção e promoção da saúde

As atividades de prevenção à saúde bucal geralmente são trabalhadas no próprio consultório do dentista e por este. Para o caso de operadora especializada em saúde bucal, há um acompanhamento sistemático dos grupos de risco, isto é, da sua clientela mais susceptível.

Para a operadora que trabalha especificamente com odontologia, nota-se que a mesma tem interesse em realizar atividades de prevenção e promoção à saúde, considerando que isso pode reduzir tratamentos reparadores ou curativos.

As atividades de promoção e prevenção à saúde se iniciam dentro da clínica. A atuação da operadora está mais centrada na atividade de identificar os pacientes de alto risco à doença de cárie e periodontal, através do uso do *software*, e dar maior atenção para que eles tenham acompanhamento mais próximo, diminuindo o tempo entre as consultas de revisão, podendo ainda monitorar o retorno dos usuários.

São realizadas palestras em empresas que visam a se credenciar ou contratar com a operadora, mas essas ações ainda não são sistematizadas e esse aspecto ainda está em desenvolvimento na operadora.

Acolhimento

O conceito não é bem entendido pelos dentistas entrevistados. No entanto, numa entrevista o profissional afirmou que realiza acolhimento no consultório, restringindo o entendimento do termo a um bom atendimento.

Vínculo

As mesmas respostas para o acolhimento foram dadas para o vínculo – ou seja, são conceitos que não fazem parte do universo cultural e de saber dos dentistas que trabalham na Saúde Suplementar. No máximo, eles trazem um conceito restrito do tema e operam a diretriz restrita às ações individuais no consultório.

Concepção de integralidade

A integralidade é entendida pelos profissionais como o fluxo para exames, ou procedimentos de maior complexidade. Há, para alguns profissionais entrevistados nas operadoras da saúde bucal, a concepção de que a integralidade estaria inscrita na atitude de verificar o beneficiário como um todo, no entanto isto aparece como algo restrito ao profissional e não está presente na cultura organizacional, instituída na operadora.

Com relação à atenção integral, há opiniões manifestadas por gestores da operadora de que ela se baseia na preocupação com a prevenção e em cobrir todo tipo de tratamento de que o paciente precisar, ou seja, este é seu conceito de integralidade.

Contratualização do trabalho com a operadora

Como no caso dos médicos, os dentistas são credenciados e neste caso pagos por produção.

Quanto à relação com os profissionais credenciados, estes recebem um guia que dispõe sobre a determinação de cobertura dos planos, forma de atendimento dos usuários e forma de pagamento dos procedimentos. São realizados, dependendo da demanda, treinamentos nos quais são passadas informações para esses profissionais, alguns à distância e outros na própria empresa. Não há incentivo ou objeções, por parte da operadora, quanto à participação dos profissionais em atividades científicas.

Em relação aos incentivos para atualizações, observou-se que não há ação nesse sentido. Quando é necessário um procedimento que não consta no protocolo clínico ou excede o número previsto pela operadora, é realizado o reembolso ao profissional. O ressarcimento do profissional se dá mediante a informação do procedimento realizado junto à operadora, e um dentista “auditor” analisa a documentação e autoriza o pagamento.

Linha de cuidado da saúde mental

Acesso

O acesso aos cuidados em saúde mental é talvez o mais controverso, distribuindo-se entre as operadoras pesquisadas em assistência realizada pelo psiquiatra, neurologista e atendimento psicológico. Nestes casos, o serviço é mantido para atendimento em psicoterapia, sendo que a operadora credencia uma clínica, esta trabalha com preços especiais ofertados à sua clientela e assim se estabelece o fluxo dos beneficiários que demandam atendimento psicoterápico.

Podemos inferir que o acesso à assistência psicológica se dá em múltiplos arranjos, mas o atendimento básico na maioria das vezes é feito pelo psiquiatra.

Acesso a procedimentos de alta complexidade

Considera-se o atendimento em saúde mental uma assistência especializada, e o acesso ao atendimento básico e de maior complexidade obedece ao padrão das operadoras, já mencionado aqui – ou seja, uma consulta por cliente por mês é o padrão e mais do que isso depende de autorização da operadora. A psiquiatria não utiliza procedimentos especiais. Ela não precisa seguir um protocolo específico para assistência na saúde mental. E as crises e internações?

Prevenção e promoção da saúde

Não há ações de prevenção e promoção à saúde mental. Profissionais da saúde mental têm sido chamados por uma das operadoras pesquisada, de medicina de grupo, para participarem do programa que a mesma está organizando de controle de portadores de patologias crônicas.

Acolhimento

Os entrevistados informam que o acolhimento é feito nos consultórios, a partir da atitude de cada profissional em relação à sua clientela.

Vínculo

O modo como se entende e se faz o vínculo é muito diversificado. Sua viabilidade depende do modo como cada profissional atua no seu processo de trabalho. O vínculo às vezes é exercido por

determinada equipe, pois algumas operadoras atuam junto ao psiquiatra que conduz o projeto terapêutico. Há operadoras que mantêm certo monitoramento do beneficiário através de contato telefônico.

Verificam-se diversos arranjos para a condução de projetos terapêuticos na saúde mental. A falta de um padrão significa que este segmento está sem uma regulamentação precisa, ou seja, quem regula é a própria operadora.

Integralidade

A integralidade não é entendida pelos profissionais como uma diretriz de organização dos serviços, que deveria ter organicidade na rede de serviços. Assim, verifica-se que há uma concepção de que a integralidade significa o acesso a diversos serviços ou se resume ao atendimento realizado por diversos profissionais.

Quanto à possibilidade de haver integralidade nas ações de saúde, a opinião circulante entre os profissionais é de que todos devem contribuir para um atendimento integral, embora haja muitas dificuldades inerentes ao sistema.

Contratualização do trabalho profissional com a operadora

A contratualização com os profissionais ou serviços de atendimento psicológico tem também vários arranjos. Há operadoras que regulam o trabalho do médico pela agenda de consultas e remunera segundo sua produção. Há questionamentos sobre isso, à medida que a consulta leva mais de 30 minutos e os médicos assim têm sempre uma produção menor do que os seus “colegas” médicos, que atendem outras especialidades e fazem um atendimento mais rápido.

Outro arranjo é a contratação, pela operadora, de clínicas especializadas em atendimento psicológico, com o co-pagamento do beneficiário a esta assistência, via operadora e a remuneração da operadora à clínica. Há uma triangulação na contratualidade do serviço e que se resume na relação operadora-clínica-beneficiário.

Conclusões

A pesquisa revela que, de modo geral, o processo de trabalho nas diversas linhas de cuidado pesquisadas é conduzido pelo profissional médico, e tem nas lógicas instrumentais sua forma mais completa de

realização, conforme discutido a seguir. No entanto, há variações nessa evidência geral sobre o modo como se produz o cuidado. E as multiplicidades vão se manifestar principalmente porque a atuação singular de cada um é capaz de produzir modos diferentes de atuação na relação de cuidado que cada profissional tem com seu cliente.

O que ficou evidenciado, na maioria das operadoras pesquisadas, independentemente do segmento à qual pertence, é de que predomina uma concepção entre as mesmas, segundo a qual a integralidade é entendida como o acesso às diversas tecnologias disponibilizadas para os processos de diagnose e terapêutica. Essa redução da compreensão do conceito compromete sua implementação, no sentido da mudança das práticas assistenciais, sua institucionalização como diretriz estruturante dos serviços, inserida na política da operadora, e presente de forma sistêmica na sua rede. Portanto, nota-se uma compreensão simplificada ou até mesmo equivocada do conceito, nos lugares em que ele chega a ser discutido.

Mas há disputas em curso, no interior dos processos produtivos. Por exemplo, a implantação de programas de promoção e prevenção constitui uma novidade na área e é algo que surge com força instituinte. Nesse sentido, contribui para que a integralidade se apresente mais forte e possa se viabilizar em algumas áreas específicas, como por exemplo, a saúde materno-infantil. Por ser mais estruturada e demandar atividades que vão desde os cuidados primários até os recursos de maior densidade tecnológica (no sentido das tecnologias duras), conta com a compreensão do conceito por alguns profissionais e viabiliza ações mais integrais. Por outro lado, há processos conduzidos através de alguns profissionais, que na liberdade de execução do seu trabalho vivo, operam no conceito da integralidade, como nos casos de operadoras de autogestão, que têm conduzido processos de atenção domiciliar.

Enfim, verificamos que a integralidade é vista como um importante conceito, mas sua operacionalização tem sido a maior dificuldade para que ela de fato se realize. Contudo, se de um lado ela não se realiza, por outro também não se pode dizer que a integralidade está ausente dos modelos tecnoassistenciais praticados pelas operadoras, ou das práticas profissionais no interior dos processos de trabalho. Podemos dizer que há diferentes graus de integralidade

presentes no interior dos processos produtivos e modelos praticados pelas operadoras e prestadores. E o grau de presença da integralidade, como estruturante dos serviços de saúde, depende dos dispositivos de sua construção, tais como a compreensão do trabalho multiprofissional, o acesso facilitado às diversas tecnologias de cuidado, a começar pelas ações de promoção e prevenção, os fluxos seguros do usuário no interior da rede de serviços, e sobretudo das atitudes dos profissionais, ao organizarem seus processos de trabalho.

Apresentamos abaixo, a título de comentários finais, os achados verificados com a pesquisa, à luz dos marcadores que ajudaram a analisar as linhas de cuidado, na perspectiva da integralidade na saúde. Os dados e informações disponibilizados pela pesquisa evidenciam, para as linhas de cuidado estudadas, que os aspectos referentes à microrregulação do acesso, seja à assistência básica ou procedimentos de alto custo e complexidade, é comum a todas as operadoras pesquisadas e evidenciam o seguinte

Acesso à assistência básica: há o entendimento comum de que o acesso à consulta e procedimentos básicos está garantido aos beneficiários, independentemente de autorização prévia. Isso é um comportamento assumido para todas as operadoras e válido para todas as linhas de cuidado pesquisadas, exceto a saúde mental, que é considerada como um atendimento especializado.

Acesso a procedimentos de alto custo e complexidade e a incorporação de novas tecnologias: também é uma conduta comum a todas as operadoras, para todas as linhas de cuidado, que o acesso a procedimentos de alto custo e complexidade é dependente de autorização prévia pela operadora. Essa autorização é solicitada pelo médico prescritor, devidamente justificada em formulários próprios e o beneficiário e o portador do pedido à operadora.

A incorporação de novas tecnologias, da mesma forma, depende de autorização prévia da operadora, que geralmente submete essas novas tecnologias à avaliação de um comitê técnico. Já quanto ao modo de produção do cuidado, há diferenças entre as linhas de cuidado e às vezes entre os segmentos de operadoras pesquisados. Sendo assim, passamos às conclusões finais sobre as linhas de cuidado específicas.

Linha de cuidado da oncologia

A linha de cuidado da oncologia se caracteriza como uma área em que a assistência é entendida como uma atenção especializada, ou seja, a descrição da linha começa com a hipótese diagnóstica de câncer, ocasião em que a pessoa é indicada para o atendimento oncológico específico. As ações de prevenção do câncer não são incluídas na seqüência do fluxo da linha de cuidado.

Verifica-se um processo de trabalho “médico-centrado”, baseado na lógica instrumental, isto é, que utiliza principalmente as tecnologias duras e leve-duras na produção do cuidado em oncologia. O projeto terapêutico encaminhado articula a consulta médica, solicitação de exames, diagnóstico, procedimento cirúrgico e/ou quimioterápico e acompanhamento até a alta do tratamento.

O acolhimento não é entendido como algo que ressignifica as relações de cuidado, sobretudo o processo de trabalho. Geralmente é confundido com a idéia de boa recepção. O vínculo, por sua vez, existe entre o médico e o usuário, fortalecido muitas vezes por tratamentos de longa duração, como é próprio da oncologia.

Não há evidências de um processo de reestruturação produtiva operando nesta linha de cuidado. Isso significa que os processos de trabalho estão centrados nas tecnologias duras e leve-duras, sem implementação de dispositivos que possam modificar a organização produtiva na rede assistencial.

Linha de cuidado materno-infantil

Constata-se, preliminarmente, que a linha de cuidado materno-infantil tem a melhor tradição de trabalhos relacionados à prevenção e promoção à saúde. Todas as operadoras pesquisadas fazem em alguma medida, mesmo que de forma incipiente, atividades de prevenção e promoção. Em alguns casos, essas atividades são entendidas e realizadas de forma muito instrumental, isto é, a prevenção é vista como uma rotina de exames aplicados em certos intervalos de tempo. Em outros, ela tem o sentido original da educação em saúde, que tenta autonomizar o beneficiário em relação ao autocuidado. Em geral é possível observar que há forte presença do mercado, que faz com que a assistência ainda opere com base no alto consumo de procedimentos.

No entanto, podemos verificar que as ações de promoção e prevenção são diferenciadas em relação às linhas de cuidado e segmentos de operadoras pesquisadas. Neste sentido, podemos verificar que o segmento das operadoras de autogestão têm dado atenção especial à prevenção, adotando programas de maior expressão na assistência à saúde de seus beneficiários. Já os outros segmentos pesquisados têm nesses programas uma ação mais evidente da lógica instrumental e medicocêntrica.

O acolhimento é realizado nos consultórios, o que significa que não há institucionalização dessa diretriz do modelo assistencial; trata-se de um dispositivo individual, dependente da atitude do profissional. O vínculo é construído no período do pré-natal, mas no momento do parto pode ser rompido, na medida em que este pode ser realizado pelo médico de plantão, ou se mantém uma agenda de partos por cesariana, como é o mais comum na Saúde Suplementar.

Em função da realização de atividades de prevenção e promoção em algumas operadoras, podemos afirmar que nestas ocorre um processo de reestruturação produtiva, desde que essas ações estejam relacionadas à mudança dos processos de trabalho, mesmo que sejam motivadas pela redução dos custos operacionais.

Linha de cuidado da saúde bucal

A maioria das operadoras de odontologia de grupo trabalha com mecanismos de regulação estruturados para otimizar os custos da operadora. Esses dispositivos são exames por período determinado, realização de perícia em protocolos não aprovados pela operadora, e tempo de validade para certos procedimentos.

Os conceitos de acolhimento e vínculo não são compreendidos para além de uma idéia instrumental, na qual o dentista procura trabalhar no seu consultório com um bom atendimento. O acesso é garantido para procedimentos básicos, e os de alta complexidade e custos dependem de autorização da operadora. Segundo dados da pesquisa obtidos junto às operadoras de saúde bucal, as atividades de promoção e prevenção se iniciam dentro da clínica e podem permitir a identificação de pacientes de alto risco à doença.

A integralidade, no âmbito da odontologia, é informada pelos profissionais entrevistados como a oferta aos seus beneficiários de

todas as tecnologias de procedimentos, mas não fica claro se existe preocupação, por parte da operadora e do profissional, de garantir uma integralidade sistêmica, instituída no modelo tecnoassistencial que é praticado.

Operadoras do segmento de autogestão valorizam de forma importante a assistência à saúde bucal, realizando inclusive ações de prevenção e promoção à saúde, segmento em que esse tipo de prática está mais consolidada. Aqui há maior referência de integralidade no cuidado, embora ainda não contemple na plenitude do conceito. Há também nestas operadoras uma melhor interação entre os profissionais odontólogos, assim como maior investimento em educação continuada e seminários de reciclagem promovidos pela área de saúde bucal.

Linha de cuidado da saúde mental

A linha de cuidado da saúde mental é a mais fragmentada de todas que foram pesquisadas. Registra-se que em geral as operadoras não ofertam esse tipo de serviço ou, quando está incluso no seu rol de procedimentos, este é oferecido como consulta e tratamento com médico psiquiatra. Este trabalha com os instrumentos convencionais, como a prescrição medicamentosa e os recursos de internação para os casos de surto.

Em muitas situações, o profissional que cuida da área de saúde mental é o neurologista, dentro dos limites que essa abordagem tem para este tipo de assistência. A pesquisa evidenciou que há operadoras que ofertam serviços de psicoterapia, através de clínica conveniada e com co-pagamento do beneficiário, isto é, é um serviço terceirizado da operadora.

O que se pode concluir, em primeiro lugar, é que para a saúde mental há diversos arranjos na organização e oferta deste serviço. Isso demonstra que a regulação nesta área específica está sendo feita pela “microrregulação” que é estruturada pela operadora.

No caso da saúde mental, não há ações de prevenção e promoção. O modo como se entendem o acolhimento e vínculo é muito diversificado. Sua viabilidade depende do *modus operandi* de cada operadora e dos prestadores médicos, que detêm o governo sobre o processo de trabalho.

A saúde mental não é uma prioridade para as operadoras da Saúde Suplementar. É isso que se pode concluir após verificar os dados da pesquisa. A não-oferta por muitas operadoras; os serviços que se resumem a consultas com psiquiatras ou até mesmo neurologistas; e a oferta de psicoterapia por clínica terceirizada, com co-pagamento, são as evidências de que há carência de oferta deste serviço e, sobretudo a não-cobertura pela maioria dos planos pesquisados.

A microrregulação da produção do cuidado

A microrregulação é entendida como a regulação realizada pelas operadoras, sobretudo no âmbito das suas relações contratuais com os prestadores. Mas não só com eles, ela opera também em nível da contratualidade com os beneficiários, na medida em que as medidas instituídas pela operadora e/ou prestadores repercute na relação com eles. A microrregulação é produzida pelas normas de conduta e rotinas de trabalho, que têm por objetivo instituir regras de conduta entre os profissionais. No âmbito da Saúde Suplementar, ela visa a certa adaptação à regulação estatal exercida pela ANS. Mas por outro lado, há também os interesses corporativos em jogo, que a operadora busca realizar ao emitir suas normas de relacionamento com os prestadores médicos e demais contratantes com ela. Regular, no plano da produção do cuidado, é o mesmo que controlar a microdecisão do médico, no sentido da sua atividade prescritiva.

Há operadoras que fazem isso estabelecendo normas bem definidas de conduta, inscritas nos protocolos técnicos. Outras operadoras se convenceram de que a melhor forma de controlar a decisão médica é convencer os mesmos sobre os procedimentos a serem adotados, dentro de certo “padrão racionalizador”, em que o consumo fique dentro de parâmetros considerados satisfatórios pela operadora.

Formas de microrregulação mais visíveis são as que se referem ao acesso a exames, estabelecendo a exigência de autorização, laudo, perícia, conforme a complexidade e custos dos procedimentos. Dispositivos criados pelas operadoras, como forma de auto-regular ou regular sua relação com prestadores e beneficiários:

Call center autorizador. adotado por uma operadora que contratou uma empresa do mercado, que atua especificamente nisso. O *call center* tem um funcionamento autorizador automático, fazendo por si

mesmo a relação entre o beneficiário e o prestador que solicitou a autorização para o procedimento.

- *Análise de procedimentos de alto custo*: é feito por médicos auditores (da própria empresa e que não podem ser prestadores de serviço credenciados da mesma). O procedimento fica pendente até que seja concluído o processo de análise.
- *Medicamentos de alto custo*: estes, não sendo de urgência, devem ser solicitados através de pedido de autorização para seu fornecimento, que fica dependendo de auditoria administrativa sobre a solicitação do mesmo.
- *Perícia médica*: usada principalmente para casos de procedimentos com finalidade estética. O beneficiário passa por uma perícia e só depois o procedimento é autorizado. A perícia é também utilizada para o caso de órteses e próteses de alto custo.
- *Entrevista com usuários*: a entrevista é utilizada para certos procedimentos de autorização, principalmente quando se trata de pessoas idosas. Isso é feito por algumas operadoras, no sentido de orientar sua decisão autorizativa.
- *Co-pagamento*: utilizado como um fator moderador sobre a utilização/consumo dos serviços da operadora, tem sido cada vez mais utilizado e incentivado pelas mesmas para a contratualização com os beneficiários.
- *Rede de compensação entre operadoras singulares*: sistema utilizado por algumas cooperativas médicas para cobertura nacional a seus beneficiários. Cada singular disponibiliza atendimentos a clientes de outra singular, e recebe o pagamento por estes procedimentos num sistema de compensação nacional.
- *Dispositivos facilitadores*: cadastro único de beneficiários, prontuários eletrônicos, transmissão de pedidos via Internet (*on line*) são alguns recursos utilizados para facilitar os pedidos dos prestadores.

Na contratualização com os médicos, em geral as operadoras remuneram por produção. Esse pagamento é realizado 30 ou 60 dias depois de informado à operadora os procedimentos que foram realizados.

Há operadoras que monitoram o trabalho médico, especialmente o consumo que é induzido pelos mesmos. Desse monitoramento, àqueles médicos que na sua avaliação prescrevem acima dos índices

esperados, ela convida para um processo de educação continuada. Há operadoras que utilizam a premiação aos prescritores que consomem menos exames, por exemplo, como dispositivo de redução da prescrição, servindo a premiação como dispositivo microrregulatório.

Enfim, a microrregulação é extremamente diversa, pois se refere ao ambiente de produção e do cotidiano dos serviços de saúde, o que por si só já oferta uma extensa variedade de possibilidades de intervenção sobre o mundo da produção da assistência à saúde e do cuidado.

Considerações finais

Na Saúde Suplementar, na amostra de operadoras do Estado do Rio de Janeiro, as linhas de cuidado como instrumentos de gestão para a materialização da integralidade são ainda precárias, pois asseguram os pontos de atendimento (nós da rede) sem entretanto assegurar os fluxos articulados, a continuidade do cuidado e, às vezes, nem a resolubilidade da situação. Há uma ênfase na articulação de procedimentos e não no cuidado final.

O monitoramento das operadoras pela ANS, realizado no âmbito da política de qualificação do setor, verifica resultados obtidos em alguns indicadores epidemiológicos, tendo pouca visão sobre os processos em curso na atenção à saúde.

A abordagem avaliativa da integralidade utilizando linhas de cuidado oferece a possibilidade de acompanhar esses processos e identificar pontos de dificuldades, e nisto a pesquisa cumpre seu papel de oferecer novas estratégias avaliativas que aperfeiçoem a política regulatória da ANS.

Referências

- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Dois faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, 2005.
- _____. *Programa de Qualificação da Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, 2005.
- _____. Resolução da Diretoria Colegiada, RDC nº. 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Diário Oficial da União, 30 jan. 2006.
- CECÍLIO, L. C.; MERHY, E. E.; A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2003. p. 197-210.

- CECÍLIO, L. C. *et al.* A Saúde Suplementar na perspectiva da microrregulação. In: *Dois faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, 2005. p. 63-74.
- FRANCO, T. B.; MAGALHÃES, J. R. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. *et al.* *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 125-134.
- FRANCO, T. B. *Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde: um olhar a partir do sistema cartão nacional de saúde*. [Tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2003.
- FRANCO, T. B. *et al.* *Atenção domiciliar na Saúde Suplementar: modelagens a partir das experiências correntes*. Relatório de pesquisa. Rio de Janeiro, UFF/ANS, 2006.
- MALTA, D. C. *et al.* Perspectivas da regulação na Saúde Suplementar diante dos modelos assistenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 2, p. 433-444, 2004.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que devem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2001. p. 39-64.
- MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Reestruturação produtiva em saúde. In: *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2006. p. 225-230.
- MERHY, E. E. *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 19-40.
- PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2003. p. 7-34.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). *Os Sentidos da integralidade no cuidado e na atenção à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.
- _____. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo: Hucitec, 2004.
- _____. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2003.
- PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; SILVA JÚNIOR, A. G. A integralidade na atenção à saúde da população. In: MARINS, J. J. N. *et al.* (Orgs.). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 269-284.
- SILVA JUNIOR, A. G. *et al.* Avaliação de redes de atenção à saúde: contribuições da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006, p. 61-90.

Notas

¹ Sobre aplicação do conceito como método analítico, ver L'ABBATE, S. O Analisador dinheiro em um trabalho de grupo realizado num hospital universitário em Campinas, São Paulo: revelando e desvelando as contradições institucionais. *Saúde e Loucura 8*: análise institucional, São Paulo, Hucitec, 2005.

² Sobre o tema, vide SILVA JUNIOR *et al.*, 2006.

2.2. Prevenção e promoção como dispositivos para a construção de novos modos de produção do cuidado integral no campo da Saúde Suplementar

TÚLIO BATISTA FRANCO
ARMANDO CYPRIANO PIRES
GILSON SAIPPA OLIVEIRA
LILIAN KOIFMAN

Introdução

Este capítulo visa a pensar a conformação do modelo tecnoassistencial na Saúde Suplementar, tendo como eixo norteador da pesquisa a integralidade na saúde, que entendemos como um campo produzido em cenário de disputas de projetos do modelo produtivo. De um lado, este é tensionado pelo complexo médico-industrial, pela incorporação de novas tecnologias e seu alto consumo; por outro, pelas operadoras, que diante dos altos custos operacionais tentam produzir um certo gerenciamento do cuidado, no sentido de regular o contrato com os prestadores, criando instrumentos de auto-regulação do uso de procedimentos e controle sobre a microdecisão clínica do prescritor médico. Ao mesmo tempo, as operadoras e prestadores iniciam processos de desenvolvimento de novas práticas assistenciais, incorporando no seu modelo assistencial tecnologias de cuidado que têm por base os campos de saberes da vigilância à saúde, trabalhando a assistência centrada na idéia de risco, o que significa uma inovação no âmbito da Saúde Suplementar.

A incorporação, pelas operadoras, de uma idéia geral sobre o risco no seu arsenal teórico e técnico – ou seja, admitindo que os beneficiários têm diferentes expectativas de adoecer ou de ter seu problema de saúde agravado – leva as mesmas a programar sua atuação na microrregulação e na organização da atenção à saúde, tendo por base duas frentes. a primeira tem por finalidade a prioridade em realizar contratos corporativos, sob os quais se opera a

cobertura de uma população economicamente ativa – isto é, jovem, com menor risco de adoecer, tendo portanto um padrão de baixo consumo. Estes são contratos mais lucrativos. Na segunda frente, de produção do cuidado propriamente dito, as operadoras começam a adotar programas de atendimento especial às populações acometidas por doenças crônicas, passíveis de controle através de ações de baixo custo, evitando internações e um número excessivo de procedimentos de diagnose e terapêuticos. Entre estes, há programas de atenção domiciliar que têm encontrado franca expansão nos últimos períodos, conforme pesquisa realizada recentemente sobre o tema (BRASIL, 2005; FRANCO, 2007).

Verifica-se, preliminarmente, que o campo da Saúde Suplementar tem experimentado mudar seu modelo assistencial, introduzindo dispositivos de organização dos serviços que impactam no seu modo de produção, buscando exercer certa microrregulação dos processos produtivos, do consumo de procedimentos e ao mesmo tempo objetivando melhor performance no cuidado aos beneficiários, introduzindo ações programáticas e controle de riscos, para finalmente alterar sua performance produtiva (BRASIL, 2005).

Por modo de produção do cuidado compreendemos uma determinada organização dos processos produtivos da saúde, politicamente orientados, histórica e socialmente desenvolvidos, que têm a dimensão tecnoassistencial definida pelo perfil tecnológico que opera nos processos de trabalho. Esse debate, inaugurado por Donnangelo (1976), se orienta pela idéia-força segundo a qual há um processo de construção social do cuidado, que se revela na idéia geral de “medicalização da sociedade”, efeito obtido mediante a predominância do saber médico, algo como um “contágio” no interior da sociedade, do pensamento que domina os saberes e fazeres da saúde.

Tal discussão é desenvolvida, de um outro ângulo, em *As instituições médicas no Brasil* (LUZ, 1981), que traz importante estudo que retrata as conjunturas políticas no Brasil de 1960-1964 e 1968-1974, revelada na perspectiva da saúde. Numa complexa e engenhosa discussão, a autora identifica uma “nova racionalidade na saúde”, estruturada em quatro traços característicos principais:

- 1) integração do discurso médico ao do desenvolvimento econômico...;
- 2) centralização de órgãos e instituições de saúde...;
- 3)

controle do poder decisório e dos recursos institucionais por órgãos técnicos centralizados estratégicos...; 4) generalização da medicina como fator estratégico na implantação de uma hegemonia de classe. (LUZ, 1981, p. 15).

As análises desenvolvidas por Maria Cecília Donnangelo e Madel Luz colocam em evidência a constituição de um saber hegemônico na formação do pensamento sanitário brasileiro, conformando certo tipo de organização de serviços de saúde, ideologicamente identificados com o modelo médico.

Sob outro aspecto, segundo Gonçalves (1994), a produção da saúde é tecnologicamente determinada e, ao analisar a rede básica de assistência no município de São Paulo, discute as formas tecnológicas existentes na produção da saúde. O autor considera que as tecnologias podem ser materiais e não-materiais, concebendo esta última como o conhecimento utilizado pelos trabalhadores da saúde.

O campo específico de discussão da organização de serviços de saúde ganha, na contribuição de Campos (1992, 1994), a idéia de que os modelos devem estar centrados nos usuários, com a defesa radical da vida. O autor sugere então uma organização da rede básica na qual o vínculo seja estruturante dessa rede, operando através da adscrição de determinada população às equipes assistenciais. Propõe ao mesmo tempo um tipo de gestão no SUS compartilhado entre gestores e trabalhadores – a co-gestão dos serviços. Ao mesmo tempo, o autor sugere que os trabalhadores são sujeitos dotados de certa subjetividade, o que torna complexa a gestão do trabalho na saúde, e sobretudo torna necessário que os processos de trabalho sejam pactuados.

Merhy (1997), por sua vez, centra a discussão da formação dos serviços de saúde e dos modelos tecnoassistenciais na organização do processo de trabalho, tendo como centro os trabalhadores e usuários. Usa como foco de suas análises a micropolítica do trabalho, isto é, a ação cotidiana dos trabalhadores na construção de determinado modelo. Essa micropolítica revela o trabalho vivo em ato, a liberdade de ação do trabalhador, na execução do seu processo de trabalho, a possibilidade de criar e inventar caminhos diferentes. O autor faz ainda uma tipificação das tecnologias de trabalho em saúde, em que as tecnologias duras correspondem à maquinaria, as leves, às relações.

Essas análises consideram que o mundo do trabalho passa a ser a chave com as respostas para os angustiantes questionamentos em torno das formulações das políticas de saúde e da organização de modelos assistenciais, potencialmente instituintes. É a partir do trabalho que, gradualmente, vão sendo encontradas saídas para uma profunda mudança no modo de produção do cuidado. O processo de trabalho passa a ser, então, categoria analítica fundamental sobre a qual esses estudos se debruçaram e desvendaram tecnologias articuladas pela atividade humana, subjetividades como um elemento que compõe o complexo cenário de produção da saúde, com suas determinações culturais, sociais, econômicas e políticas. Um mundo complexo e disputado, rico em saberes e fazeres com alto grau de produção/criação no processo produtivo do cuidado.

Merhy (1997) aponta o uso de tecnologias como determinantes na estruturação de modelos tecnoassistenciais. A partir de sua tipologia de tecnologias, podemos perceber o predomínio no uso de equipamentos (as chamadas tecnologias duras e leve-duras) em detrimento daquelas relacionais (leves) no modelo hegemônico de assistência. Este fenômeno influencia nos custos crescentes e na baixa efetividade do cuidado oferecido, ocorrendo tanto no setor público quanto no privado (SILVA JUNIOR *et al.*, 2003).

Pinheiro e Mattos (2001, 2003, 2004) apresentam a integralidade como um importante conceito na reestruturação dos serviços de saúde, trazendo seus vários sentidos nas práticas dos profissionais, na organização dos serviços e na articulação de políticas sociais:

emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional. Ampliação que não pode ser feita sem que se assumam uma perspectiva de diálogo entre diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de perceber as necessidades de saúde. (MATTOS, 2001, p. 57).

Pinheiro, Ferla e Silva Junior (2004), ressignificando a integralidade, a tomam como bandeira política, indissociável da universalidade e da equidade, e que se materializa, no cotidiano, em práticas de gestão, de cuidado e de controle pela sociedade. Falam de práticas que ofereçam espaços de diálogo entre os vários atores que interagem nos

serviços, possam apreender melhor as necessidades de usuários e trabalhadores da saúde e facilitem novas pactuações e ações articuladas de cuidado em diferentes níveis de atenção.

O cuidado referido pelos autores não pode ser reduzido a um nível de atenção do sistema, nem a um procedimento simplificado, mas é entendido como uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para compreender saúde como o direito de ser (PINHEIRO; FERLA; SILVA JUNIOR, 2004). A ação integral também pode ser entendida como as “entre-relações” das pessoas (CECCIM, 2004), ou seja, como efeitos e repercussões das interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, mediadas por atitudes como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. A prática da integralidade vai ao encontro da escolha ética e política das tecnologias usadas na resolução dos problemas de saúde como propõe Merhy(1997). Referenciamos, portanto, a integralidade como uma unidade nucleadora de sentidos e de significados, o que se configuraria como um:

dispositivo político, que interroga saberes e poderes instituídos, constrói práticas cotidianas nos espaços públicos em que os sujeitos estejam engendrando novos arranjos sociais e institucionais em saúde, pautados num dialogismo que demanda embate de múltiplas vozes, constituindo efeitos de polifonia quando essas vozes se deixam escutar (GUIZARDI; PINHEIRO, 2004, p. 21-22).

É na dimensão dos conhecimentos e das práticas de trabalhadores de saúde que se molda a capacidade de acolher as demandas e reintegrar a atenção oferecida. A integralidade é entendida como um processo de construção social, que aposta na mudança das instituições, conferindo maior horizontalidade nas relações entre seus participantes – gestores, profissionais e usuários do sistema de saúde – produzindo novos conhecimentos a partir das práticas dos sujeitos implicados no cuidado em saúde. A discussão da integralidade estabelece um diálogo com o debate sobre prevenção e promoção de saúde.

A prevenção e promoção à saúde ganham relevância nos serviços assistenciais de forma mais sistemática a partir dos anos 1970, com as proposições desenvolvidas no âmbito do Ministério da Saúde do Canadá, e posteriormente difundidas pela Organização Mundial da Saúde (BUSS, 2000). Incorporadas como tecnologias no cotidiano

dos trabalhadores da saúde (CHOR, 1999), essas proposições vem sendo influenciadas pela Epidemiologia e ganhando amplo horizonte de ação. A adoção de práticas preventivas ou promocionais, em larga escala, pelos sistemas públicos de saúde, não tem sido acompanhada, na mesma proporção, pela Saúde Suplementar. Esta, tradicionalmente mais voltada à assistência, “curativa” e com forte predominância das tecnologias duras e leve-duras no desenvolvimento de suas intervenções, atua sempre com modelos prescritivos e menos educativos, nos quais a prioridade de ação se dá após o processo mórbido se instalar.

Verifica-se recentemente, uma tendência na Saúde Suplementar em utilizar as ações promocionais e de prevenção como recursos assistenciais e de *marketing* dos serviços oferecidos (MALTA *et al.*, 2004). A tendência tem-se generalizado, na medida em que as operadoras vêm reconhecendo que essa abordagem presta um cuidado mais eficaz e, ao mesmo tempo, menos custoso do que os tradicionalmente praticados. Agrega-se também valor à imagem da operadora num mercado altamente competitivo.

Essa tendência se alinha a um processo mais amplo, chamado de “reestruturação produtiva”, descrito inicialmente como um processo de mudança desencadeado pela incorporação tecnológica na saúde (PIRES, 1998). Essa reestruturação foi-se mostrando como algo que incorpora também a dimensão relacional do trabalho, seja em processos individuais ou coletivos. Por outro lado, a reestruturação produtiva não significa obrigatoriamente uma inversão das usuais tecnologias utilizadas no processo produtivo da saúde. Ela opera mudanças, mas não necessariamente produz uma ruptura com o modelo médico-hegemônico, ou seja, o processo de trabalho pode ainda continuar centrado na lógica instrumental (MERHY; FRANCO, 2006). Cabe nesse caso a seguinte questão: a promoção e prevenção, que são diretrizes que compõem a integralidade na saúde, ao serem utilizadas nos processos de produção do cuidado pela saúde suplementar, significam uma reestruturação produtiva neste setor?

Promoção e prevenção como dispositivo de reestruturação produtiva na Saúde Suplementar

A utilização da promoção e prevenção na Saúde Suplementar é uma inovação no setor, e como tal deve ser colocada em análise, na

perspectiva de verificar se as tecnologias mais relacionais estão se sobrepondo às tecnologias que se estruturam sob uma lógica instrumental. É a partir dessa questão que será analisado o fato de haver um processo de reestruturação produtiva ou de transição tecnológica na saúde.

A pesquisa *Estudos integradores sobre tecnologias avaliativas de integralidade e Saúde Suplementar* tem como foco a análise do processo produtivo da saúde, com base na micropolítica do processo de trabalho. Nessa perspectiva, é possível verificar o agir cotidiano dos trabalhadores individuais e coletivos, as tecnologias mais usuais no seu singular modo de produzir o cuidado e sobretudo as relações entre estes e os usuários.

Há nesse cenário uma importante presença de fatores que dizem respeito à subjetividade e a processos de subjetivação, que determinam em grande medida o modo específico de os profissionais atuarem no mundo do trabalho, e possibilitam aguçar a sensibilidade de percepção das tendências atuais de reorganização da atenção à saúde, procurando revelar seu modelo tecnológico e os impactos sofridos pelo mesmo com as mudanças em curso. O que serviu como eixo condutor da pesquisa é o fato de que o modo de organizar a produção do cuidado caminha *pari passu* com o modo como se realiza a microrregulação na Saúde Suplementar. Isto é, as contratualidades que regulam a vida e as relações entre operadoras, prestadores e beneficiários, tendo como pano de fundo a regulação exercida pela ANS.

O conjunto de conceitos e categorias apresentadas vão dando sentido ao processo de produção do cuidado, tendo como eixo norteador a integralidade. Segundo Pinheiro (2001), o reconhecimento do cuidado integral parte do pressuposto de que há integralidade na atenção à saúde, entendendo-a como algo sistêmico, incorporada institucionalmente ao serviço de saúde, com uma dimensão também singular na atenção à saúde. O cuidado integral vai sugerir que o usuário tenha fluxo assegurado e acesso a todos os serviços necessários à execução de um suposto projeto terapêutico.

Ao analisarmos o modelo assistencial na Saúde Suplementar, tendo como eixo a integralidade e analisador do eventual processo de mudança em curso, a adoção de diretrizes de prevenção e promoção da saúde, buscamos compreender o significado que a Saúde Su-

plementar vem dando a essas tecnologias de cuidado e se realmente elas impactam o modo de produção exercido pelas operadoras e prestadores. Essa questão é central para a discussão que se pretende fazer, de análise do modelo assistencial.

Um primeiro subsídio do tema vem com a pesquisa *Modelos technoassistenciais na Saúde Suplementar*, realizada sob os auspícios da Agência Nacional de Saúde Suplementar e publicada no livro *Dois faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na Saúde Suplementar*, em 2005 (BRASIL, 2005), que reposiciona o desafio para a ANS, identificando:

o setor suplementar deve ordenar sua gestão em torno da busca da otimização entre os recursos disponíveis e benefícios produzidos, utilizando um rico arsenal das técnicas de gestão organizacional de forma a não substituir a racionalidade da produção do cuidado e da promoção da qualidade de vida das pessoas pela lógica econômica (BRASIL, 2005, p. 237).

A ANS, a partir de seu papel indutor de políticas para o setor, reconhece a necessidade de mudanças no foco da regulação e a necessidade de qualificação de todos os atores envolvidos (operadoras, prestadores, beneficiários e do próprio órgão regulador) e de todas as dimensões do funcionamento do setor de atenção à saúde (econômico-financeira, estrutura e operação e satisfação dos beneficiários). Reconhece também o campo da Saúde Suplementar como local de produção de saúde e transformação das operadoras em gestoras do cuidado; os prestadores de serviços em produtores de cuidados de saúde; os beneficiários em usuários com consciência sanitária e o próprio órgão regulador qualificando-se para corresponder à tarefa de regular um setor com foco no beneficiário (BRASIL, 2006b, p. 5).

A consubstanciação do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar apresenta-se como um indutor de mudanças da organização e atenção à saúde no setor, orientando-se pelos princípios de acesso necessário e facilitado com atendimento qualificado, integral e resolutivo das necessidades de saúde dos beneficiários dos planos (BRASIL, 2006a). Através desse programa, sugere-se que a construção da atenção à saúde deve ser direcionada para a realização da integralidade da atenção, pressupondo a produção de ações de saúde nos territórios da promoção, proteção, recuperação e reabilitação da

saúde dos sujeitos-usuários, destacando o processo de trabalho e sua micropolítica como o local estratégico da mudança (BRASIL, 2006a, p. 21-22). Conclui que o processo de avaliação e o monitoramento contínuo da qualidade da atenção permitem a revisão e reestruturação dos processos de trabalho em saúde.

Os seminários nacionais promovidos pela ANS para discutir o processo regulatório (2004 e 2005) dispararam uma discussão sobre a promoção à saúde e prevenção de doenças. Em 23 março de 2005, a ANS publicou a Resolução Normativa nº 94, que “dispõe sobre os critérios para o diferimento da cobertura com ativos garantidores da provisão de risco condicionada à adoção, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de programas de promoção à saúde e prevenção de doenças de seus beneficiários”. Isto significa que a operadora que adotar programas de prevenção e promoção à saúde, e comprovar junto à ANS, por meios do seu sistema de informações, o real funcionamento destes programas, terá incentivos da Agência. Tal medida tem por objetivo induzir o incremento de tecnologias inovadoras de cuidado no âmbito da Saúde Suplementar.

O processo se fortaleceu com a proposta do programa de qualificação e passou a ser potente ferramenta da prática de regulação. Instituiu-se um fluxo, segundo o qual a apresentação das propostas pelas operadoras deve identificar o programa conforme as linhas de cuidado apontadas pela ANS como prioritárias para o processo de qualificação: “propõe-se focalizar a atenção em quatro grandes e importantes linhas de cuidado na saúde suplementar: a linha materno-neonatal, a saúde bucal e as referentes ao cuidado dos pacientes portadores de câncer e transtornos cardiovasculares” (BRASIL, 2006a, p. 25). Esse conjunto de propostas funciona como instrumento de indução de novas tecnologias para práticas em saúde, fortalecendo a relação entre gestor de saúde e produtor de cuidado de saúde, e redimensionando o papel dessas práticas. A Instrução Normativa - IN 10, publicada em 24 de março de 2005, estabeleceu “procedimentos de apresentação e critérios para avaliação dos programas de promoção à saúde e prevenção de doenças, propostas pelas operadoras de planos privados de assistência suplementar à saúde, citados na RN 94”. Ela identificou algumas atividades possíveis de serem efetivadas, tais como: palestras; grupos: operativos, de auto-ajuda, terapêuticos,

outros e atividades multidisciplinares (atividades físicas e lúdicas).

No III Seminário, em dezembro de 2006, a ANS ampliou o debate sobre a promoção à saúde e prevenção de doenças, reconhecendo ser potente estratégia de implementar as linhas do cuidado, bem como transformar o modelo assistencial segmentado e parcial em modelo de atenção integral à saúde. O relato das experiências com êxitos (estudos de casos, gerenciamento de casos, estudos epidemiológicos e controle e prevenção de agravos) identificou não só o potencial de inovação visando à integralidade da atenção, como também a melhoria de indicadores relacionados a custos, acompanhamento e internação. Importante destacar que, durante o ano de 2006, dos 419 programas cadastrados, acompanhados pela ANS (originados em 134 propostas aprovadas), 92 (22%) se encontravam classificados como “outros”, demonstrando o potencial de inovação. Como avanço, discutiu-se a inclusão de novas abordagens e atividades de cuidado (ações educativas, estímulo a mudanças de estilo de vida, adesão ao tratamento medicamentoso, equipes multidisciplinares, capacitação de indivíduos para autogerenciamento das doenças e dos riscos) e inclusão de novas linhas, identificando seu potencial no cuidado integral, bem como a influência nos indicadores de avaliação do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar.

Em junho de 2007, a ANS promoveu encontro no Rio de Janeiro, com representantes de 133 operadoras, para discutir a importância dos conceitos de modelo assistencial, linha de cuidado e critérios usados na aprovação dos programas de promoção à saúde e prevenção de riscos e doenças, enquanto etapa de construção coletiva do processo de qualificação da Saúde Suplementar visando à integralidade da atenção. Como exemplo de construção coletiva, uma oficina sobre atenção humanizada ao parto e nascimento contou com participação de especialistas do SUS e da ENSP/FIOCRUZ, e focou a necessidade de redução da taxa de cesariana na Saúde Suplementar, que alcança 80% (BRASIL, 2007a).

Durante o encontro, a ANS apresentou os avanços do processo de 2006 para 2007, através dos resultados do Monitoramento e Avaliação dos Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças (MAPPREV) aprovados a partir da RN nº 94, as propostas de novos mecanismos indutores e a atualização do *Ma-*

nual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na Saúde Suplementar, que

tem como objetivo principal estimular a mudança no modelo de atenção à saúde na Saúde Suplementar, através da adoção, pelas operadoras de planos privados de saúde, de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, além de dar suporte teórico e técnico para que estas possam se orientar no planejamento e organização dos programas (BRASIL, 2006b, p. 4).

Esse encontro detalhou as duas fases de avaliação do MAPPREV a serem desenvolvidas até final de 2008, destacando a construção de indicadores relacionados à capacidade de escolha de problemas prevalentes, à constituição das coortes de adscritos, identificados e participantes e os indicadores resultantes do acompanhamento e envolvimento dos sujeitos nas atividades programadas e que apontem o impacto na saúde com melhoria da qualidade de vida. Sendo assim, foi dado mais um passo para a incorporação desses indicadores ao Programa de Qualificação da Saúde Suplementar. (SOUZA *et al.*, 2007; COELHO, 2007; JORGE, 2007; CAVALCANTE, 2007; REIS, 2007; PORTER, 2007).

Em julho de 2007, a ANS expôs fora dos encontros da Saúde Suplementar (no V Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, X Congresso da Associação Latino-Americana de Medicina Social e XIV Congresso da Associação Internacional de Políticas de Saúde) os resultados das avaliações da política de indução de ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, tendo como diretriz principal a integralidade da atenção à saúde (ANS, 2007a; COELHO, 2007; SCALERCIO, 2007; FERREIRA *et al.*, 2007).

Podemos verificar, no âmbito da ANS, o esforço da Agência para colocar na agenda das operadoras o tema da promoção e prevenção à saúde, diretrizes que são constitutivas do eixo geral da integralidade na saúde. Tratando institucionalmente da questão, busca influenciar a forma de produção do cuidado pelas operadoras, induzindo através de incentivos a institucionalização sistêmica dessas diretrizes – isto é, concebê-las como sendo operacionais dentro de uma dada rede de serviços, como tem sido considerado o conceito de integralidade na saúde.

Resultados e discussão

Os dados levantados pela pesquisa *Estudos integradores sobre tecnologias avaliativas de integralidade e Saúde Suplementar no Estado do Rio de Janeiro*, especificamente no seu componente dos modelos tecnoassistenciais, e as análises posteriores apontam na direção de que já há, no âmbito da reorganização interna de algumas operadoras estudadas, produções em forma de documentos e expressão de políticas e práticas assistenciais, que demonstram preocupação quanto à necessidade de maior envolvimento em sua própria transformação enquanto gestora de saúde. Ao mesmo tempo, é notória a introdução de dispositivos de mudança de certas práticas, como a adoção das diretrizes de prevenção e promoção à saúde, com classificação de risco de determinadas populações de clientes.

No âmbito da medicina de grupo, no que diz respeito a atividades de promoção e prevenção, foi possível verificar que, em geral, há o início de formação de grupos de crônicos, atividade que vem tendo importante investimento das operadoras. Esses grupos se iniciam com a formação de equipe técnica e cadastro de beneficiários do perfil eletivo para ingresso no programa. A atividade, mais próxima do que é o conceito clássico de promoção à saúde, pode trazer importante retorno a operadoras e beneficiários, desde que se consiga com ela ter uma extensão no tempo, persistência e, sobretudo, adesão dos beneficiários, o que está por se verificar. Mas o esforço atual é salutar, inclusive porque os profissionais recrutados para essa atividade estão motivados com sua nova função.

Em grandes operadoras, têm-se tornado mais freqüentes programas de acompanhamento de crônicos, especialmente hipertensos e diabéticos, devido à alta prevalência de pessoas portadores de doença oncológica na população, especialmente no apoio à terminalidade, egressos de internação hospitalar e internação domiciliar. A classificação da população por agravos e risco é uma prática usual corriqueira do campo da Vigilância à Saúde, no âmbito do sistema público de saúde, e torna operacionais as diretrizes de promoção e prevenção. Tais medidas, sendo incorporadas por importantes operadoras, revelam que novas tecnologias de cuidado estão sendo praticadas na saúde suplementar, inovações, pois até então essas práticas não eram usuais. Elas acontecem com vistas à melhoria do cuidado à sua clientela, que a

depende do quadro nosológico, apresenta alto consumo de procedimentos, e por esse motivo se tornam custosos para as operadoras.

A princípio, as operadoras, ao adotarem estratégias de prevenção e promoção a certa população, buscam a redução de custos operacionais; mas ao buscar resultados econômico-financeiros, produzem outro tipo de cuidado que é “mais cuidador” e, nesse sentido, vão dando novos significados às práticas assistenciais.

Entre as operadoras de autogestão pesquisadas, pode-se afirmar que este segmento vem investindo na prevenção e promoção à saúde, mas essas práticas têm sido até então pontuais, isto é, não há grande investimento nessa direção. As atividades são geralmente realizadas por uma equipe multidisciplinar de saúde (assistente social, nutricionista e psicólogo) que se relaciona com os beneficiários a partir de dois programas específicos, de prevenção e controle das doenças cardiovasculares e do tabagismo. Para isso, lançam mão de planejamento sistemático da abordagem anual desses programas. Ambos os programas compõem as estratégias de saúde ocupacional, restringindo-se aos funcionários da ativa.

No âmbito das cooperativas médicas, observou-se que as operadoras ainda não estão fazendo prevenção e promoção no sentido sistêmico, ou seja, incorporando essas atividades no seu modelo de assistência, apesar de encontrarmos proposta de âmbito nacional definida como ações de medicina preventiva. De modo geral, o que se faz é no ambiente individual, por cada médico. Por exemplo, o especialista em diabetes só lida com diabetes, mas não há uma ação efetiva na cooperativa. No entanto, as cooperativas médicas que têm efetivos maiores, que têm uma carteira maior de clientes, têm implementado ações de promoção e prevenção, numa expectativa de redução de custos operacionais. Nestas, especificamente, as diretrizes assistenciais têm conseguido respaldo institucional para se efetivar.

No caso específico de operadoras que ofertam assistência odontológica, observa-se grande interesse em realizar atividades de promoção e prevenção à saúde, por considerarem que “todo procedimento preventivo vai reduzir tratamentos reparadores ou curativos no futuro, o que é economicamente vantajoso, socialmente interessante. Isto favorece a satisfação do usuário, e por consequência a empresa se vê beneficiada em todos os sentidos”, relata entrevistado da operadora.

As atividades de prevenção e promoção à saúde bucal se iniciam dentro da clínica. A atuação da operadora seria identificar os pacientes de alto risco para a doença cárie e periodontal, através do uso de *software*, e dar maior atenção para que eles tenham um acompanhamento mais próximo, diminuindo o tempo entre as consultas de revisão e entrando em contato com os usuários, para incentivar o retorno. São realizadas palestras em empresas que visam a credenciar ou contratar a operadora, mas essas ações ainda não são sistematizadas e ainda estão em desenvolvimento na operadora.

No caso da seguradora, o profissional entrevistado informa que ele, em particular, atua com ênfase no trabalho preventivo e com orientações ao paciente para evitar uma atuação curativa, realiza atividades preventivas em sua prática, como escovação supervisionada, orientações sobre higiene e dieta, orientações sobre a saúde em geral.

No Estado do Rio de Janeiro poucas operadoras responderam à Instrução Normativa que orienta e incentiva ações de promoção e prevenção. Isso é indício de que há pouca abrangência no alcance dessas atividades, no cômputo geral entre as operadoras. Mas, por outro lado, nas maiores há um respaldo significativo para a instalação e funcionamento desses programas.

Conclusões

A apropriação da agenda da promoção e prevenção no âmbito do cotidiano da gestão faz-se a partir da realização de debates, eventos locais, regionais e nacionais organizados pelas diferentes modalidades de operadoras. Algumas iniciaram processos internos de capacitação ainda no âmbito gerencial, para ampliação da compreensão sobre as mudanças necessárias e a adesão as propostas.

Por outro lado, observamos que, organizados sob a forma de prestadores de serviços de saúde, e não sob a forma de gestores do cuidado, muitos interlocutores, geralmente vinculados a setores administrativos e financeiros, desconheciam terminologias e temas do campo da Saúde Suplementar relacionados ao modelo assistencial e linha do cuidado. Isto demonstra a existência no processo organizacional da típica divisão entre setor administrativo e setores de gerência e do cuidado nas operadoras estudadas.

Há de se notar, também, uma reação ao volume de Instruções

Normativas (IN) emitidas pela Agência, o que, na observação dos sujeitos da pesquisa, mesmo ressaltando-se a pertinência de tais propostas, atrapalha a disposição de maior envolvimento dos atores na agenda proposta pela ANS.

Observa-se ainda que o debate encontra-se ainda restrito às agendas dos gestores, por vezes encaradas como uma reação aos dispositivos indutivos da ANS. E que ainda há flagrante timidez de construções locais e cotidianas, pelas operadoras de todas as modalidades, nas relações que estas estabelecem com os profissionais de saúde. Há também total afastamento das temáticas descritas e relacionadas à construção de um modelo centrado na integralidade e no cuidado, das práticas profissionais propostas e da lógica de organização das ações a partir de uma perspectiva cuidadora – práticas estas que se estruturam com base na centralidade da alteridade do usuário na construção do projeto terapêutico.

Nas observações e na análise do material coletado, ficou claro o não-envolvimento dos profissionais prestadores de serviço nas atividades de promoção e prevenção desenvolvidas pelas diferentes operadoras, reduzindo imensamente o potencial dos mesmos enquanto atores motivados para a mudança. Observa-se que os profissionais compreendem o conceito de integralidade, mas argumentam que a busca pela mesma compete ao serviço público. Este deve produzir uma visão mais ampla da saúde, ancorada na compreensão mais humanística e “inteira” do usuário, permeando intrinsecamente a dimensão biológica enquanto um arranjo de disciplinas ou até numa compreensão mais relacional do trabalho em saúde.

Destacamos ainda a necessidade de ampliação da pesquisa avaliativa e também de acompanhamento sistemático da agenda, por parte da agência e de pesquisadores do campo, que dêem conta dos desafios colocados pelo movimento de qualificação do setor. Esse fato amplia a porosidade e potência da agenda proposta pela ANS, devendo, a partir de seu lugar de disparador de agendas, ampliar a constituição constante e ativa de espaços de diálogos entre os sujeitos, com a negociação e pactuação dos passos a serem dados na construção do modelo technoassistencial.

É possível concluir que a tensão, como produto das disputas sobre o modo de produção do cuidado, é constitutiva do campo, e

os dispositivos atuais de promoção da saúde têm servido para induzir uma reestruturação produtiva no setor, marcada principalmente por novos modos de organização do trabalho, incorporação de novas práticas e produtos direcionados a certa população mais susceptível a adoecer, tais como grupo de crônicos, recém-natos e grupos de certas patologias, como os portadores de doenças oncológicas.

Há, portanto, uma mudança no modelo tecnoassistencial, marcada por interesses de mercado, na medida em que a motivação para incorporação de novas tecnologias de cuidado passa necessariamente pela análise do seu benefício para a operadora, como redutora de custos operacionais. Embora haja esse componente, os resultados são importantes à medida que impactam o modelo produtivo atual, para formas que aumentam o coeficiente de um dado “cuidado cuidador” a ser produzido nos beneficiários.

A prevenção e promoção à saúde compõem o arsenal tecnológico constitutivo da integralidade na assistência à saúde e, por isso, é componente fundamental para que ela se realize como diretriz operacional e se institua definitivamente como parte de determinado modelo tecnoassistencial.

No entanto, observou-se que o modelo de assistência praticado na saúde suplementar ainda é marcado pela hegemonia médica e atos assistenciais produzidos pelo ato prescritivo, formando assim um modelo mais voltado à produção de procedimentos. Nota-se uma tensão importante para reduzir esse perfil, e as atividades de promoção e prevenção, no contexto da integralidade na saúde, são nucleares para a mudança das atuais práticas de cuidado.

Resulta do modelo de assistência praticado a forma de apropriação e inclusão de propostas de práticas de promoção e prevenção, através da constituição de ações denominadas de medicina preventiva, sem análise crítica do que esse campo representa e seus limites.

Observa-se, por outro lado, que a tensão para mudar o perfil assistencial na saúde suplementar esbarra num conceito usual no meio, segundo o qual a prevenção se faz através de exames. Isto é, é mais um *locus* de realização de procedimentos, contrariando seu sentido e reduzindo a integralidade a uma lógica instrumental apenas. Essa é uma importante disputa a ser realizada no território de discussão, movida pela idéia geral da promoção e prevenção,

contextualizadas pela integralidade como dispositivos da reestruturação produtiva na Saúde Suplementar.

Avalia-se que as novas diretrizes de promoção e prevenção à saúde, que perpassam os modelos assistenciais nas operadoras, muitas vezes não são suficientes para alterar o perfil tecnológico das práticas profissionais. Estas permanecem centradas no velho modo de produção – isto é, centradas nas tecnologias duras e leve-duras, na lógica instrumental e menos nas relações. Por esses motivos, principalmente, avalia-se que as atividades de promoção e prevenção à saúde, embora tenham produzido importantes mudanças e tenham avançado no coeficiente de integralidade presente no âmbito da produção do cuidado, se dão ainda nos marcos de uma reestruturação produtiva, ou seja, são mudanças ainda no contexto do modelo hegemônico.

Referências

- AYRES, J. R. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portaltv4/site/noticias/noticia_24758.asp?secao=Home. Acessado em: 7 jul. 2007a.
- _____. *Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos*. Rio de Janeiro: ANS, 2006a.
- _____. *Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005.
- _____. *Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, 2006b.
- _____. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portaltv4/site/noticias/noticia_24788.asp?secao=Home. Acessado em: 18 jul. 2007b.
- BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.
- CAMPOS, G. W. S. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- _____. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad. Saúde Pública*, v. 14, n. 4, p. 863-870, out. 1998.
- _____. *Reforma da reforma, repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- CAVALCANTE, A. P. Avaliação dos Programas de Promoção e Prevenção na Saúde Suplementar, apresentados e aprovados pela ANS e apresentação de experiências que obtiveram êxito. IN: SEMINÁRIO NACIONAL DE PROMOÇÃO À SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS NO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 3., 2006, Rio de Janeiro. *Anais...* Brasília: ANS, 2006.
- CECCIM, R. B. Equipe de Saúde: a perspectiva *entre-disciplinar* na produção dos atos

- terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004. p. 259-278.
- CECILIO, L. C. O.; MERHY, E. E. *A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar*. Campinas: Unicamp, 2003.
- CHOR, D. Saúde pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea. *Cad. Saúde Pública*, v. 15, n. 2, p. 423-425, abr. 1999.
- COELHO, K. S. C. Política de indução das ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na Saúde Suplementar. IN: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE, 5., 2007, Salvador. *Anais...* Rio de Janeiro: Abrasco, 2007.
- COELHO, K. S. C. *et al.* Diretrizes de indução de ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças no setor suplementar. IN: OFICINA DE MONITORAMENTO DOS PROGRAMAS DE PROMOÇÃO À SAÚDE E PREVENÇÃO DE RISCOS E DOENÇAS. Rio de Janeiro: ANS, 2007.
- CZERESNIA, D. Ações de promoção à saúde e prevenção de doenças: o papel da ANS. IN: FÓRUM DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2003. Mimeo.
- DONNANGELO, M. C. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1976.
- FERREIRA, A. L. *et al.* A avaliação como instrumento de gestão: o componente institucional do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar. IN: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE, 5., 2007, Salvador. *Anais...* Salvador: Abrasco, 2007.
- FRANCO, T. B. *Atenção domiciliar na saúde suplementar: modelagens a partir das experiências correntes*. Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro: UFF, 2007.
- _____. *Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde: um olhar a partir do cartão nacional de saúde*. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003b.
- GONÇALVES, R. B. M. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- GUIZARDI, F.; PINHEIRO, R. Cuidado e integralidade por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004. p. 21-36.
- JORGE, A. Regulação da atenção à saúde e a mudança de modelo de atenção na saúde suplementar. IN: SEMINÁRIO NACIONAL DE PROMOÇÃO À SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS NO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 3., 2006, Rio de Janeiro. *Anais...* Brasília: ANS, 2006.
- LUZ, M. T. *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal; 1981. p. 50-51.
- MÁLTA, D. C. *et al.* Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 2, p. 433-444, 2004.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p. 39-64.
- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71-112.
- _____. *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 19-40.
- MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Reestruturação produtiva em saúde. In: *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: EPJV/Fiocruz, 2006. p. 225-230.
- PINHEIRO, R. *et al.* Novas práticas de gestão especializada e a construção da integralidade no SUS: notas sobre a experiência da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde. In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. (Org.). *Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Casa da Palavra, 2002.
- PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da Integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS -UERJ, 2001. p. 65-112.
- PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; SILVA JÚNIOR, A. G. A integralidade na atenção à saúde da população. In: MARINS, J. J. N. *et al.* (Orgs.). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 269-284.
- PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes, práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003. p. 7-34.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004.
- _____. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes, práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003.
- _____. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade no cuidado e na atenção à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.
- PIRES, D. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. São Paulo: Annablume; 1998.
- PORTER, M. P. Apresentação da experiência da operadora de planos de saúde americana Kaiser na implementação das ações de promoção à saúde e prevenção de doenças. IN: SEMINÁRIO NACIONAL DE PROMOÇÃO À SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS NO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 3., 2006, Rio de Janeiro. *Anais...* Brasília: ANS, 2006.
- REIS, A. Política de indução da promoção à saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar: diretrizes e estratégias. IN: SEMINÁRIO NACIONAL DE PROMOÇÃO À SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS NO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 3., 2006, Rio de Janeiro. *Anais...* Brasília: ANS, 2006.
- SCALERCIO, G. S. Implementação da política indutora de ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças no setor suplementar brasileiro: desafios e perspectivas. IN: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE, 5., 2007, Salvador. *Anais...* Salvador: Abrasco, 2007.
- SILVA JUNIOR, A. G.; MERHY, E. E.; CARVALHO, L. C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003. p. 113-128.

SOUZA, G. A. *et al.* Monitoramento e avaliação dos programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças da saúde suplementar. IN: OFICINA DE MONITORAMENTO DOS PROGRAMAS DE PROMOÇÃO À SAÚDE E PREVENÇÃO DE RISCOS E DOENÇAS. Rio de Janeiro, 2007.

2.3. Aspectos do direito à saúde na Saúde Suplementar a partir das relações entre campo jurídico e campo jornalístico

MÔNICA CARVALHO
ROSENI PINHEIRO
ALEXANDRE MIGUEL FRANÇA
FELIPE DUTRA ASENSI

A questão do direito associada à saúde remete ao movimento sanitário brasileiro, cuja concretização se encontra na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, na qual a saúde emerge como um serviço de relevância pública, dotado de eficácia imediata, logo, com caráter fortemente social (PINHEIRO *et al.*, 2005).

Para materializar o direito à saúde, esta Constituição firmou alguns princípios que norteavam sua atuação e garantiam a efetividade de seu texto. Isso ocorreria com a institucionalização de um Sistema Único de Saúde (SUS), cuja responsabilidade sanitária pela formulação e implementação das ações de saúde nos níveis de complexidade envolve as três esferas de poder – Executivo, Legislativo e Judiciário. Assim, esses princípios passam a ser vistos como normas jurídicas abertas, permeadas de valores e diretrizes (BARROSO, 2005), que permitem a adequação do sistema constitucional à realidade social sem necessidade de constantes alterações legislativas (SARMENTO, 2003). Tais princípios, dentre os quais se destaca o *princípio da integralidade*, passam a orientar toda a política de Estado na saúde.

Quanto à Saúde Suplementar, de acordo com o artigo 199 da Constituição, a “assistência à saúde é livre à iniciativa privada” (BRASIL, 1988). Assim, para além da saúde no âmbito público, é possível que também haja oferta de serviços privados de saúde à qual se denominou *saúde suplementar*. Saúde suplementar apresenta a idéia de complementaridade e não de sobreposição, o que demonstra que

suas práticas devem estar em consonância com o que é preconizado pelos princípios e diretrizes do SUS.

No entanto, em função da institucionalização das organizações que fazem parte dos serviços de saúde suplementar, assim como de suas competências, similaridades e das regras por ela adotadas, a Saúde Suplementar acaba se constituindo como um *campo* (SELZNICK *apud* VIEIRA; VILARINO, 2004, p. 3). Enquanto tal, ele tem a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) como órgão regulador e fiscalizador das operadoras de planos de saúde, dos prestadores de serviços médicos e suas relações com os usuários desses planos.

Mas, o que seria *campo*? Segundo Bourdieu (2001), o campo funciona como um microcosmo. Isto significa que ele se estrutura como um pequeno universo constituído por regras, lei ou *nomos* e lógica interna de funcionamento, expressas explícita ou implicitamente, sendo muitas delas dificilmente percebidas pelos que não têm uma posição específica no campo. Ao definir campo como um microcosmo, este pressupõe uma ordem interna e certa autonomia. Porém, tal autonomia é relativa, pois há sempre relações de um campo com outro(s), e essa autonomia pode ser “medida” a partir de uma maior ou menor dependência de um campo em relação a outro(s) campo(s).

É neste contexto que, a partir dos nexos e mútuas influências entre os campos jurídico e jornalístico, podem-se observar certos aspectos do direito à saúde no âmbito da Saúde Suplementar, que estão relacionados ao modo de funcionamento deste campo. Tais aspectos ficaram mais evidentes após seleção e revisão sistemática de processos judiciais pertinentes ao exercício do direito à saúde na Saúde Suplementar durante os anos de 2004-2006 no Estado do Rio de Janeiro.

Nesta pesquisa, buscou-se entender como as relações entre o campo jurídico e o campo jornalístico podem interferir na constituição do direito à saúde, no modo de produção das demandas e do cuidado integral à saúde na Saúde Suplementar. Com este fim, realizaram-se entrevistas e estudo de recepção com profissionais vinculados a instâncias jurídicas, tais como juízes e promotores do Ministério Público (MP) do Estado do Rio de Janeiro, que direta ou indiretamente lidam com as demandas em Saúde Suplementar. Além deste material, incluem-se também os documentos oficiais, tais como processos jurídicos, na área da Saúde Suplementar; os discursos pre-

sentes nas peças jornalísticas utilizadas no próprio estudo de recepção, e as entrevistas e o estudo de recepção realizados com usuários de planos de saúde.

Campo jornalístico e campo jurídico

O campo jornalístico tem a particularidade de ser um campo muito mais dependente das forças externas exercidas por outros campos do que os campos de produção cultural de modo geral, o campo científico, o campo jurídico etc. Sua maior dependência se daria, particularmente, em relação ao campo econômico, mais até do que ao campo político, já que as ações no campo jornalístico se encontram extremamente vinculadas às sanções e oscilações do mercado. Contudo, o campo jornalístico não se limita à influência das forças exercidas pelo campo econômico, pois existe uma série de forças internas ao próprio campo jornalístico – explícitas ou implícitas, evidentes ou não até mesmo para muitos participantes do campo –, que também determinam de modo importante seu funcionamento (BOURDIEU, 1997).

Um aspecto a ser ressaltado é o poder de influência do campo jornalístico sobre outros campos. Logo, deve-se levar em conta o fato de que é o campo jornalístico que tem o monopólio da informação considerada legítima (fontes oficiais) (BOURDIEU, 1997, p. 103), ou seja, o “monopólio real sobre os instrumentos de produção e difusão em grande escala da informação e [...] sobre o acesso dos simples cidadãos, mas também dos outros produtores [...] ao que se chama por vezes de ‘espaço público’, isto é, à grande difusão” (BOURDIEU, 1997, p. 65).

Por este motivo, e por ser um universo que se encontra cada vez mais determinado pela lógica comercial, o campo jornalístico também impõe suas próprias limitações internamente e aos outros campos, não raro influenciando ações e tomadas de decisões em outros espaços. Isto fica muito evidente quando os veículos noticiosos tratam exaustivamente de alguns assuntos jurídicos de destaque ou de temas políticos considerados importantes, dando veredictos ou se valendo do lugar de porta-vozes de uma suposta opinião pública. No dizer de Bourdieu (1997, p. 82-92), muitas vezes eles exercem uma função de “bombeiro incendiário” ou se apóiam numa suposta fun-

ção de juiz ou de justiceiro, para dar cabo de situações há muito pendentes judicialmente.

Outro aspecto relevante é que “as desgraças e as reivindicações devem exprimir-se mediaticamente para vir a ter uma existência publicamente reconhecida e ser, de uma maneira ou de outra, levada em conta’ pelo poder político” (CHAMPAGNE, 1998, p. 75) e por outros poderes aos quais os temas se relacionem, tal como o jurídico. No caso da política, há o exemplo dos eventos estudantis de Vaulx-en-Velin, subúrbio da cidade de Lyon, que culminaram com a criação do Ministério da Cidade (BOURDIEU, 1997). Quanto ao aspecto jurídico, podem-se citar os programas onde se pretende “fazer justiça”, tal como o “Linha Direta”, da TV Globo (Brasil), e programas de auditório em que o apresentador é capaz de colocar, por exemplo, um marido traído diante da mulher e seu amante e julgá-los com o apoio de uma platéia, que reage à emoção e ao cenário-tribunal representado diante das câmaras, espetáculo comum na televisão norte-americana.

Diferentemente do campo jornalístico, o campo jurídico demonstra possuir mais autonomia. Em grande parte, essa pretensa autonomia se consolida a partir da criação ou invenção do direito pelos juristas. Para Bourdieu (2005), o veredicto seria um compromisso político firmado no processo com o jurista, que atua como uma espécie de terceiro mediador entre as partes demandantes. No entanto, tal compromisso político se reflete nas lutas internas do próprio campo jurídico, onde profissionais manipulariam de maneira desigual os recursos jurídicos disponíveis, com a decisão a basear-se mais em atitudes e no capital simbólico dos profissionais do que em normas puras do direito. Essas disputas se destinam à manutenção do poder dentro do campo e opõem: (a) os profissionais que pretendem manter seu poder e que, para isso, buscam maior normalização, segurança jurídica e uma pretensa universalidade das decisões, numa lógica de conservação em que “o porvir será a imagem do passado” (BOURDIEU, 2005, p. 245) aos (b) profissionais que pregam uma mudança nos padrões e defendem um maior papel criativo da jurisprudência, por exemplo, buscando também a dominação do campo.

Dentro dessa lógica interna de disputa no campo, Bourdieu afirma que, no direito, cria-se um mecanismo de retroalimentação ou *feedback*. Ou seja: na divisão entre os chamados profissionais do di-

reito e os profanos,¹ cabe aos primeiros o poder de revelar os direitos e, conseqüentemente, as injustiças, inacessíveis aos últimos. Assim, o direito estabelece suas próprias demandas e aumenta seu próprio mercado. Com isso, os profissionais determinam o que pode ser dito e o que deve entrar no campo jurídico de acordo com os interesses dominantes no campo. A isto Boaventura de Sousa Santos (2005, p. 84) acrescenta:

A elevada codificação lingüística e semântica da informação em circulação fez com que ela se tornasse incomunicável para além do circuito institucional-profissional. Foi assim que os tribunais e a atividade judicial se transformaram na mais esotérica das instituições e atividades estatais da modernidade.

Para além das diferenças entre os campos jornalístico e jurídico, e da influência que ambos podem exercer mutuamente, ressaltam-se algumas características que são comuns a ambos. Tais características estão presentes, sobretudo, nos efeitos da linguagem e nos discursos produzidos nos dois campos. Assim, Bourdieu destaca o *efeito de neutralização* e o *de universalização*. No primeiro caso, os discursos apresentam-se como neutros e impessoais, e no segundo trata-se do uso de recursos que levam à generalização, onitemporalidade e de certo consenso acerca das questões debatidas (BOURDIEU, 2005, p. 215-6).

No entanto, se de um lado o campo jurídico utiliza retórica menos acessível ao vulgo, de modo a constituir-se como uma instância separada e independente e, portanto, com condição e legitimidade para decidir sobre a questão do direito, de outro, no campo jornalístico o movimento retórico mostra-se diferentemente. Isto porque, neste caso, a partir da linguagem jornalística se tenta promover uma identificação do vulgo pelo modo como se constrói o discurso, inclusive sobre o próprio direito.

Contudo, em ambos os campos, os efeitos de neutralização e de universalização parecem ter como função: provocar certo *efeito de verdade*, ratificar e legitimar sua função social e levar à *adesão dos profanos*. Um exemplo que deixa esta questão mais nítida é quando alguns julgamentos nos tribunais se tornam públicos através da televisão. Nestes casos, percebe-se como os dois campos utilizam os recursos e linguagens um do outro, de modo a produzir esse efeito de verdade.

Outro aspecto importante é o conceito de *fato* no campo jurídico e no campo jornalístico. No campo jurídico, o fato seria um produto da construção jurídica, já que é necessária “uma verdadeira retradução de todos os aspectos do ‘caso’” (BOURDIEU, 2005, p. 230). No campo jornalístico, por mais que seja fruto de uma tradução realizada pelo jornalista, o fato é expresso como se fora um dado, como se o jornalista apenas o tivesse tornado público. Portanto, o fato no jornalismo é apresentado como algo que tem existência própria, um *em si* independente de quem o traduz como notícia. Daí haver no jornalismo – em especial no jornalismo brasileiro – a noção de neutralidade, que acaba por refletir-se numa aparente inexistência de posição política por parte dos veículos de comunicação. No Brasil, isto é mais evidente em época de eleições, pois são raros os veículos que apóiam abertamente algum candidato.

Relações com o campo jornalístico segundo o campo jurídico

A partir de depoimentos e textos fornecidos por juízes e juristas, Rocha (2003, p. 6) afirma que, para esses profissionais, os *media* transmitem “informações superficiais, falseadas e mesmo errôneas, algumas vezes por desconhecimento da lei e da organização interna dos tribunais, e outras vezes por terem seus agentes em mente outros interesses, de natureza inconfessável”. No Judiciário também haveria um descontentamento em relação aos *media* e alguns indivíduos chegam a vê-los de forma “ameaçadora”. Segundo o autor, esta ameaça pode-se justificar no modo como os cidadãos vêm a justiça no Brasil. Assim, ele cita uma pesquisa realizada em 1998 em São Paulo, na qual em uma amostra de 200 entrevistados das classes A, B, C, D e E,

à pergunta “quem mais ajuda a fazer justiça para a maioria dos brasileiros?”, 84% dos entrevistados indicaram a mídia, restando ao Judiciário 10%, às Associações 4% e ao Governo 2% das indicações (GROTTERA *apud* ROCHA, 2003, p. 7).

Ao citar esta mesma pesquisa, Alzira Alves Abreu (2003) também destaca que, entre a população pobre, “os jornalistas são identificados [...] como protetores e como mais confiáveis do que a polícia e o Judiciário”. A autora complementa:

Alguns estudos já indicam que os jornalistas, como profissionais da informação, se comportam como cidadãos acima de todos os outros, acima da justiça e das leis. Eles denunciam as injustiças e o não-funcionamento das instituições, conduzem investigações que dão visibilidade a comportamentos não-aceitos socialmente e, ao lado disso, comportam-se como justiceiros. A função justiceira que a imprensa vem assumindo é concedida pela própria sociedade e, segundo Falcão (1995: 6), ela é fruto de um pacto “entre o leitor carente por justiça, o Judiciário incapaz de atender às demandas e a imprensa vitoriosa na sua maior reportagem investigatória: o caso Collor”. (ABREU, 2003, p. 10).

Esta concessão também pode ser observada nos discursos dos membros do campo jurídico que participaram do estudo de recepção, tal como o promotor do Ministério Público (MP) abaixo:

Então, eu acho que o trabalho da mídia é fundamental, um trabalho muito importante. Eu falo que *se não fosse a mídia nosso trabalho não se transformaria em realidade*. Primeiro que o MP não é o titular do direito, não é dono do direito. A gente vai à justiça defender o direito da coletividade. Então, se a coletividade não souber do resultado, como é que ela vai poder exercer aquele direito? Como é que ela vai poder denunciar que a decisão, que o direito tá sendo violado? Então a mídia cumpre esse papel de divulgar a conquista. (recepção 2, promotor de justiça) [destaque nosso].

No destaque, observa-se que esse agente do campo jurídico nos dá a entender que o exercício do direito pela sociedade se dá na medida da divulgação pública dos resultados do trabalho do MP, como se a validade do trabalho dessa instância jurídica estivesse atrelada à visibilidade que se pode conferir ao mesmo trabalho. No entanto, neste caso, é preciso dizer que se trata de um agente do campo jurídico que utiliza os *media* também em benefício próprio, de modo a divulgar o que realiza no exercício de sua função. Sua *adesão* ao campo jornalístico, em especial aos grandes veículos informativos, é explicitada durante o estudo de recepção, quando diz colocar-se disponível a todos os jornalistas que o procuram e ao reclamar da atuação da assessoria de imprensa do próprio MP.

Na verdade, o MP deveria fazer isso [trabalhar com os *media*] independente de qualquer coisa. Deveria ter, como tem, uma assessoria

de imprensa pra tomar conta dessa parte, da relação dos promotores com a mídia. Mas o órgão de assessoria de imprensa aqui se tornou um órgão muito político, no sentido de divulgar as iniciativas do procurador-geral ou das coisas que ele entende [como] importante[s]. Então, apesar da minha ser uma das promotorias mais atuantes de todo o MP, nenhuma ação, conquista minha você vai achar divulgado oficialmente, ou seja, pela assessoria de imprensa. (recepção 2, promotor de justiça).

Portanto, apesar de tratar-se de função pública e de o MP ter como objetivo a defesa de direitos coletivos, posto que não advoga em benefício de indivíduos em particular, os veículos de comunicação, além de darem visibilidade ao MP enquanto instituição, são utilizados para alavancar a imagem pessoal de certos agentes no interior do próprio campo jurídico. Isto porque, como explica Bourdieu (1997, p. 116):

O campo jurídico não é o que acredita ser, isto é, um universo puro de todo comprometimento com as necessidades da política ou da economia. Mas o fato de que consiga fazer-se reconhecer como tal contribui para produzir efeitos sociais inteiramente reais e, em primeiro lugar, sobre os que têm por profissão dizer o direito.

No entanto, Bourdieu pergunta-se a seguir:

Mas o que será dos juristas, encarnações mais ou menos sinceras da hipocrisia coletiva, caso se torne de notoriedade pública que, longe de obedecer a verdades e a valores transcendentais e universais, eles são trespassados, como todos os outros agentes sociais, por restrições como as que exercem sobre eles, subvertendo os procedimentos e as hierarquias, a pressão das necessidades econômicas ou a sedução dos sucessos jornalísticos?

Todavia, mais que certa adesão ao campo jornalístico, na fala do promotor supracitado encontram-se outras noções interessantes, que podem nortear nossa compreensão sobre as disputas entre os dois campos. De um lado, existe a atuação institucional e “política” do órgão de comunicação oficial do MP e, pelas bordas do próprio campo jurídico, a atuação pessoal de um de seus agentes de modo a obter visibilidade pessoal e, assim, colocar-se na disputa pelo poder, internamente em seu próprio campo. Isto, inclusive, também foi

observado por Rémi Lenoir (1994), ao analisar as relações entre o campo jurídico e o campo jornalístico na França.

Nesse contexto, os *media* podem ficar sujeitos aos comunicados oficiais institucionais do campo jurídico e à relação de confiança com o promotor enquanto fonte. Porém, com a adesão de um de seus agentes, ganha a possibilidade de também utilizar o discurso autorizado do promotor de modo a viabilizar opiniões políticas de agentes do próprio campo jornalístico.

A relação de poder entre justiça e *media* é feita de interesses materiais e mercantis ideológicos, institucionais, profissionais, bem como de convicções e de valores. De fato, no jogo de espelhos entre a justiça e os *media*, a justiça não existe por si só, ela é “uma realidade socialmente construída”. Este trabalho de construção social é, assim, favorecido pelas funções sociais atribuídas às duas partes: escrever ou mostrar as epopeias da sociedade no seu cotidiano pelos *media*, cumprir os rituais necessários, gerir o simbolismo indispensável para a coesão do grupo social e a sua perpetuação para a justiça. (COMAILLE *apud* SANTOS, 2005, p. 102).

Acerca da ameaça representada pelos *media*, presente entre os juízes e juristas entrevistados por Rocha (2003), pode-se destacar o discurso de um juiz também sujeito no estudo de recepção. Ao ser perguntado se considerava haver participação dos *media* na construção do direito, ele responde:

Existe, porque a *informação é sempre bem-vinda*. O que não pode é *informação direcionada* [politicamente], mas é impossível ter *informação que não seja direcionada*. Os maiores meios de comunicação, todos eles direcionam. Mas o que acontece? Quanto mais a gente lê, menos está susceptível a ser direcionado. Quer dizer: determinado jornal só vai, abre aspas, fazer minha cabeça, fecha aspas, se eu não tiver uma gama de conhecimento suficiente e que me deixe ser conduzido. Por isso que a mídia, ela é muito perigosa pra quem tem pouco conhecimento. Quem tem somente determinado jornal televisivo como fonte de informação, somente ele, tá mais susceptível a ser conduzido. Isso se dá no plano não perceptivo. No jornalismo, fiz dois anos de jornalismo, a gente aprende isso. (recepção 1, juiz) [destaque nosso].

Os *media* ameaçam sobretudo porque são vistos como ambivalentes.

Eles têm importante função social admitida por agentes do campo jurídico, pois trabalham com a informação, produto cujo valor lhes parece indiscutível, já que a “informação é sempre bem-vinda”. No entanto, este mesmo valor se torna discutível, na medida em que se observam sempre certa intencionalidade e opinião políticas por trás da divulgação das informações. No entanto, é necessário destacar que este sentimento de ameaça pode ser bem menor quando o indivíduo do campo jurídico tem relação mais amigável com os *media*. Como já se viu, isto pode denotar também certo interesse pessoal/profissional na visibilidade que os *media* oferecem.

[Que sentimento um usuário pode ter ao ver essa matéria?] Esperança, credibilidade. O que acontece? O Poder Judiciário, por exemplo, a gente sofre muito. [esperança, credibilidade no Poder Judiciário?] não, não, no sistema, no sistema. Aí eu dou um exemplo do Poder Judiciário. Muitas vezes a imprensa, parece questão política, ela pega o Judiciário pra questionar e bater. Tudo bem. Passa ao usuário que o sistema Judiciário é moroso, não funciona, o Poder Judiciário especificamente, que as decisões não são cumpridas, uma série de aspectos negativos. Quando acontece alguma coisa de positivo isso não é noticiado, você não vê no jornal, entendeu? (recepção 1, juiz).

Então as pessoas não querem ter essa disponibilidade, mas eu acho que é importante. Então acabei que meu celular, todo mundo, todo mundo liga. Às vezes é chato, né, porque atrapalha mesmo, mas, enfim, por outro lado, me livro de depender dessa assessoria de imprensa [do MP]. (recepção 2, promotor de justiça).

Outro aspecto observado no estudo de recepção refere-se à superficialidade das informações divulgadas através dos veículos, em particular o veículo de onde se extraíram as notícias utilizadas no estudo. Isto é uma tendência já observada por Rocha (2003). Mas também parece haver a idéia de que, embora a informação seja superficial, ainda assim ela “é melhor que nada”, pois a visibilidade que se dá aos temas relacionados ao exercício do direito pode ser vista como um estímulo para que as pessoas confiem no sistema jurídico e até solicitem seu apoio.

A rede de televisão da qual se colheu os vídeos é sempre muito superficial. [pausa]. Então é interessante porque abre ao usuário uma expectativa que ele não tinha. [...] aquela pessoa que tá em casa e vê uma reportagem dessas se sente estimulada a ir a um

PROCON, Defensoria Pública, a procurar um advogado, enfim. [...] nesse aspecto é muito interessante, mas ela não vai no ângulo da questão. (recepção 1, juiz).

No estudo realizado com este mesmo juiz, foi possível saber que nas relações que se estabelecem no interior do campo jurídico, há na Internet um grupo de discussão dos magistrados. Nesse grupo, entre diversos temas, discutem-se assuntos publicados nos meios de comunicação que afetam direta ou indiretamente a Justiça, além de questões relacionadas com o modo como o campo jurídico ganha visibilidade nos meios de comunicação.

Hoje, nós temos um correio internet, como o *Orkut*, só que interno dos magistrados. E [...] teve um determinado jornalista que eu esqueci o nome, [...] um articulista de jornal, que dias atrás “sentou o sarrafo” no Judiciário. E, logo em seguida, [precisou de uma autorização de viagem para os filhos] foi até o fórum [...], foi atendido prontamente, apresentou lá a justificativa, mostrou o que tinha. O juiz deu uma decisão e ele conseguiu embarcar. Esse mesmo jornalista que “malhou” o Judiciário não escreveu uma linha “ó, funciona o Judiciário”.

Isto pode significar que, independentemente de os membros do campo jurídico não admitirem verbalmente que existam influências do campo jornalístico, pode-se verificar que o campo jurídico é, sim, afetado pelo campo jornalístico, pelo modo como ele é mostrado através dos *media*. No caso do juiz acima, observou-se forte resistência em admitir que os meios de comunicação o afetam, de alguma forma, em suas decisões, no exercício de sua função. Isto indica que, embora, segundo Bourdieu, se possa afirmar que o campo jurídico é mais autônomo que o campo jornalístico, este último ainda detém o domínio das técnicas, aparatos e linguagem necessários a tornar efetivamente públicos os discursos pertencentes a outros campos, inclusive os do campo jurídico. Assim, vê-se que o papel dos *media* é dos mais estratégicos, não apenas por sua competência em anunciar e tornar visível a relação direito-*media*, “mas também, ao mesmo tempo, pelo fato de os processos de construção de inteligibilidade sobre esta relação dependerem gradativamente das práticas das mídias e de seus respectivos efeitos de sentido” (FAUSTO NETO, 1999, p. 21).

Na relação entre os dois campos, portanto, repara-se um certo nível de *stress comunicacional* (SANTOS, 2005, p. 86). Ou seja: um *stress* específico ligado às diferenças de critérios sobre o que é informação relevante ou irrelevante nos campos jurídico e jornalístico, e que pode levar à sujeição de indivíduos do primeiro a critérios e linguagens do segundo.

O dilema neste *stress comunicacional* é que, mesmo quando os operadores do direito contestam os critérios dos *media*, acabam por se render a eles, quanto mais não seja porque a linguagem da contestação tem de ser a linguagem comum com que os meios de comunicação social os confrontam. (SANTOS, 2005, p. 86).

Esse *stress comunicacional*, além de interferir diretamente no modo de dizer o direito, também pode levar os *media* a se constituírem como instância capaz de realizar o próprio direito.

Direito do cidadão e direito do consumidor: o paradoxo da integralidade na efetivação do direito à saúde

Ao investigar as concepções acerca do direito na área da Saúde Suplementar nos discursos dos atores que compõem os campos em análise, percebe-se que há uma tendência a tratar o direito à saúde enquanto direito do consumidor, o que é muito comum nos discursos no campo jurídico, de usuários dos planos de saúde, assim como nas notícias utilizadas na pesquisa. Isto porque, numa primeira análise, no contexto da saúde suplementar, a saúde é considerada um serviço prestado mediante pagamento. Entretanto, a maior parte dos entrevistados, tanto membros do campo jurídico, como usuários de planos de saúde, pareciam pouco à vontade ou desconfortáveis em tratar a saúde segundo uma óptica meramente do consumo. Assim, o que, a princípio, poderia ser apenas da ordem do consumo, mostra-se com “algo a mais”, dadas a seriedade e a fundamentalidade da vida.

Esse desconforto ficou evidente nos momentos em que os entrevistados expressaram mais preocupação com questões como vínculo, atendimento integral e cuidado. Dessa maneira, o direito à saúde é associado com os termos *prioridade, atendimento gratuito, bem da vida, Estado*, ao mesmo tempo em que o direito do consumidor é caracterizado como algo que deveria ser mais fácil de se exercer, como

lugar em que existiria certa paridade nas relações, prestações equivalentes, mutualidade.

Bom, o serviço privado de saúde é prestado num contexto de relação de consumo, que é definida, eu creio, como uma relação em que se presta um serviço mediante remuneração [...]. (entrevista 2, promotor de justiça).

Eu entendo a saúde suplementar, na verdade, como uma forma do poder público resolver as deficiências dele na prestação do serviço de saúde. Agora, volto a repetir, pra mim é um direito fundamental e deve ser interpretado dessa maneira, [...] pelo *viés hermenêutico constitucional*, [...] máxima efetividade do direito à saúde. (entrevista 1, promotor de justiça) [destaque nosso].

Vê-se que, embora o direito do consumidor seja associado à saúde de forma direta, no sentido de se conseguir maior efetividade desse direito ou de forma a deduzir pretensões no Poder Judiciário, tal associação parece criar desconforto nos entrevistados, principalmente pelo fato de ser a saúde considerada um direito fundamental na Constituição. Assim, o tratamento prioritário dado à saúde, segundo interpretação da Constituição, fica explícito na noção de “*viés hermenêutico constitucional*”, presente na fala do segundo promotor. Isto porque este viés significa, segundo o promotor, que a interpretação do direito à saúde na Saúde Suplementar, mesmo em se tratando de um direito do consumidor, deve se fazer à luz do disposto nas normas constitucionais, seguindo, portanto, os princípios e normas orientadoras dos direitos fundamentais e da saúde pública.

É possível, ainda, identificar esta questão na análise de uma decisão judicial em ação movida por um usuário de plano de saúde, no sentido de obrigar que o plano autorizasse a realização de determinado exame. Na decisão proferida pelo juiz, é possível observar como a saúde é tratada como um direito fundamental e, mais tarde, por uma estratégia jurídica, é interpretada como direito do consumidor, de forma a legitimar uma decisão favorável ao usuário. Isto se dá em função da visão mercantil sobre a saúde e que é reforçada pelos planos de saúde, quando se preocupam mais com cifras, lucro e prejuízo em detrimento do atendimento que considere a integralidade das ações curativas, preventivas e de promoção da saúde.

De se ressaltar que o contrato firmado entre as partes é dotado de características especiais, porque visa [a] proteger a saúde, sendo que, diante da realidade brasileira assume especial relevância, haja vista a falência estatal no tocante à prestação de assistência médica pública satisfatória.

Além disso, a recusa (fls. 20) na concessão da autorização fundada na existência de cláusula contratual limitativa da quantidade do exame já mencionado não pode ser admitida, uma vez que a limitação ou restrição como a destes autos a tratamentos hospitalares necessários à recuperação da saúde do paciente contraria legítima expectativa do consumidor ao contratar, restringindo o direito fundamental inerente à própria natureza do contrato de proteção à saúde, rompe o equilíbrio da relação contratual e cria desvantagem exagerada para o consumidor. (processo de oncologia de L. M.).

Walzer (2003) critica essa visão da saúde a partir do consumo, que fundamenta esta realidade política e jurídica que transforma a saúde em mercadoria. A partir de sua teoria sobre a *igualdade complexa*, ele considera a saúde como um bem importante demais para ser distribuído de acordo com a capacidade de pagamento pelos que dela necessitam.

No mercado da saúde privada no Brasil predomina a renda do indivíduo, em detrimento de sua condição de cidadão: possuem planos de saúde 70,6% dos que recebem 20 salários mínimos, percentual que cai para 2,6% dentre os que ganham valor inferior a um salário mínimo. Além disso, é possível constatar uma relação direta entre acesso a médicos e poder aquisitivo, pois apenas 49,7% das pessoas de renda inferior a um salário mínimo procuraram médicos nos últimos doze meses, percentual que sobe para 67,2% quando se eleva a renda para a faixa de 20 salários mínimos (BRASIL, 2005). Num país que, segundo a PNAD 2004 (ROCHA, 2006, p. 1), tinha 33,2% de pobres e 8% de indigentes, num total de 71,6 milhões de pessoas, esses dados revelam a importância de se investigar que tipo de direito à saúde toma forma no contexto dessa lógica de mercado. Ainda segundo a mesma lógica, importa ressaltar as fortes pressões do mercado para ampliar o consumo de bens e serviços de saúde, o que geraria falsas necessidades de saúde e, conseqüentemente, um também falso direito à saúde (PINHEIRO, 2005).

Como forma de exemplificar a dificuldade no trato da saúde a partir do consumo num país com altos índices de pobreza, é significativo o que diz um promotor, em entrevista, ao falar dos desafios na Saúde Suplementar:

Eu acho que o maior desafio na Saúde Suplementar é mostrar pro prestador de serviço, pra essas empresas, planos de saúde, que aqui-lo ali, eu sei que eles pensam da ótica do empresariado, eu não sou alienado para não entender a ótica deles, mas eles têm que ter uma sensibilidade, porque, na verdade, eles estão exercendo uma função que é pública, né, e que isso é um direito fundamental das pessoas e que não pode ser visto apenas como uma fonte de lucro.

[...] que fique claro que eles também têm deveres e os deveres deles estão lastreados na Constituição da República. Se não tem condição de prestar dessa maneira, então não explore a atividade. (entrevista 1, promotor de justiça).

Assim, verifica-se a grande tensão que se estabelece quando se trata saúde e equilíbrio econômico das empresas como se fossem questões comparáveis ou mesmo que pudessem ser sopesadas. Em muitos casos, essa comparação contribui para reproduzir e reforçar concepções mercantis sobre o direito à saúde. Assim, quando o direito à saúde é confundido com o pagamento, a saúde deixa de ser um direito universal e torna-se direito acessível apenas aos que têm possibilidade de consumo, tal como afirma um usuário de plano de saúde em entrevista.

Direito à saúde? É complicado. Eu tô respondendo por mim. É no caso ter direito àquilo que você paga. Eu pago plano de saúde que não cobre internação. Eu tenho direito só àquilo, não tenho direito à internação.

A ausência de distinção entre direito do cidadão e direito do consumidor também é reforçada nas notícias utilizadas na pesquisa. Destacam-se as que são da coluna “Direito do Cidadão”, do RJTV, telejornal da tarde na TV Globo, que trata das notícias locais da região do Grande Rio.

O Código de Defesa do Consumidor mudou a vida de quem compra um produto ou paga por um serviço e fica insatisfeito. Toda quarta-feira, o RJTV vai mostrar exemplos de cidadãos que lutam

por seus direitos e dar os caminhos que ajudam o consumidor. Hoje vamos conhecer melhor o Procon. (27/04/2005, RJTV, “Defesa do Consumidor”).

Boa parte da população se esforça para pagar um plano de saúde, na tentativa de garantir atendimento médico. Mas nem sempre isso acontece. Na coluna *Direito do Cidadão*, alguns problemas enfrentados por *associados* que fazem planos em grupo e os cuidados importantes para quem vai assinar um contrato desse tipo. (23/11/2005, RJTV, “Problemas com planos”).

Planos que fecham, exigências que surgem na hora em que o *consumidor* precisa de atendimento - como o *consumidor* pode evitar problemas como esses? (23/11/2005, RJTV, “Direitos dos associados”) [destaques nossos].

Através de uma fonte autorizada, um advogado, o veículo cobra da ANS algum tipo de ação de modo a defender o “direito dos usuários” dos planos que estão sem assistência.

A ANS deveria, sendo um órgão regulador, um fiel da balança entre as operadoras e os usuários, chamar para si os usuários que estão sem assistência e alocá-los em outros planos de saúde. Essa é a função da ANS: garantir o *direito do usuário*. [destaque nosso].

A partir do título da coluna e da fala dos apresentadores, observa-se uma sobreposição entre direito do cidadão e direito do consumidor. Contudo, adiante se vê a emergência da noção de “direito do usuário”, cuja defesa é apontada na direção da agência reguladora. De todo modo, nessa reportagem, *cidadão*, *consumidor*, *usuário* e *associado* são palavras usadas de modo indistinto no sentido de nomear o mesmo, ou seja, os indivíduos que têm planos de saúde. Em outra matéria (02/08/2006, RJTV, “Queixas sem fim”), menciona-se também o termo *cliente*. Dessa maneira, “direito do usuário”, “direito do consumidor”, “direito do associado” e “direito do cidadão” também aparecem como sinônimos, na medida em que não houve qualquer esforço de distinção em relação a cada uma dessas expressões.

Outro aspecto que se observa é a exaltação dos méritos do Código do Consumidor e de órgãos responsáveis pela solução de problemas nesta área, tais como o PROCON e a Defensoria Pública. Neste sentido, o veículo de comunicação em destaque afirma que

esse Código “mudou a vida de quem compra um produto ou paga por um serviço e fica insatisfeito” (27/04/2005, RJTV, “Defesa do Consumidor”), ressaltando a organização e a eficácia do serviço do PROCON, pois, mesmo que não haja solução, este órgão encaminha para outros serviços. No entanto, em outro momento (15/03/2006, RJTV, “Vitória do Consumidor”), afirma-se que “existem vários locais em que a pessoa pode buscar ajuda caso se sinta lesada, mas a Defensoria Pública é o principal caminho”.

Além disso, é dito que “o Código de Defesa do Consumidor é certamente [sic] a principal arma dos cidadãos para garantir seus direitos” (*op. cit.*). O texto pertence ao veículo e é dito pela apresentadora do telejornal no momento em que olha para a câmara, como se dissesse para o telespectador. Com isto, sugere-se um juízo de valor da emissora e uma hierarquia que aponta o código como algo que seria superior ou mais importante que a própria Constituição do Brasil. Assim, no contexto das notícias apresentadas no estudo de recepção, pode-se reparar certa ênfase na posição de consumidor, a partir da qual destacam-se normas, cobra-se por ações, denunciam-se problemas e vinculam-se instâncias que se propõem a fazer valer as regras que existem em defesa do consumidor no âmbito da Saúde Suplementar.

Considerações finais

A partir dos aspectos teóricos apresentados e da investigação sobre os nexos entre *media* e campo jurídico, pode-se destacar a significativa influência exercida pelo campo jornalístico na atuação dos profissionais do campo jurídico, bem como na construção social do direito e no entendimento daquilo que é direito pelos “profanos”. Estes, em razão da complexidade técnica da linguagem utilizada no campo jurídico, precisariam do recurso da “tradução” feita pelos *media* antes mesmo de recorrer aos profissionais especialistas. No entanto, como os *media* também sofrem influências de outros campos, notadamente do campo econômico, a construção do direito passaria também a ser influenciada por interesses mercantis.

Outra questão a ressaltar é a ausência de distinção entre direito do consumidor e direito do cidadão nos *media*, o que acaba privilegiando o aspecto do consumo no âmbito do exercício do direito. Logo, em seu discurso, a principal fonte de reivindicações e cobranças na Saúde

de Suplementar e o tratamento das questões apontadas se remetem basicamente ao contrato e não a um direito à saúde, tal como defende a Constituição brasileira. Portanto, o discurso dos *media* ratifica o que foi observado também nas entrevistas e oficinas de recepção, ou seja, a redução do direito à ordem do consumo e à relação contratual. Entretanto, apenas como forma de ponderar que essa influência mediática não é linear, deve-se salientar que, tanto entre os profissionais do campo jurídico, como entre os usuários dos planos de saúde, observou-se grande dificuldade em tratar o direito à saúde segundo uma ótica puramente do consumo.

No entanto, observa-se também o modo como os profissionais do campo jurídico exaltam os *media* como instância de grande importância no processo de construção do direito. De modo geral, não se duvida da veracidade das informações divulgadas, mas reclama-se das omissões (informa-se pouco sobre o bom funcionamento do Judiciário); superficialidades (em particular na televisão) e tendência política do veículo.

Por esse motivo, talvez, seja comum que se cobre por certa presença dos meios de comunicação entre os indivíduos do campo jurídico. Isso pode levar à exacerbação de um movimento de substituição de uma função que, a princípio, pertenceria às instâncias jurídicas. Contrariamente ao que parecem desejar os membros do campo jurídico, isso reforçaria resultados de pesquisas como a de Grottero, já citada, em que os *media* são popularmente identificados como quem mais ajuda a fazer justiça para os brasileiros, mais até que instituições pertencentes ao Judiciário.

Assim, constitui-se um paradoxo: se no interior do campo jurídico informar é visto como a principal ferramenta para conscientizar os indivíduos acerca da cidadania e da constituição do direito, quanto mais se *mediatiza* o direito, mais ele parece ficar restrito aos modelos interpretativos do campo em que é produzido, ou seja, o campo jornalístico. Embora, freqüentemente, os *media* utilizem fontes oficiais.

Nesse sentido, no âmbito da Saúde Suplementar, a ênfase no código de defesa do consumidor, além de revelar certo reducionismo da cidadania ao consumo, pode levar a uma subestimação do direito no nível constitucional. Portanto, a dimensão da integralidade se perde. Esse paradoxo se torna um problema no discurso de mem-

bros do campo jurídico, que tanto podem reduzir seu esforço para construção da cidadania à divulgação de seu trabalho nos meios de comunicação, como a uma confusão no julgamento que se faz a respeito da efetiva importância da informação.

Mais que um problema de efetividade das instâncias jurídicas, a crença na eficácia simbólica dos *media*, em sua tarefa de tornar público o trabalho realizado no campo jurídico, ou até mesmo “fazer justiça”, talvez seja um dos reflexos da atual tendência à individualização das decisões e responsabilização dos sujeitos em relação a sua própria saúde. A partir desta crença, concebem-se os *media* como instâncias que levam os indivíduos a cuidarem de si, tanto no nível da própria saúde, como em geral – segurança, defesa dos direitos etc. Assim, os *media* são considerados provedores de informação aos cidadãos e, não raro, também são vistos como capazes de sensibilizar os indivíduos a mudarem hábitos e práticas quotidianas diversas. As campanhas de saúde costumam partir desse princípio (CARVALHO, 2007). No caso do direito, viu-se o caso da pesquisa em que 84% dos entrevistados acham que os *media* são capazes de fazer justiça e o discurso de um promotor do MP ao afirmar que os *media* transformam o trabalho do MP em realidade.

Em ambos fica a idéia de que a assistência no nível do Estado é substituída por uma consultoria via *media*, em que, ao final, cada um que cuide de si. Essa dinâmica, que envolve a crença na eficácia simbólica dos *media* e visa à responsabilização dos sujeitos em relação à saúde, pode levar ao esvaziamento da função de regulação dos serviços de saúde suplementar, tarefa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Esse esvaziamento pode ser identificado pela exacerbação da informação enquanto estratégia principal de regulação, na medida em que acaba por delegar aos próprios usuários dos planos de saúde a busca da integralidade na Saúde Suplementar.

Referências

- ABREU, A. A. Jornalismo cidadão. *Estudos Históricos, Mídia*, n. 31. CPDOC/FGV: 2003/1. Disponível em: <www.cpdoc.fgv.br>. Acesso em: 26 mar 2007.
- BARROSO, L. R. *Temas de Direito Constitucional*, v. III, Rio de Janeiro: Renovar, 2005.
- BOURDIEU, P. A força do direito: elementos para uma sociologia do campo jurídico. In: _____. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005. p. 209-254.

- _____. *Meditações pascalianas*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.
- _____. *Sobre a televisão*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997. 143 p.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa Brasileira*. Diário Oficial da União 191-A, 5 out. 1988.
- CARVALHO, M. *Obesidade e pobreza na imprensa: epidemiologia de uma questão social*. 2007, Tese (Doutorado em Comunicação e Cultura) - Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.
- CHAMPAGNE, P. A visão mediática. In: BOURDIEU, P. (Coord.) *A miséria do mundo*. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 63-79.
- FAUSTO NETO, A. *Comunicação e mídia impressa: estudo sobre a Aids*. São Paulo: Hacker, 1999.
- LENOIR, R. La parole est aux juges: crise de la magistrature et champ journalistique. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n. 111-112, p. 77-84, 1995.
- PINHEIRO, R. *et al.* Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe & participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2005. p. 11-31.
- ROCHA, A. O. *Direito e jornalismo: uma convivência difícil*. Disponível em: <<http://www.mundojuridico.adv.br>>. Acesso em: 26 mar. 2007.
- ROCHA, S. Pobreza e indigência no Brasil: algumas evidências empíricas com base na PNAD 2004. *Nova economia*. Belo Horizonte, v. 16, n. 2, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-63512006000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 abr. 2007.
- SANTOS, B. S. Os tribunais e as novas tecnologias de comunicação e de informação. *Sociologias*. Porto Alegre, n. 13, p. 82-109, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222005000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 jul. 2007.
- SARMENTO, D. *Direitos fundamentais e relações privadas*. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2003.
- VIEIRA, M. M. F.; VILARINO, P. F. O campo da Saúde Suplementar no Brasil. *Revista Ciências da Administração - RCA*, v. 6, n. 11, p. 9-34, jan-jul. 2004. Florianópolis. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca>>. Acesso em: 20 jan. 2007.

Nota

¹ Esta distinção entre profissionais e profanos é feita por Bourdieu (2005), quando fala da concorrência dentro do campo jurídico pelo monopólio de dizer o direito. Nesta concorrência, agentes investidos de competência técnica e social (profissionais) têm reconhecida sua capacidade de interpretar de forma legítima as normas jurídicas. Entre eles, na luta pelo domínio do campo, existe um contínuo trabalho de racionalização do discurso jurídico, o que contribui para aumentar ainda mais a distância entre o veredicto jurídico e o que o autor define como “ingênuas intuições de equidade”, que caracterizariam os chamados profanos, ou seja, aqueles que não pertencem ao campo.

2.4. Saúde Suplementar: integralidade, contrato e mercantilização do direito à saúde

ALEXANDRE MIGUEL FRANÇA
ROSENI PINHEIRO
FELIPE DUTRA ASENSI

A Saúde Suplementar e o princípio da integralidade

O tema do direito associado à saúde remete às bandeiras de lutas do movimento de Reforma Sanitária, cuja concretização se encontra na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. A saúde emerge como um serviço de relevância pública, dotado de eficácia imediata e, por isso, com um caráter fortemente social (PINHEIRO *et al.*, 2005).

Assim, no sentido de materializar o direito à saúde, foram firmados alguns princípios, dentre os quais destacamos o da integralidade, que serve como norte de sua atuação e garantia de efetividade do texto, sendo operacionalizado por um sistema de saúde nacional, público e universal com responsabilidades nas três esferas de governo.

No que tange à Saúde Suplementar, segundo a Constituição, a “assistência à saúde é livre à iniciativa privada”. Neste sentido, para além da saúde no âmbito público, é possível que também haja uma saúde privada, chamada de saúde suplementar. Como o próprio nome sugere, a saúde suplementar traz a idéia de complementaridade, e não de sobreposição; o que demonstra que a prática de saúde suplementar deve estar, de certo modo, em consonância com os princípios constitucionais que são preconizados no SUS.

O crescimento do estudo dos princípios constitucionais pode ser encarado como uma decorrência do período pós-positivista (BONAVIDES, 1999, p. 237), através do qual se abandonam ou se relativizam o excessivo rigorismo formal e a necessidade de codificação plena do direito, passando-se a aceitar a existência de

conceitos indeterminados, apenas indicativos de caminhos ou de valores a serem observados.

Com a derrocada da crença absoluta no direito natural – que, de acordo com Luís Roberto Barroso, podia ser definida como a “existência de valores e de pretensões humanas legítimas que não decorrem de uma norma emanada do Estado” (BARROSO; BARCELLOS, 2003, p. 30), através da codificação das Constituições – surge no cenário mundial o chamado positivismo jurídico. Entretanto, com o final da Segunda Guerra Mundial e a queda dos regimes autoritários, o positivismo teve também sua decadência, passando ao período que pode ser denominado de pós-positivismo. Conforme assevera Barroso, o pós-positivismo é “a designação provisória e genérica de um ideário difuso, no qual se incluem o resgate dos valores, a distinção qualitativa entre princípios e regras, a centralidade dos direitos fundamentais e a reaproximação entre Direito e Ética” (BARROSO; BARCELLOS, 2003, p. 64).

É exatamente neste cenário político e dentro deste referencial teórico que os princípios começam a ser analisados com maior profundidade. Destes, se reconhece seu caráter normativo, que se afasta da idéia de que não possuem eficácia jurídica ou aplicabilidade direta e imediata. Foi superada, então, uma visão notadamente formalista, com ênfase nas regras e textos codificados e que dedicava aos princípios um papel apenas supletivo de regras em casos de lacunas.

Para Paulo Bonavides (1999, p. 237), os princípios são “convertidos em pedestal normativo sobre o qual assenta todo o edifício jurídico dos novos sistemas constitucionais”. Dessa maneira, as normas jurídicas passariam a ser vistas a partir de dois prismas distintos e classificadas em regras ou princípios, dependendo de seu grau de certeza ou de abstração. Quanto à diferenciação entre as regras e os princípios, nas palavras de Daniel Sarmento:

Os princípios representam as traves-mestras do sistema jurídico, irradiando seus efeitos sobre diferentes normas e servindo de balizamento para a interpretação e integração de todo o setor do ordenamento em que radicam. Revestem-se de um grau de generalidade e de abstração superior ao das regras, sendo, por consequência menor a determinabilidade do seu grau de aplicação. Ademais, os princípios possuem um colorido axiológico mais acentuado do que as regras, desvelando mais nitidamente os valores jurídicos e políticos que condensam. (SARMENTO, 2003, p. 42).

Ainda conforme esse autor, tal generalidade é imprescindível para que a pretensão de permanência das Constituições possa ser alcançada. Isto porque apenas com esse grau de abstração e caráter principiológico¹ é que as Constituições poderão evoluir e atualizar seus preceitos de acordo com as constantes mudanças que ocorrem na sociedade.

Dessa maneira, encarando os princípios como normas jurídicas abertas, permeadas de valores e diretrizes, e que permitem a adequação do sistema constitucional à realidade social sem necessidade de constantes alterações legislativas, o princípio da integralidade reveste-se de importância para organizar e orientar os saberes e práticas que sustentam a política de Estado na área da Saúde.

Os princípios constitucionais orientadores das políticas públicas de saúde devem ser observados pelos serviços de natureza estatal, sobretudo privados, na medida em que sua base jurídica constitui a saúde como direito universal. O princípio da integralidade em saúde guarda diferentes sentidos para o direito, configurando um termo polissêmico, uma “imagem objetivo”, prenhe de significados e possibilidades (MATTOS, 2001, p. 42). Assim, ao contrário de ser uma norma jurídica formal e estática, um princípio permite ser complementado, ter seu significado construído e reconstruído social e historicamente, o que dinamiza o direito e permite sua adequação às necessidades da sociedade em determinado momento.

Dito de outra forma, toda imagem objetivo é polissêmica, ou seja, tem vários sentidos. Sentidos correlatos, sem dúvida, posto que forjados num mesmo contexto de luta e articulados entre si. Mas sentidos distintos, que possibilitam que vários atores, cada qual com suas indignações e críticas ao que existe, comunguem estas críticas e, pelo menos por um instante, pareçam comungar os mesmos ideais. Mais importante do que isso, uma imagem objetivo não diz de uma vez por todas como a realidade deve ser. Ela traz consigo um grande número de possibilidades de realidades futuras, a serem criadas através de nossas lutas, que têm em comum a superação daqueles aspectos que se criticam na realidade atual (que almejamos transformar). (MATTOS, 2001, p. 42).

É exatamente dentro deste cenário de valorização e ampliação do estudo e da utilização dos princípios constitucionais que a noção liberal de contratos como lei entre as partes passa a ser relativizada.

Assim, como será discutido adiante, os princípios constitucionais começam a ser utilizados de forma a ampliar as bases contratuais, evitando abusos por uma das partes e garantindo a efetividade do direito à saúde também no setor privado.

Os contratos na saúde privada: consumidor x cidadão?

A Saúde Suplementar é regida exclusivamente pelos chamados *contratos por adesão*. Ou seja: são contratos que, dado o grande volume de contratantes, existem num formato único, restando ao usuário apenas as opções de aderir ou não, sem qualquer discussão acerca das cláusulas contratuais, o que inviabiliza qualquer tipo de participação por parte do beneficiário.

Por previsão expressa no Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/90), nesse tipo de contrato existe a possibilidade de uma intervenção mais direta do Poder Judiciário, de forma a garantir maior igualdade entre as partes contratantes. Entretanto, a construção social da integralidade é totalmente esvaziada, já que praticamente inexistente a possibilidade de participação dos usuários nesse processo. Quando muito, essa interpretação e integração dos contratos são feitas apenas *a posteriori* pelo Poder Judiciário. Para tal, este leva em consideração princípios como a “boa-fé objetiva” e a função social dos contratos.² Porém, a integração é feita já no interior do campo jurídico, através de participação dos profissionais do Direito que têm o monopólio de “dizer o direito” e da exclusão dos profanos.

Esta distinção entre profissionais e profanos é feita por Bourdieu (2005), quando este fala da concorrência dentro do campo jurídico pelo monopólio de dizer o direito. Nesta concorrência, agentes investidos de competência técnica e social (profissionais) têm reconhecida a sua capacidade em interpretar de forma legítima as normas jurídicas. Entre estes, na luta pelo domínio do campo, existe um contínuo trabalho de racionalização do discurso jurídico, o que contribui para aumentar ainda mais a distância entre o veredicto jurídico e o que o autor define como as ingênuas intuições de equidade, que caracterizariam os chamados profanos, ou seja, aqueles que não são membros do campo.

Assim, a integração acaba por determinar e reduzir a discussão do direito à saúde ao campo do Direito, excluindo a participação de

outras camadas da sociedade na construção social do direito. Isto porque, como os usuários não dominam o conhecimento das normas jurídicas nem sua interpretação – papel que, segundo Bourdieu (2005), cabe aos profissionais que atuam no campo –, a construção do direito e sua reconstrução ficam a cargo de juristas sem a participação efetiva dos usuários. Assim, a integralidade passa a ser construída de forma técnica por esses profissionais, inexistindo uma efetiva construção social do direito.

Conseqüentemente, em razão desta ausência de discussão e de certa restrição da liberdade contratual amparada pelos já citados princípios como boa-fé objetiva e função social dos contratos, o tratamento dado aos consumidores é mais benéfico. Esse tratamento mais benéfico é dado em razão de o próprio Código de Defesa do Consumidor reconhecer expressamente a “vulnerabilidade do consumidor no mercado de consumo” (artigo 4, inciso I, Lei nº 8.078), que exige uma participação estatal no mercado, sendo prevista, inclusive, a “modificação de cláusulas contratuais que estabeleçam prestações desproporcionais” (artigo 6, inciso V) prejudicando o consumidor. Ainda neste sentido, o artigo 47 preceitua que “as cláusulas contratuais serão interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor”.

Isto porque se observa que, ao mesmo tempo em que inexistente discussão contratual, praticamente inexistente também qualquer tipo de leitura desses contratos. Em primeiro lugar, pelo fato de que a impossibilidade de contrastar alguma cláusula faz com que o interesse na leitura diminua. Em segundo, porque tais contratos são formulados de forma bastante extensa (o que também dificulta a leitura) e com inúmeros termos técnicos. Ademais, os termos técnicos são duplamente difíceis de compreensão, por pertencerem, ao mesmo tempo, aos campos médico e jurídico.

Esses aspectos acabam por criar um círculo vicioso: ao mesmo tempo em que os contratos parecem feitos para que ninguém os leia, o Judiciário se mostra bastante ativo no sentido de interpretar cláusulas de forma mais favorável aos usuários e de considerar como não-escritas as cláusulas abusivas. Logo, a leitura e qualquer forma de participação ficam cada vez mais esvaziadas.

Essa ausência de participação acaba por conferir a médicos e a profissionais do campo jurídico a quase que exclusividade em dizer

o direito. Considerando que o conhecimento de direitos é requisito fundamental para sua defesa, a construção social do direito fica cada vez mais restrita a pequenos grupos, dado o não-domínio do saber autorizado, o que impossibilita a participação dos atores envolvidos na prestação do cuidado em saúde, quais sejam: o usuário, o gestor e profissional de saúde.

A apropriação da discussão do usuário para o campo jurídico, muitas vezes, dentro do Poder Judiciário, é bastante representativa de como a atuação do campo jurídico no campo político – neste caso a política de saúde – vem afetando diretamente o itinerário terapêutico dos usuários e suas avaliações e escolhas. Estes últimos passam a precisar do campo para que lhes seja “revelado” o que fazer, para que lhes seja “revelado” seu direito, como fazer para pleiteá-lo e o que é passível de crítica no caso de este não ser observado. Desta maneira, o direito e o monopólio dos profissionais acabam por esvaziar os espaços públicos de discussão e de construção de direitos, ficando os usuários dependentes do que é “revelado”, o que implica possibilidade de manipulação e construção de falsas necessidades.

Algumas dessas críticas podem ser reconhecidas nas falas dos entrevistados de nossa pesquisa, quando são perguntados acerca da utilidade dos contratos no cumprimento do direito à saúde:

[...] experiência mostra que ninguém lê cláusula de contrato nenhum. (entrevista - juiz).

Infelizmente... Existem coisas até que a gente nem sabe os direitos que a gente tem, é ou não é? [...] E os poucos que tem e procura, dificilmente é atendido. (entrevista - usuária oncologia).

[...] na verdade o contrato é um formulário, é a produção em escala que não permite a discussão, é de clausula por clausula, então eles fazem um contrato geral pra todo mundo. (entrevista - promotor de justiça).

Quando precisa é que a gente vê. (entrevista - usuária oncologia).

Como se observa, a participação e a discussão de cláusulas são negadas aos usuários no momento da contratação, já que a estes existe apenas a possibilidade de aderir ou não ao contrato e, apenas em alguns casos, como quando são judicializados os conflitos que porventura venham a surgir, são transferidas e postergadas para os médicos e para o próprio Poder Judiciário. Esta negação da discus-

são cria a dependência do cidadão – em face não somente do poder econômico das operadoras, que impõem contratos sem possibilidade de discussão, mas também no que concerne ao poder dos saberes médico e jurídico – os quais influenciam na relação oferta e demanda de cuidados de saúde, contribuindo de forma significativa para uma redução da cidadania ao consumo. Assim, parece restar ao usuário apenas a opção de, diante de uma imensa variedade de operadoras, escolher, sem conhecimento suficiente de seus “direitos”, aquela que aparentemente melhor lhe possibilita a obtenção assistência à sua saúde.

Nesse sentido, nos parece de fundamental importância que se discuta, de forma ampla na sociedade, a participação dos diferentes atores envolvidos na oferta de cuidados de saúde no setor privado. Isto porque participar significaria democratizar o processo de tomada de decisões sobre a elaboração e efetivação do direito à saúde, cujo contrato estabeleceria uma correlação de forças positiva entre o privado e o público. Neste caso, com a participação efetiva dos usuários, estes poderiam efetivamente se posicionar enquanto cidadãos, enquanto indivíduos dotados de direitos políticos, não ficando reduzidos a meros consumidores ou aderentes, a quem apenas é dada a opção de consumir. Contudo, se o cidadão perde esse poder de participação, de discussão e deliberação política sobre questões que influenciam diretamente em seus direitos, ele fica reduzido à condição de consumidor, alijado de suas concepções políticas.

Então, o cidadão se transforma em consumidor, ele passa a ter uma relação com o prestador desse serviço, uma relação privada, contratual, e não uma relação de contribuinte, pagador de impostos que precisa, enfim, ver o retorno desses impostos em serviços prestados pelo estado em seu benefício, [...] (entrevista - promotor de justiça).

Entendemos que o principal problema acerca do consumo surge exatamente no contexto de uma sociedade extremamente desigual, onde a cidadania é efetiva apenas no papel, e o acesso diferenciado ao consumo surge como mais uma forma de exclusão social. O consumo, então, longe de se tornar uma forma de expressão ou construção simbólica de identidades (MILLER, 2004), fica, assim como os outros direitos historicamente estruturantes da cidadania,

restrito aos mais ricos, uma vez que somente pode consumir quem detém poder econômico. Assim, a possível inclusão social e melhoria da qualidade de vida que a expansão do consumo poderia gerar ficam obstadas pela desigualdade social, que funciona como barreira para essas possibilidades.

Neste sentido, acerca da expansão da cultura do consumo em um contexto socialmente desigual Canclini (2006, p. 41) ressalta:

Esta reestruturação das práticas econômicas e culturais leva a uma concentração hermética das decisões em elites tecnológico-econômicas e gera um novo regime de exclusão das maiorias incorporadas como clientes. A perda da eficácia das formas tradicionais e ilustradas de participação cidadã (partidos, sindicatos, associações de base) não é compensada pela incorporação das massas como consumidoras ou participantes ocasionais dos espetáculos que os poderes políticos, tecnológicos e econômicos oferecem através dos meios de comunicação em massa.

Ocorre que, quando não são assegurados direitos civis, políticos e sociais para a maioria da população, os possíveis elementos positivos do consumo também não são estendidos aos mais pobres. Assim, contextualizando a questão dentro da saúde privada, esta tem seus possíveis benefícios de complementaridade ao sistema público esvaziados quando, num cenário em que o próprio direito constitucional à saúde não é garantido, deixa de ser opção. Quando a saúde privada é encarada não como opção, mas como necessidade, que benefícios pode gerar num cenário em que poucos têm condições financeiras de a ela recorrer? O consumo, por si só, não é capaz de melhorar significativamente a qualidade de vida da população mais pobre, uma vez que para consumir é necessário ter recursos. Resta à maioria, e aí se encontra um dos aspectos negativos do consumo, a ilusão da inclusão social pelo consumo ou de que, para ser cidadão é preciso ter recursos para consumir.

Neste ponto, sim, a cidadania perversamente se confunde com o consumo, os direitos básicos de participação cidadã se confundem com a participação enquanto consumidores. Nas palavras de Fátima Portilho (2006, p. 8), “o consumo assume uma conotação de dever e obrigação cívica, em que a cidadania passa a ser exercida através dele”. Existiria aqui, ainda em suas palavras, uma “responsabilidade social de consumir”.

Como consequência, o consumo, um dos elementos constitutivos da cidadania, transforma-se e se confunde com ela própria, desvirtuando o sistema como um todo. Quando a cidadania, a propriedade de direitos e deveres, se confunde com consumir produtos; quando a *inclusão social* se confunde com compra numa sociedade desigual como a brasileira, essa inclusão nada mais é do que ilusória. Numa população com 41,2% de pobres e indigentes (PNAD, 2004), o consumo jamais pode ser tido como saída civilizatória.

Ademais, não existiria aqui um consumo sem o cidadão, mas uma tentativa de ser cidadão através do consumo. Tenta-se comprar uma cidadania que não está à venda, que não pode se confundir com um produto. A cidadania, como já dito, é formada pelo conjunto de direitos e tradições culturais, podendo passar pelo consumo, mas não pode se restringir a uma espécie de cidadania de mercado, posta à venda e passível de compra por quem tem dinheiro.

Neste sentido, concordando com Canclini (2006, p. 45), se rechaçam os argumentos que poderiam desembocar numa visão equivocada de uma espécie de *auto-sabotagem* dos mais pobres ao se dividirem para consumir, por exemplo, negando uma visão de que seu consumo é irrefletido. Assim, ultrapassando o autor, é possível afirmar que esse consumo, ou ilusão de que ele é fundamental, é totalmente refletido e racional, é sua tentativa de inclusão, sua tentativa de ser cidadãos pelo meio de que dispõem ou pensam dispor. Não se trata de aceitar ou resistir às pressões como diz Campbell (2004, p. 49), mas antes, de tentar ser cidadão. Interpretando essa posição e construindo a partir do que dizem os autores, é possível concluir que o maior problema é que, neste caso, a propaganda da cidadania como produto do mercado é enganosa porque vende sonhos mas realiza frustrações.

Sobre esse fenômeno, é de muita propriedade invocar novamente a precisa análise de José Murilo de Carvalho (2005, p. 228), que, também sobre o desenvolvimento da cultura do consumo, alerta para suas consequências:

Exemplo do fenômeno foi a invasão de um *shopping center* de classe média no Rio de Janeiro por um grupo de sem-teto. A invasão teve o mérito de denunciar de maneira dramática os dois brasis, o dos ricos e o dos pobres. Os ricos se misturavam com os turistas estrangeiros mas estavam a léguas de distância de seus patrícios pobres.

Mas ela também revelou a perversidade do consumismo. Os sete reivindicavam o direito de consumir. Não queriam ser cidadãos mas consumidores. Ou melhor, a cidadania que reivindicavam era a do direito ao consumo, era a cidadania pregada pelos novos liberais. Se o direito de comprar um telefone celular, um tênis, um relógio da moda consegue silenciar ou prevenir entre os excluídos a militância política, o tradicional direito político, as perspectivas de avanço democrático se vêem diminuídas.

Complementando sua análise, no contexto desta cultura de consumo, o direito que surge, *Direito do Consumidor*, mostra-se mais uma vez elitista e restrito a uma parcela da população. Entretanto, sem pretender negar sua importância, este ramo do Direito, quando se desenvolve sozinho e sem estar acompanhado dos demais direitos fundamentais, acaba por reforçar a característica de consumidor do cidadão. São esclarecedoras as palavras de Bernardo Sorj (2001, p. 61) acerca desta questão:

A importância da luta pelos direitos do consumidor relaciona-se ao déficit de aplicação efetiva dos direitos da cidadania pelo sistema jurídico brasileiro. A defesa do consumidor não pode ser nem um substituto para as carências de outros setores do sistema jurídico nem a solução para os problemas fundamentais da sociedade brasileira em termos de distribuição de renda e apropriação do Estado pelos grupos dominantes. É, porém, um elemento importante na defesa da cidadania e tem no contexto brasileiro, e em geral em todas as sociedades capitalistas, um importante papel na luta contra a colonização do Estado pelo sistema empresarial.

Talvez resida aqui uma das possíveis explicações para o desenvolvimento do direito do consumidor, que, segundo Canclini (2006, p. 47), culmina por gerar uma realidade constituída por consumidores do século XXI e cidadãos do século XVIII, situação que seria comum à maioria da população.

Desta maneira, este esvaziamento da participação política dos usuários na negociação de seus contratos com as prestadoras, além das conseqüências para a definição e construção da integralidade, em caso de conflito, vai-se refletir no Poder Judiciário. Nesse sentido, ocorre o que Santos (2001) define como *judicialização da política*. Isto porque, mesmo não se tratando de questões que envolvem a saúde

pública – em razão do caráter complementar de que se reveste a saúde privada e com a vida elevada a bem fundamental pela Constituição –, também existe um forte caráter público na saúde suplementar, razão pela qual a participação política de diversos segmentos da sociedade se revela de extrema importância.

Neste cenário em que existe um crescente processo de judicialização das questões políticas, existe também uma politização das questões judiciais (SANTOS, 2001). Assim, num contexto em que a política é fraca, existe uma transferência das questões para os tribunais e, ao mesmo tempo, estes tribunais passam a decidir questões de forma cada vez mais política. O problema é que, apesar de continuar a existir a discussão política, esta fica esvaziada e restrita a alguns “esclarecidos”, justamente os profissionais do campo jurídico.

Além disso, num contexto em que a democracia é confinada a um campo político cada vez mais estreito, onde políticas de consenso são transformadas em políticas de resignação, em que também o direito passa por inúmeras transformações (SANTOS, 2006), o esvaziamento dos espaços públicos de discussão e participação, aliado a um incremento exacerbado do individualismo e do consumo, leva a um esvaziamento da saúde pública em detrimento de um mercado privado de saúde cada vez mais aquecido e excludente.

O mercado privado e a mercantilização do direito à saúde: a integralidade na Saúde Suplementar

Analisando os dados sobre o mercado da saúde privada, podemos observar que há contraste no que concerne ao acesso aos serviços prestados pelos planos de saúde privado. A renda se apresenta como um fator decisivo na aquisição de planos de saúde, assim como no acesso aos serviços médicos. Dentre os indivíduos que possuem planos de saúde, cerca de 70,6% recebem 20 salários mínimos; já aqueles que recebem valor inferior a um salário mínimo esse percentual cai para 2,6%. Além disso, é possível constatar uma relação direta entre acesso ao médico e o poder aquisitivo, pois apenas 49,7% das pessoas de renda inferior a um salário mínimo procuraram médicos nos últimos 12 meses, percentual que sobe para 67,2% quando se eleva a renda para a faixa de 20 salários mínimos (BRASIL, 2005). Num país que, segundo o PNAD-2004, tinha em 2004 33,2% de pobres

e 8% de indigentes, totalizando 71,6 milhões de pessoas, esses dados revelam a importância de se investigar que tipo de direito à saúde toma forma no contexto dessa lógica de mercado. Ainda segundo a mesma lógica de mercado, importa ressaltar as fortes pressões do mercado para ampliar o consumo de bens e serviços de saúde, o que geraria falsas necessidades de saúde e, conseqüentemente, um também falso direito à saúde (PINHEIRO, 2005).

Analisando estes aspectos sociais da população brasileira e do mercado, é importante observar quais as articulações e os conflitos presentes no tratamento da saúde enquanto direito do consumidor e enquanto direito constitucional à saúde sob a perspectiva dos usuários. Neste sentido, a articulação entre direito do consumidor e direito à saúde existe no ponto em que o direito do consumidor, para o campo jurídico, confere maior proteção ao usuário e garante maior efetividade da cobertura, o que, de certa forma, garante também o direito à saúde através da expansão dos contratos e das coberturas inicialmente contratadas. Com este intuito, o campo jurídico utiliza os já citados princípios do direito civil como “boa-fé objetiva” e “função social dos contratos”. Da mesma forma, também utiliza princípios específicos conferidos aos consumidores em contratos de adesão, tais como: interpretação das cláusulas de maneira mais favorável ao consumidor (considerado a parte mais fraca da relação) e imposição de necessidade de referência expressa nas cláusulas que excluem coberturas, por exemplo. Tais princípios específicos são aceitos dentro do campo e aplicados pelos juristas que consideram o direito do consumidor uma das categorias de direitos do cidadão, constitucionalmente amparados.

Já em relação aos conflitos, deve ser feita uma importante ressalva: o direito do consumidor pressupõe o consumidor e o fornecedor e, por esta razão, um certo equilíbrio entre as obrigações de ambos, o que é chamado pelo campo jurídico de *mutualidade entre as prestações*. No entanto, quando se aumenta excessivamente o preço das coberturas contratuais ou se impõem algumas condenações às operadoras, observa-se um desequilíbrio entre o bem econômico e o bem da vida, visto que a vida é fundamento principal a ser protegido pelo sistema jurídico, de acordo com a própria Constituição. Logo, a divergência entre mutualidade e saúde apenas reforça a delicada questão de se olhar para saúde a partir do ponto de vista do consumo.

Dentro desta visão de consumo, essa perspectiva mercantil da saúde também é reforçada pelas operadoras e por alguns profissionais médicos, quando estes se preocupam mais com cifras, lucro e prejuízo, em detrimento de um atendimento que privilegie a promoção da saúde no tratamento dado a seus clientes, o que é possível observar na própria fala de uma usuária entrevistada. Esta usuária, apesar de não ter plano de saúde, estava sendo cuidada dentro de um hospital pertencente a uma operadora. Na entrevista, a usuária ressaltou que a maior preocupação dos profissionais parece ser mais o pagamento do que a qualidade de atendimento ao paciente.

Falou que era uma operação boba. Queriam mesmo o dinheiro. Ela chegou lá, na mesma hora veio a maca correndo, levou ela pra operar. Foi uma coisa assim, tão rápida. Você não tinha nem noção, sabe? Foi... foi dia 2 de janeiro que ela se internou. Tá? O médico tava com tanta ganância em pegar o meu dinheiro... que só foi levando. Parecia assim que tava levando... levando um cadáver assim pra dentro, sabe? Queria o meu dinheiro. Tá? (entrevista - usuária saúde da mulher).

Como forma de exemplificar a dificuldade de tratar a saúde segundo uma ótica do consumo num país com altos índices de pobreza, é muito representativo o trecho a seguir, extraído da entrevista dada por um promotor, quando este falava sobre os desafios dentro da Saúde Suplementar:

Eu acho que o maior desafio na Saúde Suplementar é mostrar pro prestador de serviço, pra essas empresas, planos de saúde, que aqui ali, eu sei que eles pensam da ótica do empresariado, eu não sou alienado para não entender a ótica deles, mas eles têm que ter uma sensibilidade, porque, na verdade, eles estão exercendo uma função que é pública, né, e que isso é um direito fundamental das pessoas e que não pode ser visto apenas como uma fonte de lucro. [...] que fique claro que eles também têm deveres e os deveres deles estão lastreados na Constituição da República. Se não tem condição de prestar dessa maneira, então não explore a atividade. (entrevista - promotor de justiça 01).

Assim, verifica-se a grande tensão estabelecida quando se tratam saúde e equilíbrio econômico das empresas como se fossem questões comparáveis ou mesmo que pudessem ser sopesadas. Em muitos ca-

tos, essa comparação gera visões mercantis acerca do direito à saúde. Quando este é confundido com o pagamento, a saúde deixa de ser direito universal e torna-se direito acessível apenas aos que têm possibilidade de consumo. A fala de uma usuária fornece alguns elementos para análise da redução do direito à saúde a um direito do consumidor.

Direito à saúde? É complicado. Eu tô respondendo por mim. É no caso ter direito àquilo que você paga. Eu pago plano de saúde que não cobre internação. Eu tenho direito só aquilo, não tenho direito à internação. (entrevista - usuária saúde mental).

Neste ponto, é também ilustrativa a fala de um promotor de justiça, ao se referir à questão da complementaridade da saúde privada: “Na conjuntura de hoje, pelo menos para que se tenha um bom atendimento médico, não é suplementar, não é uma opção da pessoa ter um plano de saúde” (entrevista - promotor de justiça 04).

Corroborando as dificuldades encontradas no tratamento mercantil dado à saúde, observa-se uma posição das operadoras, que estão também muito preocupadas com a parte financeira, sendo possível identificar em algumas falas referências a autorizações de exames e procedimentos dadas facilmente desde que os beneficiários estejam em dia com suas mensalidades. Tal concepção representa uma visão bastante reducionista da saúde e do serviço que estão prestando, sem um foco centrado no usuário e na promoção de sua saúde.

O trecho de entrevista fornecida por um gestor de operadora indica a redução do enfoque às questões financeiras, quando este afirma ser defensor de uma saúde inteligente, na qual o beneficiário apenas pagará por aquilo que for efetivamente usar, não pagando pelo que não vai precisar.

Dentre os usuários, referências ao Estado e as expressões “receber tratamento”, “ter remédios” e “ser cuidado” são muito associadas à saúde. Analisando essas expressões, é possível perceber que a integralidade se reveste de importância quando se observam dois critérios: integralidade na atenção à saúde (promoção e prevenção – estímulos a ações intersetoriais e mudanças de estilos de vida) e no cuidado (ênfase no tratamento) à saúde. Ou seja: que ela deve ser estudada e encarada de forma una, sem separação em relação ao âmbito privado (suplementar) ou público. Isto porque, se os usuários

constantemente associam saúde com o público, tal associação indica o forte caráter público³ deste serviço, razão pela qual seu estudo e efetivação, mesmo no âmbito privado, não podem ser desvinculados dos princípios preconizados para a saúde no âmbito do SUS, fundados sobre a integralidade.

Neste ponto, ainda fazendo referência a uma visão reducionista e mercantil da saúde privada, reproduzimos trecho de entrevista de um gestor acerca da integralidade: “Porque também a gente acredita na integralidade, mas quem é que suporta a integralidade? Do ponto de vista econômico-financeiro?” (gestor de operadora).

A questão a ser colocada aqui, além da mercantilização, além da dificuldade gerada pelo fato de se estar mais preocupado com cifras do que com a saúde, é no sentido de indagar até que ponto esse controle rígido de custos está efetivamente sendo produtivo e lucrativo. Isto porque, investindo em atenção integral se está investindo também em políticas de promoção da saúde e prevenção, o que pode perfeitamente ser adequado para reduzir custos operacionais, por exemplo.

O mesmo gestor acaba se contradizendo quando, mais à frente, fala em um princípio de financiamento de justiça social que existiria em seu plano, através do qual pagaria mais quem ganha mais. Pensando assim, seria facilmente respondida sua indagação sobre quem pode suportar a integralidade. Entretanto, quando a preocupação é somente reduzir custos operacionais, fica muito complicado ampliar os horizontes deste financiamento de justiça social fazendo com que este possa ser efetivo também do lado de fora, na relação entre saúde pública e privada, na complementaridade existente entre as duas esferas.

Ainda neste contexto de mercantilização, na saúde privada o entendimento dos atores acerca do termo integralidade pareceu-nos bastante restrito e sem uma “tradução” nas ações cotidianas, já que é muito difícil de ser encontrado nos discursos dos entrevistados. De modo geral, eles têm uma idéia fragmentada de atenção à saúde. Além disso, identifica-se um modelo bastante centrado no médico, na doença e em seu tratamento, sem maior preocupação ou mesmo conhecimento em relação à promoção ou prevenção da saúde.

São representativas as definições de alguns usuários sobre “atenção integral”, que tendem a conceituá-la mais como uma reação a determinado problema, emergência ou necessidade, e raramente como

algo prospectivo, no sentido da promoção da saúde: “Nada que eu precisei até hoje foi negado. [...] Eu só queria o remédio, só isso. (entrevista - usuária oncologia).

Esta tendência também se reflete no direito e também na relação da saúde com o direito do consumidor. Apesar de existir certo desconforto dos entrevistados em relação à idéia de saúde como bem de consumo, a noção de uma saúde suplementar fundada na dinâmica entre necessidade e atendimento muito se assemelha à dinâmica entre pagamento e recebimento de serviços, tão característicos do direito do consumidor. É exatamente este impasse que dificulta não apenas a construção do direito à saúde, mas o estabelecimento de práticas de integralidade na Saúde Suplementar.

A associação do direito à saúde como um direito do consumidor é característico de uma visão liberal sobre o direito. Esta visão é marcada por uma distância e descrédito em relação aos direitos emanados do Estado, talvez por ausência da presença estatal (TELLES, 1999). Tal distância e descrédito se contrapõem às fortes noções de paridade nas prestações e de conhecimento sobre direitos, quando a questão envolve o consumo. Como exemplo desta visão, seguem trechos das falas dos usuários:

Entrevistador: O que você entende por direito à saúde?

Entrevistado: Direito à saúde... Não sei.

Entrevistador: Direito do consumidor?

Entrevistado: Direito de ser bem atendido, direito de você ter, por exemplo, uma coisa, direito de ser bem atendido, uma coisa assim... (entrevista - usuária saúde da mulher).

A partir desse trecho, é possível observar um interessante aspecto do direito. Ao mesmo tempo em que não existe qualquer definição ou mesmo tentativa desta em relação ao direito à saúde (o que pode levar à conclusão de que este realmente não se mostra efetivo aos usuários), em relação ao direito do consumidor existe uma perspectiva que associa consumo com direitos, ao contrário de favor. Uma das explicações para este fenômeno pode ser a forte presença de características do individualismo nos depoimentos, que apresenta a possibilidade de acesso aos planos de saúde como forma de distinção

dos que não têm acesso, como saída individual para um problema coletivo de garantia de direitos pelo Estado.

O atendimento deveria ser, como é plano de saúde deveria ser mais rápido, tipo diferenciado, né? Quem é do SUS... Quem é plano de saúde... Vai agilizando as coisas e você espera da mesma forma... (entrevista - usuária saúde da mulher).

Neste mesmo sentido, Vieira e Vilarino (2004, p. 17) asseveram sobre o individualismo presente na escolha e no uso dos planos de saúde privada:

Presentemente, com o alastramento do sistema de planos de saúde, cujos altos custos e preços têm afastado amplos segmentos da classe média do seu acesso e reduzido qualidade dos serviços prestados, assiste-se ao retorno do modelo elitista, de privilégios, voltado às restritas pessoas que dispõem de elevados recursos próprios ou pertencem a níveis hierárquicos elevados em organizações que financiem planos individuais que atendam aos custos da moderna tecnologia e sofisticação dos exames diagnóstico-terapêuticos. A proliferação de planos coletivos evidencia a escassez de recursos da população nos planos individuais e familiares, fazendo com que seja postergado um problema social de elevadas proporções, posto que os planos coletivos existem na medida em que as pessoas encontram-se empregadas.

Conclusões

O princípio da integralidade na Saúde Suplementar pode ser uma importante ferramenta para permitir que seja efetivada a previsão constitucional de complementaridade entre as esferas pública e privada na construção do direito à saúde, promovendo uma concepção única de saúde, sem fragmentação, de forma a permitir que a saúde privada se apresente como alternativa aos cidadãos na obtenção do cuidado.

Observa-se que o mercado de saúde privada é altamente excludente, fato este que, aliado a um grande desprestígio que cerca a saúde pública, leva a uma mercantilização do direito à saúde, reduzido em muito às ações da iniciativa privada. Neste sentido, dentro de um contexto de neoliberalismo e de Estado Mínimo (SANTOS, 2006), caracterizados por um esvaziamento da atuação estatal, a saúde privada perde esse viés de complementaridade, sendo, para quem tem dinheiro para consumir, a única opção de saúde. Neste contexto, a saúde tratada como mercadoria vira questão de direito do consumi-

dor, acessível apenas para quem tem poder de compra, tensionando a própria garantia constitucional do direito à saúde.

Ademais, no cenário atual da saúde privada, com a quase que exclusividade da utilização de contratos por adesão – dos quais estão ausentes as possibilidades de participação dos usuários –, o direito à saúde e a própria construção da integralidade em saúde ficam restritas a um corpo técnico de juristas e médicos, responsáveis pela elaboração e interpretação autorizada dos contratos. Os cidadãos são praticamente alijados da participação política, ficando reduzidos ao *status* de consumidores.

Além desse fator, os resultados da pesquisa apontam contradições e conflitos presentes nos discursos e práticas na práxis do direito, quanto à leitura sobre os atributos da integralidade na saúde suplementar, que a reduz ao cumprimento das cláusulas contratuais, as quais evidenciam repercussões ao exercício da saúde como direito de cidadania, esvaziando a participação e dificultando a construção social da integralidade.

Verifica-se a necessidade de ampliação dos espaços públicos (ARENDDT, 1981), para que a criação, efetivação e garantia dos direitos não fiquem confinadas aos profissionais do campo jurídico, o que, em última análise, permitiria também que a avaliação externa que o campo jurídico faz pudesse ser também publicamente discutida. Ainda no campo jurídico, é importante asseverar a noção de Gramsci (2002) de que este direito não se reduz a instrumento de controle social nem de garantia de mercado, mas antes, deve se tornar um local de mudança social. Assim, este campo deveria admitir a participação da sociedade civil como uma de suas fontes, residindo aí a fundamentalidade de sua abertura.

Foi possível perceber, ainda, os enormes problemas advindos da tentativa de reduzir as questões de saúde a critérios puramente objetivos e quantificáveis (SIMMEL, 1986), sem uma perspectiva que leve o usuário em consideração como sujeito principal da prestação do serviço de saúde. Nesse âmbito, ficam patentes os abusos a que os usuários dos planos estão sujeitos para que a lógica de mercado seja priorizada em detrimento do cidadão. Dessa forma, determinam-se os itinerários terapêuticos, negam-se estratégias de tratamento e, muitas vezes, a relação médico-paciente fica para segundo plano.

A saúde privada é tratada como mera *troca de dádivas* (MAUSS, 1974), proporcionais entre beneficiários e operadoras, numa relação linear que envolve pagamento e consumo do serviço. Isto dificulta a realização de uma perspectiva integral da saúde, pois atrela o exercício do direito à saúde à efetivação do pagamento. Essa simples troca de dádivas, sem levar em consideração o caráter público e suplementar do serviço, pode conduzir à “destruição” de uma das partes, notadamente a mais fraca economicamente, tal como ocorria nas sociedades arcaicas descritas por Mauss. Essa destruição se refere tanto aos problemas causados pela imposição de tratamentos mais baratos aos beneficiários, como à impossibilidade financeira destes, que os leva a abandonar a saúde privada. Ambos acabam por comprometer o direito à vida.

Uma das formas de mitigar essa pretensa proporcionalidade entre as prestações e efetivar a integralidade é garantir maior participação dos usuários e defender uma visão mais ampla e menos formalista dos contratos. Isto seria uma maneira de levar em conta a fundamentalidade do direito à vida, na medida em que envolve uma leitura desses contratos com base em princípios constitucionais que interpretem suas cláusulas não apenas como direito do consumidor. Dentre esses princípios, destacamos a “boa-fé objetiva”, a função social dos contratos e, principalmente, o princípio da integralidade.

Como foi constatado, em muitos casos, esse tipo de leitura já é feita pelo campo jurídico. Entretanto, sem uma possibilidade de participação política mais efetiva dos usuários, a discussão fica restrita a um grupo de “esclarecidos”, que passam a ser autorizados a decidir sobre o que é melhor para a maioria dos beneficiários.

Referências

- ARENDDT, H. *A condição humana*. São Paulo: EdUSP, 1981.
- BARROSO, L. R. *Temas de Direito Constitucional*, v. III. Rio de Janeiro: Renovar, 2005.
- BONAVIDES, P. *Curso de Direito Constitucional*. São Paulo: Malheiros, 1999.
- BOURDIEU, P. A força do direito: elementos para uma sociologia do campo jurídico. In: _____. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005. p. 209-254.
- BRASIL. *Constituição Federal*. Brasília: Senado Federal, 1988.
- _____. *Lei nº 9.656/98*. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 4 de junho de 1998.
- _____. *Lei nº 9.961/00*. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 29 de janeiro de 2000.

_____. *Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005.

CAMPBELL, C. O consumidor artesão: cultura, artesanaria e consumo em uma sociedade pós-moderna. *Antropolítica – Revista Contemporânea de Antropologia e Ciência Política*, Niterói, n. 17, p. 45-67, 2004.

CANCLINI, N. G. *Consumidores e cidadãos: conflitos multiculturais da globalização*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006.

CARVALHO, J. M. *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

GRAMSCI, A. *Concepção dialética da História*. São Paulo: Civilização Brasileira, 1991.

_____. *Cadernos do cárcere*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2004. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2004/default.shtm>. Acessado em: 11 nov. 2006.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade no cuidado e na atenção à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.

MAUSS, M. Ensaio sobre a dádiva. Forma e razão de troca nas sociedades arcaicas. In: _____. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: EPU, 1974.

MILLER, D. Pobreza da moralidade. *Antropolítica – Revista Contemporânea de Antropologia e Ciência Política*, Niterói, n. 17, p. 21-43, 2004.

MINAYO, M. C. S. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. In: MINAYO; ASSIS; SOUZA (Orgs.). *Pesquisa social: teoria, método, criatividade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

OLIVEIRA, L. C. *As práticas de participação institucionalizadas e sua interface com a cultura política: um olhar sobre o cotidiano de um Conselho Municipal de saúde do Nordeste brasileiro*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

PINHEIRO, R. *et al.* Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe & participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2005. p. 11-31.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe e participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005.

PORTILHO, F. Consumo “Verde”, Democracia ecológica e Cidadania: possibilidades de diálogo? Disponível em: <http://www.rubedo.psc.br/Artigos/consumo.htm>. Acessado em: 5 jun. 2006.

ROCHA, S. Pobreza e indigência no Brasil – algumas evidências empíricas com base na PNAD 2004. *Nova economia*. Belo Horizonte, v. 16, n. 2, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-3512006000200003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 abr. 2007.

SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. A regulação Pública da saúde no Estado brasileiro – uma revisão. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1414_32832006000100003. Acessado em: 21 nov. 2006.

SARMENTO, D. *A ponderação de interesses na Constituição Federal*. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2000.

_____. *Direitos fundamentais e relações privadas*. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2003.

SIMMEL, G. Las grandes urbes y la vida del espíritu. In: _____. *El Individuo y la Libertad*. Barcelona: Península, 1986. p. 247-262.

TELLES, V. S. *Direitos sociais: afinal do que se trata?* Belo Horizonte: UFMG, 1999.

VIEIRA, M. F.; VILARINO, P. F. O campo da Saúde Suplementar no Brasil. *Revista Ciências da Administração - RCA*, v. 6, n. 11, p. 9-34, jan-jul. 2004. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca>. Acessado em: 20 jan. 2007.

Notas

¹ Esse caráter principiológico pode ser entendido como uma maior abertura do texto constitucional proporcionada pela existência de princípios (princípio da integralidade, por exemplo) que permitem uma maior presença de valores e possibilitam uma construção social das normas.

² Por função social dos contratos entende-se a ligação destes a uma funcionalização, ao respeito a interesses maiores da sociedade (tais como meio ambiente, liberdade, dignidade humana). No que tange à boa-fé objetiva, conforme Tepedino (2004), esta tem três funções básicas no sentido de se constituir como um princípio interpretativo (buscando a finalidade, natureza e objeto dos contratos); prescritivo de novos deveres às partes (implícitos ao contrato como lealdade, transparência e colaboração, por exemplo) e limitador do exercício de determinados direitos (vedação do abuso de direito).

³ Esse caráter público é afirmado em razão do caráter coletivo e de interesse público presente na saúde, o que exige uma regulação estatal mesmo na iniciativa privada. Tal afirmação é feita a partir da combinação e interpretação de artigos da constituição que preconizam que: “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (artigo 196); “São de relevância pública as ações e serviços de saúde” (artigo 197); e “As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público” (artigo 199, parágrafo 1).

2.5. Ministério Público e Poder Judiciário: limites e possibilidades para assegurar “demandas coletivas” no campo da Saúde

FELIPE DUTRA ASENSI
ALEXANDRE MIGUEL FRANÇA
ROSENI PINHEIRO

Introdução

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 foi fruto de exaustivos debates entre diversos atores. Esta Constituição representa o resultado de lutas durante mais de 20 anos na sociedade brasileira, as quais culminam na garantia do direito à saúde e inauguram um arcabouço jurídico-institucional para sua efetivação.

Por outro lado, o fato de o direito à saúde ser assegurado na Constituição não significa que ainda não faltem instâncias, espaços, leis, regulamentos e diretrizes que otimizem e operacionalizem sua concretização. O direito à saúde e seus princípios correlatos, à época da promulgação da Constituição, consistiam em verdadeiras *cláusulas abertas* que ainda necessitavam de regulamentação (ASENSI, 2007).

Em virtude dessa abrangência, devemos considerar as normas regulamentadoras posteriores à Constituição, tais como as leis que implementam o SUS, as instâncias de participação, e as normas operacionais, que possibilitam o incremento do processo de concretização da Constituição, já que envolvem “necessariamente um alargamento do círculo de intérpretes [...], na medida em que devem tomar parte do processo hermenêutico todas as forças políticas da comunidade” (CITTADINO, 2003, p. 23). Em outras palavras, a ampliação da comunidade de intérpretes da Constituição está intimamente relacionada ao processo de democratização da hermenêutica constitucional “e, nesta perspectiva, exige uma cidadania ativa que, por esta via, concretiza ou realiza a Constituição” (CITTADINO,

2003, p. 24) e que não se restringe somente à hermenêutica oficial do Estado, notadamente a judicial. Por isso, faz-se necessária a articulação entre os atores não-estatais e as instituições jurídicas, tanto na produção quanto na interpretação do direito, o que seguramente amplia a porosidade das instituições às demandas construídas socialmente (PINHEIRO; MATTOS, 2005).

Importante, aqui, é a idéia de que o direito à saúde é um direito fundamental assegurado na Constituição de 1988 e, então, é um direito de todos.¹ E a responsabilidade para satisfazer esse direito, segundo a Constituição, pertence às esferas de poder político (União, estados, Distrito Federal e municípios), o que enseja um debate sobre o papel das instituições jurídicas no âmbito de sua efetivação, na medida em que “nem todo ‘direito’ (objetivo) é – como veremos – direito ‘garantido’” (WEBER, 1980, p. 119). O direito à saúde surge, então, enquanto direito fundamental que deve ser efetivado de forma ativa por meio da participação perene e contínua da sociedade civil em conjugação com as instituições jurídicas. Por isso, seria preciso deslocar-se de uma perspectiva formalista “e alcançar a realização cotidiana, somente possível em espaços públicos onde os interesses divergentes são traduzidos, democraticamente, em consensos relativos que devem ser objetivados em práticas concretas” (NOGUEIRA; PIRES, 2004), o que amplia o debate sobre o próprio sentido social dessas instituições.

Para refletir mais intimamente sobre esses arranjos, o texto será dividido em quatro tópicos. No primeiro, intitulado “Introdução”, buscou-se contextualizar o tema do direito à saúde e chamar atenção para alguns desafios presentes no âmbito de sua garantia. No segundo tópico, intitulado “Delimitando o papel das instituições jurídicas”, enuncia-se o papel das instituições jurídicas no processo de efetivação do direito à saúde a partir da literatura sobre o tema. O terceiro, intitulado “A efetivação do direito à saúde”, trata das principais questões empíricas de uma pesquisa desenvolvida no LAPPIS,² de modo a contextualizá-las e, simultaneamente, promover uma reflexão sociológica de seus aspectos subjacentes. Por fim, no quarto tópico, intitulado “Considerações finais”, são realizadas ponderações a respeito dos avanços e obstáculos ainda presentes no campo do direito à saúde, de modo a propor caminhos possíveis de sua superação pelas instituições jurídicas e pela sociedade civil.

Delimitando o papel das instituições jurídicas

A problemática do acesso à justiça

A temática do acesso à justiça no campo da Sociologia do Direito ganhou força a partir da década de 70, por meio dos trabalhos de Cappelletti e Garth (1999) e Santos (1974). A discussão centra-se basicamente nos limites e possibilidades de acesso dos cidadãos aos mecanismos estatais de resolução de conflitos, principalmente o Judiciário, ensejando uma problematização deste poder e de suas formas de organização e funcionamento, marcadamente excludentes.

O pressuposto central da perspectiva inaugurada por esses autores consiste na seguinte assertiva: diante da presença de “obstáculos econômicos, sociais e culturais” (SANTOS, 1999, p. 168) e de um Judiciário “incapaz de absorver determinados conflitos coletivos referentes a direitos sociais emergentes a partir dos anos 70, é necessário analisar o papel desempenhado por outras agências estatais na resolução desses conflitos” (JUNQUEIRA, 1996, p. 5). O leque é ainda maior na medida em que se encontra nas pesquisas desenvolvidas nas décadas posteriores um contexto em que não somente outras agências estatais atuam na resolução de conflitos, mas também agências para-estatais, infra-estatais e supra-estatais, o que configura uma situação de *pluralismo jurídico* (SANTOS, 1980, 2003; FARIA, 2003; FARIA; KUNTZ, 2002; ASENSI, 2005).

A crítica travada ao Judiciário – e, indiretamente, ao Estado – diz respeito à constatação da inacessibilidade estrutural, social e cultural de certos seguimentos historicamente marginalizados a partir de variáveis expressivas, tais como raça, renda, situação fundiária, etc. De certo modo, essa crítica se baseou em três frentes, quais sejam: a) a percepção de justiça [entendida como Judiciário] teria se transformado em questão crítica e problemática por amplos setores da população, da classe política e dos operadores do Direito; b) a considerável diminuição no grau de tolerância em relação à baixa eficiência do sistema judicial; c) o aumento da corrosão no prestígio do Judiciário (SADEK, 2004). Por isso, as características de resolução de conflitos que remetem a uma judicialidade ou formalidade, apesar de há longo tempo criticadas, saíram da penumbra (confortável?) e passaram para o centro das preocupações. E, por outro lado, acentuaram-se as críticas e a queda nos índices de credibilidade (SADEK, 2004).

Com efeito, outros espaços têm sido adotados como esferas de resolução de conflitos que visam, em maior ou menor grau, a se afastar de qualquer estrutura de funcionamento similar à do Judiciário, adotando, por vezes, estratégias de mediação, pactuação e negociação fundamentalmente céleres e que visam, em certa medida, a atuar na efetivação de direitos existentes e na construção de novos direitos. No âmbito dessas novas esferas estatais, o Ministério Público desempenha papel fundamental.

Ministério Público e Poder Judiciário

As instituições jurídicas, no sentido de lidarem com a nova modalidade de direitos que não remetem somente ao indivíduo, mas a toda coletividade, devem se adequar, tornarem-se dinâmicas, adquirir uma roupagem diversa do modelo liberal, o qual pressupõe o conflito individual de partes. Os principais atores para a concretização dos novos direitos são o Poder Judiciário e, principalmente, o Ministério Público. Entende-se por instituição

um conjunto articulado de saberes (ideologias) e práticas (formas de intervenção normatizadora na vida dos diferentes grupos e classes sociais). Estes conjuntos (instituições) permeabilizam grande parte das atividades humanas dentro da sociedade [...]. Neste sentido, trata-se de ver as instituições como conjunto articulado, como ligação vital de saberes e práticas com efeitos fundamentalmente políticos, envolvendo uma estratégia de luta (LUZ, 1979, p. 30-31).

No Poder Judiciário – que é a esfera de Poder do Estado responsável pela atividade jurisdicional – reina a máxima latina *nemo iudex sine actore*, ou seja, *não há juiz sem autor*. Essa máxima evidencia que o Judiciário somente pode agir para a concretização de direitos mediante provocação de quem se sentir lesado pela ação ou omissão de outrem, tomando uma postura estática enquanto não for chamado à resolução do litígio. Tal atitude remonta à própria idéia de que o Estado deve intervir minimamente nas relações sociais, de modo que a resolução de conflitos extrajudiciais seja sempre preferível. Assim, o princípio da intervenção mínima do Estado, dentre as suas diversas facetas, traz a idéia de que o Judiciário, no intuito de respeitar a separação dos poderes e a continuidade das relações sociais, só pode atuar mediante provocação para a manutenção da ordem social

(ASENSI; PINHEIRO, 2006). Como a cultura liberal que predomina no âmbito judicial “não consegue lidar com o novo padrão de conflitualidade emergente no Brasil do início dos anos 80, os novos conflitos coletivos, não podendo ser encaminhados ao Poder Judiciário, cujo acesso lhes é negado, são remetidos a outras arenas” (JUNQUEIRA, 1996, p. 4-5).

Por essa razão, é preciso considerar as instituições dinâmicas para a garantia de direitos. Dentre elas, destaca-se o Ministério Público, haja vista não precisar ser provocado para atuar em prol da efetivação de direitos. A atuação do MP para a garantia da saúde é premente, na medida em que este direito requer celeridade nas decisões sobre sua efetivação (ASENSI, 2007; MACHADO, 2006). Por isso, deve-se distinguir a atuação do MP das atividades do Poder Judiciário, pois o Ministério Público tem sua razão de ser na necessidade de ativar o Poder Judiciário, em pontos em que este remanesceria inerte porque o interesse agredido não diz respeito a pessoas determinadas, mas a toda coletividade (BASTOS, 1996).

De acordo com a Constituição, o Ministério Público é uma instituição permanente, que se caracteriza por ser essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica e do regime democrático. Para o exercício de suas atribuições, o MP (chamado na legislação alienígena de *Parquet*) é um órgão autônomo e, conseqüentemente, não se encontra submetido a nenhum Poder. Na verdade, trata-se de uma das legislações mais avançadas no mundo, porque “colocou o Parquet fora da subordinação a quaisquer dos Poderes, mantendo, porém, uma similitude com o Poder Judiciário, eis que estabeleceu princípios e garantias comuns àquelas aplicáveis ao referido Poder e aos seus juízes” (RITT, 2002, p. 124). No Brasil, o MP ganhou o *status* constitucional de instituição autônoma e independente, não vinculada a qualquer Poder do Estado, possuindo seus membros as mesmas garantias dos magistrados. Este arranjo institucional diferencia o MP brasileiro de qualquer congênere alienígena, que ora o situam dentro do Poder Judiciário, ora dentro do Poder Executivo e, conseqüentemente, sem a autonomia e independência que aqui foi determinado constitucionalmente (RITT, 2002, p. 134).

Relembrando Bobbio, os direitos nascem de forma gradual, ou seja, “não todos de uma vez e nem de uma vez por todas” (BOBBIO,

1992, p. 5). Não nascem por “bondade” dos governantes; são conquistas árduas e legítimas da sociedade civil. Marx, corroborando com esta análise, afirma que os direitos não são “uma dádiva da natureza, um presente da história, mas fruto da luta contra o acaso do nascimento, contra os privilégios que a história, até então, vinha transmitindo hereditariamente de geração em geração” (MARX, 2003, p. 32).

Neste sentido, é evidente a relação existente entre, de um lado, o nascimento e o crescimento dos direitos sociais e, de outro, a transformação da sociedade. Uma das arenas principais desse movimento é o campo do direito, pois sujeitos ou grupos sociais “sentindo-se privados de seu direito ao acesso ao serviço de que supostamente necessitam, acionam judicialmente o Estado. Juízes, procuradores e advogados passam a emitir juízos sobre quais são as necessidades de saúde em um caso concreto” (MATTOS, 2005, p. 36). Surgem, então, questões sobre os motivos pelos quais o MP se apresenta desta forma ou, mais precisamente, sobre que arranjo institucional permite ao *Parquet* ocupar esse papel privilegiado na defesa de direitos supra-individuais, colocando o protagonismo do judiciário em segundo plano.

A efetivação do direito à saúde

A temática das instituições jurídicas tem estado cada vez mais presente no campo da garantia do direito à saúde. Duas instituições, no âmbito do direito, têm-se destacado, quais sejam: o Ministério Público e o Poder Judiciário. Como foi visto, cada vez mais o tema da saúde tem sido discutido no campo do Direito, esfera que tem possibilitado um arranjo institucional específico no qual se formulam estratégias de aproximação entre os direitos constitucionais e as práticas concretas (ASENSI, 2007; ASENSI; PINHEIRO, 2006; MACHADO, 2006), o que enseja um debate sobre os próprios limites e possibilidades de atuação das instituições jurídicas na efetivação de direitos.

Um tema que está intimamente relacionado à leitura que os promotores³ realizam sobre o Judiciário é a *juridificação* dos conflitos. Compreender a idéia de juridificação, portanto, nos auxilia na própria compreensão da crítica do MP aos saberes e práticas desenvolvidos no cotidiano do Judiciário. A princípio, deve-se dizer que o tema da juridificação enseja uma heterogeneidade de termos para denominar

esta categoria que, por vezes, pode ocasionar interpretações equivocadas. O debate consiste no seguinte:

Alguns autores (ARANTES, 1999; VIANNA, 2003; SILVA, 2001; DALLARI, 1988) indicam que o reconhecimento legal de direitos difusos e coletivos tem uma implicação importante: a possibilidade de *judicialização* de conflitos político-sociais. Na perspectiva de Arantes,

Novidade no caso brasileiro recente é a possibilidade de tais conflitos, antes restritos à esfera política, ganharem foro judicial e receberem solução mediante a aplicação técnica do direito. A este novo (des)encaminhamento de conflitos de interesse, da política para a Justiça, é que podemos denominar de judicialização da política (ARANTES, 1999).

Neste sentido, os autores denominam como *judicialização* o termo que define o movimento de discussão, na esfera institucional do Judiciário, dos conflitos político-sociais. Parte-se do princípio de que o Judiciário, “provocado adequadamente, pode ser um instrumento de formação de políticas públicas” (DALLARI *et al.*, 1996), o que confere a essa instituição centralidade, em ampla literatura, no âmbito da efetivação de direitos, havendo pouca referência ao papel desempenhado pelo MP nessa seara.

O tema da proceduralização do direito, apesar de propor uma alternativa menos formalista e mais garantista, também trabalha na lógica de um MP proponente e um Judiciário centrado, na medida em que coloca “os juízes no centro do campo analítico”, de modo que “seus comportamentos, as decisões por eles proferidas e as motivações delas constantes, passaram a ser uma variável dependente” (SANTOS, 1999, p. 173). Nesta perspectiva, o que caracteriza a democracia participativa seria a *procedimentalização do direito*.

Residiria, aqui, a idéia de que a *finalidade democrática do direito* não basta para constituir uma democracia efetiva; deve haver, portanto, a *democracia no processo de produção do direito*. Neste sentido, a democracia se realiza na medida em que temos um direito cujas finalidades e procedimentos tiveram a participação de todos em conexão com o judiciário. Sob essa nova formatação institucional, que enfatiza a idéia de *procedimentalização da aplicação do direito*, tem sido possível “criar um outro lugar de manifestação da esfera pública, decerto que ainda

embrionário, na conexão do cidadão e de suas associações com o Poder Judiciário e que é capaz de atuar sobre o poder político” (VIANNA, 2003, p. 11).

Com essa perspectiva, o papel do MP não recebe destaque, pois a lógica jurídica já pressupõe o modelo liberal clássico, em que o juiz é o centro no qual gravitam as duas partes. Bourdieu descreve muito bem esse cenário, ao propor que o campo jurídico liberal representa a

confrontação de pontos de vista singulares, ao mesmo tempo cognitivos e avaliativos, que é resolvida pelo veredicto solenemente enunciado de uma “autoridade” socialmente mandatada, o pleito representa uma encenação paradigmática da luta simbólica que tem lugar no mundo social: nesta luta em que se defrontam visões do mundo diferentes, e até mesmo antagonistas, que, à medida de sua autoridade, pretendem impor-se ao reconhecimento, e, deste modo, realizar-se, está em jogo o monopólio do poder de impor o princípio universalmente reconhecido de conhecimento do mundo social, o *nomos* como princípio universal de visão e de divisão (*nemo* significa separar, dividir, distribuir), portanto, de *distribuição* legítima (BOURDIEU, 2000, p. 236).

Porém, o que se observa no cenário contemporâneo é uma pluralidade de instituições e centros que também atuam decisiva e legitimamente na construção e garantia de direitos (ASENSI, 2007). Devemos, então, considerar que há outras formas de envolvimento de instituições jurídicas que não necessariamente levam à *judicialização* de conflitos, ganhando relevo a perspectiva de Ferreira (1982), Gavronski (2003), Machado (2006) e Asensi Pinheiro (2006). Analisando a atuação do MP,

podemos observar que conflitos políticos sofrem muito mais uma *juridificação* (conflitos que não remetem necessariamente ao Poder Judiciário) do que uma *judicialização* (conflitos que são levados ao Poder Judiciário), na medida em que há diversas instituições jurídicas (MP, Defensoria Pública, etc.) que não se utilizam necessariamente do Poder Judiciário para realizar suas ações (ASENSI, PINHEIRO, 2006).

E é esta possibilidade de atuar de forma independente do Judiciário que permite a proeminência e o destaque do MP na área da Saúde. Em decorrência disto, o MP é referido como um “Ministério

Social”, pois “representa a sociedade político-juridicamente organizada no Estado, mas não a pessoa jurídica desse” (FERREIRA, 1982, p. 17-18). Vejamos algumas passagens exemplificativas:

Então, por exemplo, no município entende de fazer um remanejamento na área de saúde, tira um médico daqui, põe um médico ali, tira uma equipe de saúde, põe em outro lugar, muda a configuração da população à distrita unidade básica, a isso vem cá. Vem cá a gente manda, faz contato com o município, às vezes telefona, manda informação e fala

Aqui funciona assim, entendeu, se propõe um caminho. Fizemos uma série de discussões, inicialmente.

A *juridificação* ainda permite discutir a própria *politicização* do direito, ao significar um agir político que remete ao aspecto humano da justiça e qualifica a norma e o saber jurídico sob o ponto de vista da sociedade. Por isso, no trabalho de campo, foi possível observar uma forte crítica dos membros do MP ao Judiciário, sob o argumento principal de que o direito liberal “passou a ser cada vez mais identificado como instrumento útil ao regime autoritário, por enfraquecer demandas coletivas, e como fator de isolamento do Poder Judiciário, incapaz de absorver as novas demandas” (SILVA, 2001). Os trechos abaixo são paradigmáticos:

Eu acredito que o Judiciário hoje exerce papel fundamental. Quando a gente coloca que a saúde se desenvolve a partir de políticas públicas, a inexistência de uma política pública demanda uma intervenção muito mais ampla do Judiciário. Só que nós ainda não temos um amadurecimento do Judiciário nesse sentido.

Mil vezes um péssimo acordo que uma boa demanda. O que a gente percebe no Judiciário hoje? Uma ausência ainda do reconhecimento do Judiciário com relação ao papel dele nessas ações que expressam a respeito do direito fundamental à saúde. O Judiciário tem uma análise muito superficial nas demandas individuais. E ele tem uma resistência imensa nas ações coletivas. Eu tenho ações aqui que, eu falei, dá vontade de publicar. O juiz fala que ele reconhece que o problema é antigo, ele reconhece que a saúde tá problemática, mas não é o Judiciário que vai resolver... e pronto e assina.

As demandas coletivas, o Judiciário tem muito medo de ser colocado como aquele que está interferindo no poder, entendeu? Na individual, ele sustenta que o impacto orçamentário é irrisório. Ele

sustenta que não há prejuízo. E, na coletiva, ele morre de medo de entrar. Então, o que acontece com a judicialização nas ações coletivas?

Essa ação tá tramitando, tem dois anos que tá tramitando e nós não temos resultado dela, nós temos arcabouços processuais maravilhosos, nós ainda não temos um Judiciário amadurecido para compreender o novo, a característica dele, dentro desse estado democrático de direito. Minas ainda é um dos judiciários mais arcaicos do país. Se você acompanhar as grandes decisões, principalmente na área de Saúde, elas são do Sul. As discussões mais profundas na área de Saúde, que discute o próprio direito fundamental são de construção do Sul. E o Sul não é muito bem tolerado nos tribunais mais tradicionalistas como Minas. A gente não pode usar uma jurisprudência, é a mesma coisa que não escrever nada, que não há uma aceitabilidade.

As críticas sugerem os seguintes aspectos: a) há juízes com receio de julgar ações coletivas; b) há tribunais relutantes em julgar ações coletivas de forma não-conservadora; c) há pouca sensibilidade à especificidade da saúde. Deste modo, temos um cenário em que o Judiciário não consegue lidar com tais demandas, pois, apesar de serem coletivas, evita-se deferi-las num contexto litigioso, independentemente de a causa ser justa. A seguinte Ação Civil Pública, proposta pelo MP ao Judiciário, é elucidativa:

ultrapassa a mera definição do direito tradicional de resolução de conflitos individuais, cuja sentença deverá apreciar qual a obrigação da administração, se dentre as opções de execução do ato, aquele escolhido pelo Administrador Público é o que causa maior benefício ou menor dano para a comunidade e seus integrantes, considerados individualmente ou coletivamente (Ação Civil Pública – Belo Horizonte).

Por essa razão, o MP tem preconizado uma atuação extrajudicial, tendo como norte a idéia de cidadania e democracia. Observa-se uma perspectiva a de democratizar o SUS na prática, porque, em teoria, ele já o seria. Trata-se de uma abordagem garantista do direito à saúde, pois considera que a lei não basta para o seu exercício, sendo preciso uma atuação concreta no plano das instituições.

Considerações finais

O direito à saúde no Brasil, mesmo após quase duas décadas de sua universalização e adoção de princípios constituintes, ainda enfrenta muitos desafios no plano de sua efetivação. Os desafios e debates sobre a garantia do direito não se encontram esgotados, abrindo espaço para novas concepções, sentidos, investigações e reflexões sobre a forma através da qual se pode garanti-lo eficazmente.

O Ministério Público, no Brasil, desempenha uma função fundamental para a continuidade da democracia: na medida em que não está vinculado a nenhum Poder, o Ministério Público representa não somente o defensor da lei, como também o defensor *da* sociedade, portanto essa instituição age *pela* sociedade. De fato, o que se observa é um órgão independente, emancipatório e autônomo, cuja legitimidade advém da lei por mérito dos concursados.

De certo, essa legitimidade formal constitui apenas uma faceta que possibilita a ação do MP, o que abre caminho para uma legitimidade material, concreta, em virtude de sua qualidade de instituição dinâmica de garantia de direitos. O MP tem-se configurado como eficaz articulador na resolução de conflitos, buscando conjugar os direitos garantidos constitucionalmente às práticas sociais. Por isso, o MP tem-se mostrado uma instituição jurídica importante para superar o hiato constituído entre direitos existentes e a realidade desigual ou, mais propriamente, entre o *mundo do direito* e o *mundo dos fatos*, valendo-se da estratégia de *publicização*⁴ e *efetivação*⁵ de direitos. De forma específica, o MP tem atuado no sentido de fiscalizar a administração pública e de mediação de conflitos, com vistas à sua resolução imediata, o que permite seu destaque no cenário da garantia de direitos.

O Judiciário, por sua vez, deve procurar incorporar em seu cotidiano as dinâmicas societárias desenvolvidas no interior de contextos específicos, principalmente da sociedade civil. Deve-se, então, reconhecer que as formas não são por si só efetivadoras de direitos. São as pessoas – e não os textos – que constroem a legalidade e a legitimidade. Por isso, “é preciso também relativizar o valor das formas e saber utilizá-las e exigi-las na medida em que seja indispensável à consecução do objetivo que justifica a instituição de cada uma delas” (CINTRA; GRINOVER; DINAMARCO, 2005, p. 46-47), cujo objetivo consiste na

efetividade do processo como meio de acesso à justiça. E a concretização desse desiderato é algo que depende menos das reformas legislativas (importantes, embora), do que da postura mental dos operadores do sistema (juízes, advogados, promotores de justiça). É indispensável a consciência de que o processo não é mero instrumento técnico a serviço da ordem jurídica, mas, acima disso, um poderoso instrumento ético destinado a servir à sociedade e ao Estado.

Portanto, a valorização da sociedade no momento da resolução de conflitos e da ampliação de direitos representa não somente a expansão das possibilidades de atuação das instituições jurídicas, mas também uma nova forma de sociabilidade, calcada na celeridade e na efetividade da garantia de direitos sociais. Em certa medida, é preciso reconhecer que o acesso à justiça

não se identifica, pois, com a mera admissão ao processo, ou possibilidade de ingresso em juízo [...] para que haja o efetivo acesso à justiça é indispensável que o maior número possível de pessoas seja admitido a demandar e a defender-se adequadamente (inclusive em processo criminal), sendo também condenáveis as restrições quanto a determinadas causas (pequeno valor, interesses difusos); mas, para a integralidade do acesso à justiça, é preciso isso e muito mais (CINTRA; GRINOVER; DINAMARCO, 2005, p. 35).

Da mesma forma, no que se refere à mentalidade dos juízes,

pode-se afirmar que o Judiciário não difere, neste aspecto, de outras instituições igualmente fechadas, com traços aristocráticos. O figurino da instituição tem-se mostrado um ponto problemático, uma vez que, longe de encorajar o substantivo, prende-se à forma; ao invés de premiar o compromisso com o real, incentiva o saber abstrato (SADEK, 2004).

A compreensão de que esse descompasso entre o valorizado pela instituição e as mudanças vividas pela sociedade responde, em grande parte, pela imagem negativa da magistratura junto à população. O que é preciso, portanto, é pensar em estratégias de aproximação do Judiciário à população, produzindo sua democratização e, simultaneamente, ampliando a possibilidade de efetivação de direitos. O “processo de mudança social é intencional e, ainda, racional” (FRIEDMAN; LADINSKY, 1980, p. 205), o que implica problematizar as mazelas existentes e construir uma justiça que seja efetivamente de todos.

Referências

- ARANTES, R. B. Direito e política: o Ministério Público e a defesa dos direitos coletivos. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 14, n. 39, 1999.
- ASENSI, F. D. Entre o pluralismo no processo político-decisório e o pluralismo jurídico tradicional: uma análise dos frutos do direito social. *Revista Datavenia*, João Pessoa, v. 85, 2005.
- _____. *Vivendo direitos como práticas sociais*: sociedade civil, Ministério Público e direito à saúde. Monografia de Graduação, Ciências Sociais/UERJ, Rio de Janeiro, 2007.
- ASENSI, F. D.; PINHEIRO, R. *O diálogo como elemento constituinte das ações do Ministério Público: uma análise sobre a eficácia das formas de atuação*. IN: Encontro Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde, 3., Florianópolis, 2006.
- BASTOS, C. R. *Curso de direito constitucional*. São Paulo: Saraiva, 1996.
- BOBBIO, N. *A era dos direitos*. Rio de Janeiro: Campus, 1992.
- BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.
- CAPPELLETTI, M.; GARTH, B. *Acesso à justiça*. Porto Alegre: Sérgio Antonio Fabris, 1999.
- CINTRA, A. C. A.; GRINOVER, A. P.; DINAMARCO, C. R. *Teoria geral do processo*. São Paulo: Malheiros, 2005.
- CITTADINO, G. Judicialização da política, constitucionalismo democrático e separação de poderes. In: VIANNA, L. W. (Org.). *Democracia e os três poderes no Brasil*. Belo Horizonte: UFMG, 2003.
- DALLARI, S. G. O direito à saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 22, n.1, 1988.
- DALLARI, S. G. et al. A. Advocacia em saúde no Brasil contemporâneo. *Revista de Saúde Pública*, v. 30, n. 6, 1996.
- FARIA, J. E. *Direito e justiça no século XXI*. Texto apresentado no Colóquio Internacional “Direito e Justiça no século XXI”, Coimbra, 2003.
- FARIA, J. E.; KUNTZ, R. *Qual o futuro dos direitos?*. São Paulo: Max Limonad, 2002.
- FERREIRA, S. A. *Princípios institucionais do Ministério Público*. Rio de Janeiro: e/ed, 1982.
- FRIEDMAN, L.; LADINSKY, J. O direito como instrumento de mudança social incremental. In: SOUTO, C.; FALCÃO, J. (Orgs.). *Sociologia e Direito*. São Paulo: Pioneira, 1980.
- GAVRONSKI, A. *A participação da comunidade como diretriz do SUS*: democracia participativa e controle social. Monografia para o Curso de Especialização à Distância em Direito Sanitário para Membros do Ministério Público e da Magistratura Federal, UNB, Brasília, 2003.
- JUNQUEIRA, E. Acesso à justiça: um olhar retrospectivo. *Revista Estudos Históricos*, n. 18, 1996.
- LUIZ, M. T. *As instituições médicas no Brasil*: instituição e estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- MACHADO, F. R. S. *Direito à saúde, integralidade e participação: um estudo sobre as relações entre Sociedade e Ministério Público na experiência de Porto Alegre*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

MACHADO, F. R. S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Direito à saúde e integralidade no SUS: o exercício da cidadania e o papel do Ministério Público. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2005. p. 47-64.

MARX, K. *A questão judaica*. São Paulo: Centauro, 2003.

MATTOS, R. A. de. Direitos, necessidades de saúde e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2005. p. 33-44.

NOGUEIRA, V. M. R.; PIRES, D. E. P. Direito à saúde: convite à reflexão. *CADERNOS de Saúde Pública*, v. 20, n. 3, 2004.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2005.

RITT, E. *O Ministério Público como instrumento de democracia e garantia constitucional*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2002.

SADEK, M. T. A. Poder Judiciário: perspectivas de reforma. *Revista Opinião Pública*, v. 10, n. 1, 2004.

SANTOS, B. S. *Law against law: legal reasoning in pasargada law*. Cuernavaca: CIDOC, 1974.

_____. Notas sobre a história jurídico-social de Pasárgada. In: SOUTO, C.; FALCÃO, J. (Orgs.). *Sociologia e Direito*. São Paulo: Pioneira, 1980.

_____. *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. São Paulo: Cortez, 1999.

_____. *Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitismo cultural*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

SILVA, C. A. Promotores de Justiça e novas formas de atuação em defesa de interesses sociais e coletivos. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 16, n. 45, 2001.

VIANNA, L. W. Apresentação. In: VIANNA, L. W. (Org.). *Democracia e os três poderes no Brasil*. Belo Horizonte: UFMG, 2003.

WEBER, M. Ordem Jurídica, ordem econômica, direito estatal e extra-estatal. In: SOUTO, C.; FALCÃO, J. (Orgs.). *Sociologia e Direito*. São Paulo: Pioneira, 1980.

Notas

¹ A fundamentalidade do direito reside justamente no fato de ele pertencer a todos os membros de uma comunidade de forma indistinta, não podendo ser eliminado ou restringido pelo Estado.

² Pesquisa desenvolvida no Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS/UERJ), certificado pelo CNPQ, cujo objetivo consiste em analisar as relações entre as instituições jurídicas (MP e Judiciário) no município de Belo Horizonte, no que concerne à utilização de dispositivos institucionais e jurídico-legais para a garantia do direito à saúde, nos anos de 2005 e 2006. Trata-se de um estudo de caso por meio de uma abordagem sociopolítica, cujas técnicas qualitativas são: entrevistas com roteiros semi-estruturados, observação do cotidiano e análise de documentos institucionais.

³ De fato, a designação “Promotor de Justiça” é atribuída ao membro do Ministério Público do Estado, ao passo que a designação “Procurador da República” é atribuída ao membro do

Ministério Público Federal. Neste artigo, serão todos designados como “promotores”, para fins meramente didáticos.

¹ *Publicização de direitos* significa que o MP deve permitir e incentivar que todos saibam seus direitos e deveres. Segundo (MACHADO; PINHEIRO; GUIZARDI, 2005) reside nessa atuação o *papel pedagógico* do MP.

² *Efetivação de direitos* significa que o MP tem o importante papel de tornar o direito garantido um direito concreto, um direito efetivamente exercido pelos seus titulares e, portanto, não negligenciado pelo Estado.

PARTE 3

Bibliografía Comentada

3. Bibliografia Comentada¹

Coordenadores:
GILSON SAIPPA DE OLIVEIRA
ARMANDO CYPRIANO PIRES
LILIAN KOIFMAN
TÚLIO BATISTA FRANCO

1. Apresentação

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), como autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, tem como papéis a regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que constituem o setor privado de planos de assistência à saúde no Brasil. Essa Agência tem ainda, por finalidade institucional, promover a defesa do interesse público no segmento privado de saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto a suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo, assim, para o desenvolvimento das ações de saúde no país.

A regulação pública praticada pela ANS no setor privado de saúde, desde a promulgação da Lei nº 9.656/98, tem ocorrido a partir da premissa do controle sobre a situação financeira das operadoras, ou seja, da capacidade de se estabelecer no mercado, de honrar compromissos na prestação da assistência à saúde dos usuários, conforme o que foi contratado (CECÍLIO *et al.*, 2005)².

As Leis nºs 9.656/98 e 9.961/2000 revelam que, embora admitindo o papel do setor privado no interior do campo da Saúde, sua atuação deve e precisa ser regulada com vistas a garantir uma atenção à saúde de qualidade, aos cidadãos/usuários, fim último de qualquer sistema de bem-estar social.

Dessa forma, a partir de 2004, a ANS expandiu suas atribuições, passando a abranger a regulação da assistência praticada pelas operadoras de planos privados de saúde, sobretudo considerando que o

modelo assistencial da saúde suplementar consiste num conjunto de práticas fragmentadas, onde predominam a desarticulação e as inúmeras queixas dos usuários (MALTA, 2004)³.

A Política de Qualificação da Saúde Suplementar, apresentada pela ANS em 2004, como dispositivo institucional do processo de regulação do setor de saúde suplementar, enfatiza a qualificação do setor reconhecendo-o como local de produção de saúde, e propõe uma transformação profunda de todos os atores envolvidos: as operadoras de planos em gestoras de saúde, os prestadores de serviços em produtores de cuidado de saúde, os beneficiários em usuários com consciência sanitária e o próprio órgão regulador qualificando-se para corresponder à tarefa de regular um setor com o objetivo de produzir saúde. Este dispositivo tem como um de seus fundamentos a reorientação dos modelos technoassistenciais, com base nos princípios do acesso necessário e facilitado, e atendimento integral e resolutivo das necessidades de saúde dos beneficiários dos planos (BRASIL/ANS, 2005)⁴.

Assim, a Política de Qualificação da Saúde Suplementar encontra amparo nas orientações e iniciativas colocadas pela política de saúde no Brasil, frente ao objetivo de aprimorar a qualidade de assistência prestada pelo setor privado de planos de assistência à saúde (BRASIL, 2004a, 2004b, 2004c)⁵.

Na busca sistemática de melhoria e qualificação da assistência na saúde suplementar, a proposta de consolidação de uma Rede de Centros Colaboradores emerge como estratégia que tem como objetivo buscar o apoio de diversas instituições para o desenvolvimento de ações consideradas relevantes e divulgar estudos e pesquisas.

Como desdobramento desse processo, a Universidade Federal de Minas Gerais realizou uma pesquisa bibliográfica sobre os temas “Estado de Bem-estar”, “Modelos Assistenciais” e “Incorporação Tecnológica na Saúde Suplementar no Brasil”. A pesquisa, por solicitação da ANS, foi desdobrada por outros centros colaboradores, que aprofundaram alguns temas associados.

O Laboratório de Planejamento em Saúde (LUPA), do Departamento de Planejamento em Saúde do Instituto da Saúde da Comunidade (ISC), da Universidade Federal Fluminense (UFF), inseriu-se na rede dos centros colaboradores com o projeto de pesquisa *Estudos*

Integradores sobre Tecnologias Avaliativas de Integralidade e Saúde Suplementar, coordenado pelo LAPPIS/IMS-UERJ e UFF. O projeto tem entre seus objetivos analisar os modelos technoassistenciais desenvolvidos na saúde suplementar no Estado do Rio de Janeiro. Coube ao LUPA apropriar-se de parte do banco de dados gerado pela UFMG e desenvolver uma bibliografia comentada sobre o tema geral dos modelos technoassistenciais na saúde suplementar.

2. Critérios de seleção do material

O LUPA percorreu, na realização desta bibliografia comentada, o seguinte trajeto metodológico: numa primeira aproximação com o material coletado pela UFMG⁶ (banco com 9.582 trabalhos científicos, a maioria em língua inglesa) utilizou como critério de seleção os marcadores da dimensão da “produção do cuidado integral” (acesso, linha integral do cuidado, acolhimento, vínculo, promoção da saúde) e da “regulação e microrregulação do modo de produção do cuidado sob o eixo da integralidade” (contratualização entre operadoras e beneficiários com referência na produção do cuidado e contratualização entre operadoras e prestadores), do projeto de pesquisa *Estudos integradores sobre tecnologias avaliativas de integralidade e saúde suplementar*, desenvolvido pelo centro colaborador LAPPIS/IMS-UERJ-UFF, conforme quadro a seguir.

Quadro 1. Marcadores Analíticos – Modo e Produção do Cuidado

Marcadores	Descritores	O que medir
Acesso	Garantia de atendimento no momento em que a necessidade se manifesta ao beneficiário.	Formas de agendamento. Acesso às subespecialidades. Acesso às especialidades (livre escolha?). Acesso ao apoio diagnóstico, média e alta complexidades. A seleção de riscos (ou barreiras à entrada dos clientes no sistema, excluindo aqueles de alto risco).

Dimensão da Produção do Cuidado Integral	Linha integral do cuidado	Acesso a todas as tecnologias de cuidado necessárias à resolução do problema de saúde do beneficiário, seja de nível primário, secundário ou terciário, em todos os graus de complexidade. Incluem-se as ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação.	Fluxos dos beneficiários que necessitam percorrer uma suposta “linha do cuidado” em diversos serviços (consultórios, unidades de diagnose, internação, etc.). Disponibilidade de cuidados em todos os níveis. Modelos de autorização de procedimentos, internação.
	Acolhimento	Escuta qualificada do problema do beneficiário, seja no ambiente da operadora ou do prestador, dando-lhe uma resposta positiva e se responsabilizando pelo mesmo.	Dispositivos acolhedores dos prestadores: tempo de espera para consulta, procedimentos de diagnose/terapias, etc. Aspectos relacionais no cuidado aos beneficiários, encaminhamento seguro. Dispositivos acolhedores nas operadoras: recepção de solicitações, ouvidoria, atendimento ao cliente, <i>call center</i> , etc.
	Vínculo	Responsabilização na condução de certo projeto terapêutico, acompanhando o usuário em todas as etapas de atendimento a suas necessidades.	Acompanhamento, pelo médico do beneficiário, do itinerário terapêutico percorrido pelo mesmo, inclusive em caso de internação; acompanhamento de egressos de internação hospitalar.
	Promoção da saúde	Programas com objetivo de reduzir agravos a certa população mais susceptível (risco).	Campanhas na qual a operadora participa, dispositivos de educação à saúde, estímulo ao auto-cuidado, etc., ações educativas pelos profissionais de saúde.

Dimensão da Regulação e Microrregulação do Modo de Produção do Cuidado	Marcadores	Descritores	O que medir
	Contratualização entre operadoras e beneficiários, com referência na produção do cuidado.	Diferentes modalidades contratuais ofertadas por algumas operadoras, que tipificam os planos por modelos assistenciais que às vezes diferem no cuidado, no acesso, no pagamento (co-pagamento), conforto, etc.	Modelos contratuais nos diferentes tipos de planos ofertados pelas operadoras, discriminando as tendências do mercado da saúde suplementar, as preferências da clientela. Identificar as intenções presentes nas diferentes modalidades: por exemplo, a redução do risco moral ou <i>moral hazard</i> (aumento da utilização de serviços pelos usuários, quando cobertos).
Contratualização entre operadoras e prestadores.	Os contratos entre operadoras e médicos servem como dispositivos de certas modalidades de cuidado e também como racionalizadores. Contratualização entre operadoras e empresas que prestam serviços a beneficiários.	Microrregulação do processo de trabalho dos prestadores, especialmente os prescritores (médicos). Contratualização de empresas que eventualmente prestam serviços à clientela de certas operadoras, seus objetivos, perfil da clientela que atendem, tipo de contrato, instrumentos de cuidado e racionalizadores de custos, etc.	

Na fase de seleção, captura, leitura e análise dos artigos científicos, contamos com uma equipe de quatro pesquisadores e cinco acadêmicos bolsistas. Foram observados os seguintes critérios de inclusão e exclusão: possuem elementos de discussão referentes às dimensões e marcadores selecionados (quadro 1) e serem relacionados à saúde suplementar.

Desta maneira, os campos e referências do banco de dados produzido pelo Centro Colaborador da UFMG que foram considerados como vinculados diretamente ao recorte do estudo foram:

- equidade na assistência, de interesse da saúde suplementar;
- integralidade na assistência, de interesse da saúde suplementar;

- mecanismos de regulação e microrregulação: práticas da operadora em relação ao beneficiário;
- modelos assistenciais em saúde suplementar: concepção, implantação, avaliação;
- práticas de prevenção e promoção da saúde, de interesse da saúde suplementar;
- relações entre prestadores e beneficiários individuais e coletivos, de interesse da saúde suplementar;
- relações entre operadoras e beneficiários individuais e coletivos, de interesse da saúde suplementar;
- relações entre prestadores e operadoras, de interesse da saúde suplementar;
- responsabilização: governo, operadoras, prestadores;
- satisfação dos beneficiários;
- vínculo dos beneficiários às operadoras e serviços.

Nesses subitens, a pesquisa bibliográfica produzida pelo centro colaborador da UFMG continha 792 referências, entre resumos de artigos e de teses, vinculados aos temas que servem de base para esta bibliografia comentada. Assim, a equipe responsável, a partir da leitura de resumos e busca dos documentos em bases de dados e bibliotecas do campo, selecionou os 97 títulos que fazem parte desta bibliografia.

Desse total, 45 (46,39%) têm alguma relação com “práticas de prevenção e promoção da saúde”; 24 (24,74%) apresentam temas sobre as “relações entre prestadores e beneficiários individuais e coletivos”; 20 (20,62%) dizem respeito a “mecanismos de regulação e microrregulação e práticas da operadora em relação ao beneficiário, com destaque para a discussão do acesso dos beneficiários”. Em relação à temática da “integralidade na assistência à saúde”, encontrou-se o percentual de 8,25%, equivalendo a oito documentos comentados.

Nesse sentido, a seleção dos documentos e os comentários têm como foco central a busca de potencialidades na relação entre a integralidade e a saúde suplementar como papel estratégico na garantia do direito à saúde. A busca de correlação potencial inova na medida em que redefine a idéia de redes de ações e serviços de saúde como uma cadeia de cuidado progressivo em saúde. Nesta são considerados a organização e o funcionamento horizontal dos recursos,

das tecnologias e da disponibilidade dos trabalhadores em saúde, para garantir a oportunidade, a integralidade e a resolução dos processos de atenção à saúde, da gestão, do controle social e da produção social de conhecimento. Por outro lado, o desenvolvimento de novas práticas de atenção à saúde e o aprendizado institucional que essas experiências podem suscitar na relação entre os três níveis de gestão do SUS têm na saúde suplementar o desafio de desenvolver tecnologias de gestão efetivamente voltadas para a produção do cuidado integral à saúde.

A aposta nessa estratégia metodológica para o desenvolvimento de novas perspectivas do olhar sobre a saúde suplementar e integralidade em saúde inclui a transferência de conhecimentos produzidos e considera os atores envolvidos e os territórios (com suas especificidades locais) nos quais estão inseridos. Portanto, como conceitos fundamentais para o desenvolvimento desta bibliografia, os modelos technoassistenciais e a integralidade constituem uma diretriz que pode expressar um novo olhar sobre a saúde suplementar, conferindo novos atributos indispensáveis à qualidade da assistência prestada e maior integração entre os modelos de atenção adotados no setor saúde.

3. Organização e o perfil do material trabalhado

Os artigos utilizados na pesquisa são em sua maioria da literatura internacional, e abordam questões relacionadas a atributos como: acesso, capacidade dos profissionais de perceber os usuários em suas dimensões biopsicossociais, articulação da equipe multiprofissional nos serviços, oferta de serviços que compreendam desde a promoção da saúde à reabilitação de seqüelas e a possibilidade de articulação de serviços em níveis crescentes de sofisticação tecnológica para resolução dos problemas da população.

O acesso e o direito à saúde são focados, principalmente, na saúde bucal, saúde do idoso, atenção oncológica e portadores de doenças crônicas, com a preocupação de reduzir custos e melhorar a qualidade da assistência. Uma das estratégias para se dar conta dessa tarefa é a coordenação (gestão) do cuidado, através do monitoramento dos pacientes de maior risco/custo e ações e atividades de promoção e prevenção.

Existem relatos de que algumas seguradoras de saúde americanas utilizam indicadores de desempenho como incentivo para que os planos de saúde avaliem seu sucesso em reduzir a gravidez precoce em sua população. Uma das atividades desenvolvidas é o aconselhamento de planejamento familiar, particularmente para os adolescentes.

Na abordagem sobre acolhimento, a literatura científica aproxima-se dos aspectos relacionais no cuidado aos beneficiários, focando os aspectos éticos que se levantam na atenção à saúde. Aborda os conflitos éticos encarados pelo médico responsável pelo cuidado, tanto pela cobrança da saúde suplementar na redução de custos, quanto pelo compromisso com a dimensão cuidadora na relação médico/paciente. Alguns artigos abordam, ainda, a importância da informação e do vínculo entre o médico e o paciente, contribuindo diretamente na produção do cuidado.

Em relação à garantia de acesso a saúde, a literatura científica aponta a importância da responsabilização da equipe de saúde nos cuidados ofertados ao paciente, bem como a necessidade do fortalecimento do trabalho em equipe.

Em alguns artigos foi possível identificar que as operadoras não consideram ser de sua competência cobrir determinadas situações sociais dos beneficiários, como por exemplo, o fornecimento de cadeiras de rodas. Ressalta-se que os planos de saúde não valorizam a cobertura à saúde integral dos usuários, uma vez que estão preocupados com os custos atrelados à ampliação do cuidado.

Com relação à contratualização entre operadoras e beneficiários, alguns artigos discorrem sobre a preocupação entre o paciente e a seguradora de saúde. Dentre elas, a perspectiva da continuidade da oferta ao beneficiário de plano coletivo, mesmo com sua demissão, e a preservação do vínculo estabelecido com seu médico.

Algumas tendências internacionais nas reformas da assistência à saúde, com orientações comerciais, foram exploradas nos artigos. Dentre elas, perspectivas que apontam em direção à universalização do seguro de saúde, contrato entre operadoras e prestadores, competição entre prestadores e um fortalecimento da atenção primária. Essas reformas têm como objetivo fazer uma provisão de recursos na assistência médica mais eficiente, inovadora e flexível.

Em relação ao Brasil, os artigos discorrem sobre a heterogeneidade

apresentada pelo setor privado em saúde nos anos 90, bem como os desafios da nova dinâmica desse setor, especialmente em sua relação com o Estado, apontando elementos considerados essenciais para compreender as mudanças ocorridas no setor saúde. Nessa perspectiva, localizam as mudanças no quadro de referência do modelo econômico adotado pelo país, nos anos 90, com foco nos desenvolvimentos vinculados aos ditames da globalização produtiva e, sobretudo, financeira. Em seguida, são apresentadas as principais mudanças no interior do setor privado em saúde, quanto à demanda, oferta e suas inter-relações.

Quanto à contratualização entre prestadores e operadoras, a literatura científica apresenta mecanismos de regulação pactuados com os prestadores, como por exemplo, o risco formal ajustado do pagamento feito dos planos de saúde para médicos, estados governamentais e beneficiários privados. Nestes casos, o risco formal ajustado é definido como um ajuste de prêmios pagos para planos de saúde baseados no diagnóstico em nível individual ou informação demográfica.

4. Como se apropriar desta bibliografia comentada

De acordo com os objetivos deste trabalho, chamamos a atenção para a compreensão dos critérios de seleção dos documentos comentados, pois, como todo critério de escolha, a nossa é social e politicamente orientada num dado campo do conhecimento e num determinado espaço relacional. Assim, o que pretendemos aqui é valorizar a temática dos “modelos assistenciais”, particularmente no seu potencial de “produção de práticas do cuidado”, a “integralidade” e da “formação em saúde”, orientadas pela lógica do “direito à saúde”.

Cabe salientar que, para permitir melhor utilização e consulta, cada documento recebeu uma indicação de quantos critérios abrange frente às categorias de análise propostas. Assim, entendemos que por vezes um mesmo documento se insere em mais de uma categoria de escolha.

Essa tipificação busca dar ao leitor maior agilidade no processo de busca, além de entender que, no processo de construção dos documentos, por conta da sua especificidade sempre há a possibilidade de sinergia entre temas e as diversas formas de explorá-los criticamente.

Para este processo de tipificação os comentários serão seguidos das seguintes marcações:

- equidade na assistência, de interesse da saúde suplementar: (I);
- integralidade na assistência, de interesse da saúde suplementar: (II);
- mecanismos de regulação e microrregulação – práticas da operadora em relação ao beneficiário: (III);
- modelos assistenciais em saúde suplementar – concepção, implantação, avaliação: (IV);
- práticas de prevenção e promoção da saúde, de interesse da saúde suplementar: (V);
- relações entre prestadores e beneficiários individuais e coletivos, de interesse da saúde suplementar: (VI);
- relações entre operadoras e beneficiários individuais e coletivos, de interesse da saúde suplementar: (VII);
- relações entre prestadores e operadoras, de interesse da saúde suplementar: (VIII);
- responsabilização – governo, operadoras, prestadores: (IX);
- satisfação dos beneficiários: (X);
- vínculo dos beneficiários com as operadoras e serviços: (XI).

5. Bibliografia comentada

5.1. Práticas de prevenção e promoção da saúde

ADKINS, S. L.; SAFIER, E. J.; PARKER, N. N. Evolution of wraparound services at The Menninger Clinic. *Bull Menninger Clin*, v. 62, n. 2, p. 243-55, 1998.

Comentário: os autores focalizam no desenvolvimento de um programa que explora alternativas à hospitalização de longo prazo e ao tratamento residencial, e fornece serviços na comunidade. Como resultados, o programa contribuiu para uma maior colaboração nas famílias, nos atuantes na comunidade, nas escolas, e nas companhias de atenção gerenciada.

Categorias: II, III, IV e V.

ADOLPH, V. R.; FALTERMAN, K. W. Appendicitis in children in the managed care era. *J Pediatr Surg*, v. 31, n. 8, p. 1.035-6, Aug 1996.

Comentário: o artigo discorre sobre um estudo que compara uma população de crianças assistidas pelo programa de atenção gerenciada e por um seguro saúde de compensação tradicional no diagnóstico precoce da apendicite. O diagnóstico tardio aumenta a morbidade e o potencial de mortalidade. A pesquisa apresenta resultados que sugerem que o programa de atenção gerenciada pode prover uma atenção de qualidade, com redução significativa dos custos em relação ao seguro saúde de compensação tradicional.

Categorias: II, III, IV, V, VI e XI.

BARSKY, A. J.; BORUS, J. F. Somatization and medicalization in the era of managed care. *JAMA*, v. 274, n. 24, p. 1.931-4, Dec 27, 1995.

Comentário: o artigo aborda a somatização e medicalização na era da atenção gerenciada, afirmando que são necessárias estratégias com objetivo de reduzir essas situações. Entende o médico como o principal agente para desempenhar ações para redução desse quadro.

Categorias: IV e V.

BARTON, M. B.; MOORE, S.; SHTATLAND, E.; BRIGHT, R. The relation of household income to mammography utilization in a prepaid health care system. *J Gen Intern Med*, v. 16, n. 3, p. 200-3, Mar. 2001.

Comentário: este trabalho, realizado a partir de estudo de utilização de exames de mamografias entre mulheres de uma *Health Maintenance Organization* (HMO), destaca a variação de utilização entre mulheres com maiores e menores rendimentos e sugere que a cobertura desses serviços não é suficiente para garantir uma utilização equivalente entre grupos de rendimentos diferenciados.

Categorias: I, II, IV, VII e IX.

BELL, T.; MILLWARD, J. Women's experiences of obtaining emergency contraception: a phenomenological study. *J Clin Nurs*, v. 8, n. 5, p. 601-9, September 1999.

Comentário: o trabalho discute a importância dos contraceptivos de emergência, também conhecidos como “pílula do dia seguinte” Destaca recentes publicações que enfatizam sua efetividade até 72 horas

após a realização do ato sexual não protegido ou falha do contraceptivo. Destaca que, mesmo com sua reconhecida eficácia e crescente utilização, ainda há desconhecimento deste método entre mulheres jovens.

Categoria: V.

BENECH, J. M.; KULLING, G. Chemoprevention of cancers, the point of view of health insurance. *Bull Câncer*, v. 82, Suppl. 3, p. 230s-231s, Jul. 1995.

Comentário: valoriza a dimensão ética que os programas de proteção social devem desempenhar, particularmente quando se trata de preservar a integridade individual. Valoriza a dimensão não-mercantil da proteção social, destacando as ações sobre populações usuárias de drogas ou com alto risco de desenvolverem cânceres.

Categorias: I, II, IV, VII e IX.

BRUGHA, R.; ZWI, A. Improving the quality of private sector delivery of public health services: challenges and strategies. *Health Policy Plan*, v. 13, n. 2, p. 107-20, June 1998.

Comentário: o artigo relata que apesar do significativo sucesso do controle das doenças transmissíveis por contato nos países pobres e em desenvolvimento, um importante desafio ainda permanece, que é grande proporção de pacientes com tuberculose, malária ou DSTs – doenças que são pouco ou não valorizadas pelo setor privado da assistência. Assim, apesar de os provedores privados (PPs) oferecerem serviços que são percebidos pelos usuários como mais atrativos, as evidências sugerem que existem sérias deficiências na qualidade técnica desses serviços frente a essas doenças. Avaliações de intervenções promotoras de cuidado, baseadas em evidências em países com altos níveis de rendimento, têm demonstrado que estratégias multifacetadas aumentam o conhecimento dos profissionais e têm tido bons resultados na melhoria da qualidade dos serviços. Destaca que essas estratégias, ao serem utilizadas em países pobres, necessitam ser adequadas a cada realidade, valorizando a educação dos pacientes para que eles sigam os tratamentos. Destaca também o papel da auto-regulação pelas organizações dos provedores e os serviços de acreditação no desenvolvimento, implementação e avaliação de estratégias de médio e longo prazos

para a melhoria da qualidade dos serviços, que dependem também do envolvimento dos gestores, incluindo aí os *policy makers* e profissionais, principalmente os médicos.

Categorias: I, II, V, VII e IX.

BRUSTROM, J. E.; HUNTER, D. C. Going the distance: how far will women travel to undergo free mammography. *Mil Med*, v. 166, n. 4, p. 347-9, Apr. 2001.

Comentário: o estudo busca correlacionar o local de trabalho, a distância em relação a serviços pagos ou não-pagos de mamografia e o acesso de mulheres trabalhadoras a esses serviços. Destaca que há uma correspondência direta entre tais distâncias e a utilização dos serviços. Sugere que serviços gratuitos sejam organizados e distribuídos de maneira a permitir a utilização dos mesmos por mulheres que tenham dificuldades no acesso.

Categorias: I, II, IV e IX.

CAMERON, C. A.; LITCH, C. S.; LIGGETT, M.; HEIMBERG, S. National Alliance for Oral Health Consensus Conference on Medically Necessary Oral Health Care: Legal issues. *Spec Care Dentist*, v. 15, n. 5, p. 192-200, Sep-Oct 1995.

Comentário: o artigo fala sobre a responsabilização dos profissionais em caso de falhas na prestação do cuidado em saúde bucal. Os autores concluem que os profissionais e os advogados dos consumidores devem avançar seus esforços educacionais e legislativos sobre a importância desse serviço, e as seguradoras devem incluir a cobertura do cuidado em saúde bucal nas políticas médicas e dentais.

CARPINELLO, S.; FELTON, C. J.; PEASE, E. A.; DE MASI, M.; DONAHUE, S. Designing a system for managing the performance of mental health managed care: an example from New York State's prepaid mental health plan. *J Behav Health Serv Res*, v. 25, n. 3, p. 269-78, Aug 1998.

Comentário: o texto avalia o impacto de estratégias do comportamento do plano de saúde, controlado pelo setor público, e define as implicações do processo de regulação para atividades contínuas da melhoria da qualidade e dos relatórios de informação.

Categorias: V e IX.

CHUANG, C. H.; CHASE, G. A.; BENSYL, D. M.; WEISMAN, C. S. Contraceptive use by diabetic and obese women. *Womens Health Issues*, v. 15, n. 4, p. 167-73, July-August 2005.

Comentário: os autores se propõem a estudar a utilização de contraceptivos entre mulheres diabéticas e obesas, em comparação com mulheres sem estas condições. Utilizam um método de estudo seccional/transversal com mulheres de um sistema de vigilância de comportamento de risco de um programa de planejamento familiar em 11 estados dos EUA. A partir de uma técnica de regressão logística, avaliam o não-uso de contraceptivos entre mulheres obesas e diabéticas cruzando dados como idade, raça/etnia, estado civil, nível educacional, rendimento, cobertura de plano assistencial médico. Os resultados indicam uma maior taxa de utilização de contraceptivos entre mulheres não-diabéticas e não-obesas, em relação às portadoras desses agravos.

Categoria: II.

COCQUYT, V.; MOEREMANS, K.; ANNEMANS, L.; CLARYS, P.; VAN BELLE, S. Long-term medical costs of postmenopausal breast cancer therapy. *Ann Oncol*, v. 14, n. 7, p. 1.057-63, Jul. 2003.

Comentário: a partir da constatação do aumento da incidência de câncer de mama, o estudo identifica importante papel que os programas de prevenção podem desempenhar, principalmente se forem considerados os custos associados e o impacto sobre os sistemas de saúde.

Categorias: V, VI e VII.

CONGER, M. M. Integration of acute care CNS and case manager roles. *Crit Care Nurs Clin North Am*, v. 10, n. 1, p. 127-34, Mar 1998.

Comentário: segundo o artigo, para uma eficácia no ambiente de cuidado em saúde, deve-se ter um olhar voltado para fornecer responsabilidade e qualidade no cuidado cotidiano do hospital, tendo por foco os enfermeiros que dividem a grande perspectiva do cuidado intensivo. Para tanto, os programas educacionais que incluem a transformação da perspectiva são necessários.

Categorias: II e V.

Categorias: II, III, V e VII.

COWDEN, A. J.; FUNKHOUSER, E. Adolescent pregnancy, infant mortality, and source of payment for birth: Alabama residential live births, 1991-1994. *J Adolesc Health*, v. 29, n. 1, p. 37-45, Jul. 2001.

Comentário: o artigo busca avaliar o impacto de programas oferecidos tanto por empresas ligadas ao *Medicaid* quanto aquelas de seguro privado que desenvolvem ações de prevenção de gravidez na adolescência e da mortalidade infantil relacionadas a estas.

Categoria: V.

DeCORTE, P.; GUNTHER, J.; HARRISON-WOODSIDE, T.; JEWELL, D.; KALOTI, F. Health insurance: impact on hospitalization rates for asthma. *Nursing Connections*, v. 8, n. 3, p. 33-42, 1995.

Comentário: o estudo apresenta que seguros de saúde que aumentam o número de visitas médicas ao pacientes com asma diminuem proporcionalmente a taxa de hospitalização por essa doença. Aponta que um maior contato preventivo com o beneficiário asmático poderá diminuir as hospitalizações e, conseqüentemente, os custos.

Categorias: V e XI.

EDDY, D. M. Performance measurement: problems and solutions. *Health Aff. Millwood*, v. 17, n. 4, p. 7-25, Jul-Aug 1998.

Comentário: o estudo fala sobre os problemas naturais relacionados às dificuldades de acesso a saúde; às inadequadas informações do sistema; à complexidade dos planos de saúde e à disponibilidade de financiamento. Para o autor, as soluções encontradas seriam confiar nos processos; para justificar cada medida de maneira racional, para a melhora dos sistemas de informação e para fornecer resultados, não-políticos, mas ao público que financia o projeto e a administração das medidas.

Categorias: I, III, IV e V.

EISERT, S.; GABOW, P. Effect of *Child Health Insurance Plan* enrollment on the utilization of health care services by children using a public safety net system. *Pediatrics*, v. 110, n. 5, p. 940-5, Nov. 2002.

Comentário: examina as diferenças de utilização de serviços de saúde por parte de crianças vinculadas ou não ao *Child Health Insurance Plan*

(CHIP). Como resultado, ressalta que crianças vinculadas ao CHIP tinham maior padrão de utilização de serviços, principalmente odontológicos, visitas aos especialistas e ações de imunizações. Indica, ainda, que crianças ligadas ao CHIP haviam recebido maior cuidado a partir de ações preventivas, enquanto aquelas sem ligação haviam recorrido com maior frequência às emergências – fato que, para os autores, enfatiza os benefícios do programa.

Categorias: I, II, IV, V, VII, IX e XI.

FAULKNER, L. A.; SCHAUFFLER, H. H. The effect of health insurance coverage on the appropriate use of recommended clinical preventive services. *Am J Prev Med*, v. 13, n. 6, p. 453-8, Nov-Dec 1997.

Comentário: o estudo investiga o impacto de níveis diferentes da cobertura de seguro saúde no uso de serviços preventivos clínicos recomendados para homens e mulheres. Os resultados demonstram uma estatística positiva e um relacionamento significativo da resposta obtida entre o nível da cobertura do seguro saúde para o cuidado preventivo e o recebido nos serviços preventivos de saúde.

Categorias: V, VII e VIII.

FORTNEY, J.; ROST, K.; ZHANG, M. A joint choice model of the decision to seek depression treatment and choice of provider sector. *Med Care*, v. 36, n. 3, p. 307-20, Mar 1998.

Comentário: o autor discute o setor responsável por cuidar de determinada doença e conclui que o acesso ao setor específico de tratamento mede significativamente a escolha do setor do seguro, o que gera impacto na decisão da procura de tratamento.

Categorias: V e VII.

From the board room to the community room: a health improvement collaboration that's working. Community Health Improvement Partners. *Jt Comm J Qual Improv*, v. 24, n. 10, p. 549-65, Oct 1998.

Comentário: o texto, que não cita autor(es), fala sobre a importância da responsabilização e da colaboração de toda a comunidade para o desenvolvimento do acesso ao cuidado em saúde. Os sistemas e as clínicas da saúde de determinada região uniram-se com a saúde pública e os representantes acadêmicos para desenvolver maneiras colaborativas,

inovadoras, e eficazes, no que tange ao cuidado a saúde e nos efeitos concretos para melhorar a saúde dos residentes em San Diego.

Categorias: II, III, IV, V e IX.

GAFFIELD, M. L.; GILBERT, B. J.; MALVITZ, D. M.; ROMAGUERA, R. Oral health during pregnancy: an analysis of information collected by the pregnancy risk assessment monitoring system. *J Am Dent Assoc*, v. 132, n. 7, p. 1.009-16, Jul. 2001.

Comentário: este estudo busca ampliar o conhecimento sobre a utilização de serviços odontológicos durante o período gestacional. Utiliza dados provenientes do *Pregnancy Risk Assessment Monitoring System* (PRAMS), programa que busca obter informações sistematizadas sobre o comportamento de mulheres antes, durante ou imediatamente após o nascimento dos filhos. Os resultados indicam uma baixa utilização dos serviços odontológicos durante o período gestacional. Assim sugere um maior esforço dos atores envolvidos, principalmente a comunidade de obstetras e de odontólogos, na definição de *guidelines* que trariam benefícios à saúde bucal materna.

Categorias: I, II, IV, VIII e IX.

GANZ, P. A.; FARMER, M. M.; BELMAN, M.; MALIN, J. L.; BASTANI, R.; KAHN, K. L.; DIETRICH, A.; FIELDING, J. Improving colorectal cancer screening rates in a managed care health plan: recruitment of provider organizations for a randomized effectiveness trial. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, v. 12, n. 9, p. 824-9, Sep. 2003.

Comentário: o trabalho observa as principais recomendações relacionadas à realização de *screening* entre maiores de 50 anos de idade, em relação a câncer colo-retal, e lança desafios para o aumento das taxas de *screening* entre associados às empresas de uma modalidade *managed care* nos EUA.

Categorias: V e IX.

GLASS, A. Delivery of comprehensive cancer care at Kaiser Permanente. *Cancer*, v. 82, n. 10 supl., p. 2.076-80, May 15 1998.

Comentário: o artigo mostra que o cuidado do câncer é inteiramente integrado no cuidado médico detalhado e fornecido aos membros do KP. Os benefícios de saúde cobrem toda a prevenção

e o tratamento do câncer sem a distinção pelo diagnóstico, sendo a KP um bom exemplo do valor de uma grande organização da manutenção em saúde.

Categorias: II, V e IV.

GONEN, J. S. Managed care and the prevention of unintended pregnancy. *J Public Health Manag Pract*, v. 4, n. 6, p. 32-41, November 1998.

Comentário: o artigo destaca o papel desempenhado pelas empresas de *managed care* no processo de organização da assistência à gestação e planejamento familiar. Ressalta, no entanto, a necessidade de as empresas desenvolverem atividades que tenham como foco ações para além das opções de contracepção, valorizando o desenvolvimento de atividades de aconselhamento familiar, principalmente para adolescentes, no intuito de reduzir as taxas de gravidez indesejada.

Categorias: II, V e VII.

JOHNSON JT; TURNER EG; NOVAK KF; KAPLAN AL. Factors associated with comprehensive dental care following an initial emergency dental visit. *J Dent Child*, v. 72, n. 2, p. 78-80, May-Aug. 2005.

Comentário: estudo que busca caracterizar usuários de um programa de atendimento domiciliar de odontologia, a partir das seguintes categorias: idade, sexo, forma de pagamento. Destaca, dentre outras questões, as implicações dos níveis socioeconômicos como fator determinante do comportamento e compreensão do sistema de cuidados odontológicos por parte dos usuários.

Categorias: I, II, IV e VII.

KINGHORN, A. W. Implications of the development of managed health care in the South African private health care sector. *S Afr Med J*, v. 86, n. 4, p. 335-8, Apr 1996.

Comentário: o estudo faz uma análise da atenção gerenciada no setor privado da África do Sul que não demonstra compromisso com equidade, qualidade da atenção ou setor público de atenção à saúde. Entretanto, pode promover os objetivos da política nacional de saúde e benefícios, como o controle dos efeitos negativos potenciais, e assim proporcionar a diminuição dos custos.

Categorias: III e IV.

LORANT, V.; BOLAND, B.; HUMBLET, P.; DELIÈGE, D. Equity in prevention and health care. *J Epidemiol Community Health*, v. 56, n. 7, p. 510-6, Jul. 2002.

Comentário: a partir da evidência de existência de padrões de iniquidade no uso de ações preventivas, como *screening* para detecção de câncer e nível socioeconômico, este trabalho busca avaliar a correspondência entre iniquidade social e as ações preventivas por parte dos serviços de saúde. Toma como referência a utilização de alguns tipos diferentes de ações preventivas, a partir de médicos generalistas e especialistas. Como resultado, há uma diferença de ações, por parte dos profissionais, em relação ao nível sócio-econômico dos pacientes nos procedimentos preventivos selecionados. Como recomendação, valoriza a necessidade de intensificação do papel do médico generalista e de maior acesso a especialistas, especialmente nos casos de *screening* para câncer de mama.

Categorias: I, II, IV, V, VII e IX.

HADEN, N. K.; CATALANOTTO, F. A.; ALEXANDER, C. J.; BAILIT, H.; BATTRELL, A.; BROUSSARD, J.; BUCHANAN, J.; DOUGLASS, C. W.; FOX, C. E.; GLASSMAN, P.; LUGO, R. I.; GEORGE, M.; MEYEROWITZ, C.; SCOTT, E. R.; YAPLE, N.; BRESCH, J.; GUTMAN-BETTS, Z.; LUKE, G. G.; MOSS, M.; SINKFORD, J. C.; WEAVER, R. G.; VALACHOVIC, R. W. Improving the oral health status of all Americans: roles and responsibilities of academic dental institutions: the report of the ADEA President's Commission. *J Dent Educ*, v. 67, n. 5, p. 563-83, May 2003.

Comentário: compreendendo as instituições acadêmicas odontológicas como aquelas que representam a principal referência do Sistema Nacional de Educação em Saúde Bucal, das pesquisas e dos cuidados aos pacientes, reconhece os avanços ocorridos, nos últimos anos, nos níveis de saúde bucal da população americana. No entanto, reconhece as importantes disparidades que necessitam ser enfrentadas, e valoriza a união de esforços dos atores responsáveis, sejam eles vinculados à formação ou às instituições profissionais, no sentido de melhorar tais padrões. Destaca também o papel de outros profissionais nesse processo.

Categorias: I, II e IX.

HENDERSON, Z.; TAO, G.; IRWIN, K. Sexually transmitted disease care in managed care organizations. *Infect Dis Clin North Am*, v. 19, n. 2, p. 91-511, June 2005.

Comentário: os autores, considerando o papel das empresas de medicina de grupo que atuam junto ao *Medicaid* prestando atendimento, relatam o declínio da incidência das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) ocasionadas por bactérias e o controle daquelas com prevalência relacionada a vírus. Enfatizam a necessidade de que as empresas contribuam com esforços de controle, a partir da realização de pesquisas aplicadas e do trabalho de especialistas junto a clínicos, pacientes e sistema de saúde, para desenvolver intervenções em escala que ajudem a controlar e prevenir essas DSTs.

Categoria: IX.

MANSKI, R. J.; EDELSTEIN, B. L.; MOELLER, J. F. The impact of insurance coverage on children's dental visits and expenditures, 1996. *J Am Dent Assoc*, v. 132, n. 8, p. 1.137-45, Aug. 2001.

Comentário: o propósito deste estudo é o descrever o nível de cobertura dos serviços odontológicos entre crianças americanas e avaliar o impacto da cobertura e gastos com serviços. Utilizando estimativas de cobertura nacionais e correlação ente níveis socioeconômicos dos usuários, conclui que as taxas de cobertura dos serviços oferecidos pelo *Medicaid* têm menor efeito do que aqueles oferecidos a crianças que utilizam serviços privados. Indica também que a melhoria da saúde dental das crianças pobres depende particularmente da melhoria do desenho de cobertura dos serviços oferecidos pelos programas de saúde bucal do *Medicaid*. Sugere que, à luz destas análises, os profissionais e *policy-makers* devem se posicionar na direção de prover melhor acesso a esses serviços.

Categorias: I, II, IV, V, VIII, IX e X.

McGREEVY, K. M.; BARON, L. F.; HOEL, D. G. Clinical breast examination practices among women undergoing screening mammography. *Radiology*, v. 224, n. 2, p. 555-9, Aug. 2002.

Comentário: este trabalho busca determinar que proporção de mulheres realizou exames clínicos relacionados ao câncer de mama (*clinical breast examination* - CBE), durante 12 meses depois de se submeter a uma

mamografia, e relacionar a existência de fatores associados àqueles identificados no CBE. A realização de um estudo seccional com 1.135 mulheres que responderam um questionário auto-aplicável que continha informações sociodemográficas, sobre cuidados de saúde, prática da realização do auto-exame e dados. Como conclusão, aponta que a proporção de mulheres submetidas aos exames clínicos difere por conta de variáveis relacionadas ao nível educacional, tipo físico e raça.

Categorias: I, II, V, VIII e IX.

MITCHELL, J. B.; CROMWELL, J. Impact of Medicare payment reductions on access to surgical services. *Health Serv Res*, v. 30, n. 5, p. 637-55, Dec 1995.

Comentário: o estudo avalia o impacto da redução dos honorários médicos cirúrgicos pelo *Medicare* em 11 procedimentos. Analisa acesso, qualidade da atenção e utilização desses procedimentos.

Categorias: III e VIII.

PALMISANO, D. J.; EMMONS, D. W.; WOZNIAK, G. D; AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. Expanding insurance coverage through tax credits, consumer choice, and market enhancements: the American Medical Association proposal for health insurance reform. *JAMA*, v. 291, n. 18, p. 2.237-42, May 12, 2004.

Comentário: amparado em recentes estudos realizados pela *American Medical Association* (AMA) sobre o aumento de indivíduos sem cobertura dos planos de saúde, avalia a pertinência da adoção de propostas ligadas ao pagamento de taxas individuais para acesso visando ao aumento de cobertura.

Categoria: IX.

REID, R. A. Using the tail to wag the dog: a consumer's perspective on management of the cost of cancer. *Cancer*, v. 82, n. 10 supl., p. 2.022-5, May 15 1998.

Comentário: este artigo descreve a política do seguro de saúde usada por uma pequena companhia, para reduzir o custo financeiro do tratamento do câncer, sendo utilizados nesse processo os benefícios que melhoram os processos de decisão da pessoa saudável, e o benefício que promove a participação preliminar de um psicólogo no cuidado próximo à morte.

Categorias: V e VII.

ROGSTAD, K. E.; AHMED-JUSHUF, I. H.; ROBINSON, A. J.; MSSVD Adolescent Sexual Health Group. Standards for comprehensive sexual health services for young people under 25 years. *Int J STD AIDS*, v. 13, n. 6, p. 420-4, Jun. 2002.

Comentário: este trabalho busca responder à necessidade de desenvolver serviços voltados à saúde sexual de jovens e servir como ferramenta a partir da consolidação de padrões de atendimento e monitoramento de ações e serviços que tenham como foco o atendimento a esse tipo de população.

Categorias: I, II, IV e V.

RUNOWICZ, C. D. Lymphedema: patient and provider education: current status and future trends. *Cancer*, v. 83, suppl. 12, p. 2.874-6, Dec 15 1998.

Comentário: neste artigo, o resultado da revisão da literatura demonstrou que tanto os pacientes, quanto os profissionais de saúde não recebem informações suficientes voltadas para a prevenção e tratamento do linfedema. Para o autor, estratégias educacionais para pacientes e provedores (dos serviços de saúde) precisam ser desenvolvidas e executadas.

Categorias: II, V e XI.

RYAN, S. A.; MILLSTEIN, S. G.; KANG, M.; ENSMINGER, M. E.; STARFIELD, B.; IRWIN, C. E. Adolescents' knowledge of their health insurance coverage. *J. Adolesc Health*, v. 22, n. 4, p. 293-9, Apr 1998.

Comentário: a necessidade de o paciente conhecer seus direitos é o que o autor aborda, através da menção de uma pesquisa de campo para determinar o quanto o grupo coberto pelo seguro saúde sabe sobre seus direitos. Outra pesquisa será necessária para determinar como a informação sobre o seguro é comunicada aos adolescentes e como este conhecimento afeta o acesso e o uso de serviços de saúde.

Categorias: V e VII.

SCHMIDT, L. A.; WEISNER, C. M. Private insurance and the utilization of chemical dependency treatment. *J Subst Abuse Treat*, v. 28, n. 1, p. 67-76, Jan. 2005.

Comentário: examina diferentes tipos de cobertura de planos de saúde oferecidos pelo governo ou por instituições privadas, e sua influência sobre a maneira de tratamento de agravos relacionados ao uso de álcool. Destaca a insuficiência de estudos sobre o impacto

dos tratamentos e a importância que os programas públicos, como *Medicare*, devem desempenhar no acompanhamento e tratamento de usuários que não têm cobertura dos planos privados.

Categorias: I, V, VII, VIII e XI.

SLAYTON, R. L.; DAMIANO, P. C.; WILLARD, J. C. Perceived dental needs of children enrolled in Iowa's Medicaid Supplemental Security Income (SSI) health plan. *ASDC J Dent Child*, v. 68, n. 3, p. 206-10, 152, May-Jun 2001.

Comentário: o estudo buscou determinar a percepção de pais sobre as necessidades de saúde bucal de crianças portadoras de algum tipo de incapacidade, e se eles têm ou não dificuldades de obter cuidados odontológicos. Um *survey* com pais de crianças vinculadas ao *Medicaid Supplemental Security Income* (SSI) no estado de Iowa-EUA mostrou que 68% das crianças apresentavam algum tipo de necessidade de atendimento odontológico durante o ano anterior à pesquisa. Deste, 9,4% dos pais relataram que tiveram dificuldades em conseguir-lo, 8,1% não tiveram grandes dificuldades e, para 82,5%, conseguir atendimento não representou problema. A maioria das necessidades odontológicas relatadas eram de crianças com mais de cinco anos e com maior tempo de experiência no programa SSI. Os autores indicam a necessidade de realização de estudos adicionais para determinar os tipos de barreiras por eles frente ao acesso das atividades do SSI.

Categorias: I, II, V, VII e IX.

WANG, Y. R.; PAULY, M. V. Preventive care in managed care and fee-for-service plans: is it cost effective. *Manag Care Interface*, v. 16, n. 2, p. 47-50, Feb. 2003.

Comentário: os autores salientam que as taxas de cobertura dos serviços de saúde, nível de conhecimento, a liderança dos médicos e os níveis socioeconômicos dos usuários são as maiores barreiras para o recebimento de cuidados preventivos. Ao comparar ações realizadas por profissionais médicos ligados à lógica do *fee-for-service* com as ações desencadeadas por profissionais ligados aos planos de *Managed Care*, observam que estes utilizam maior número de ações preventivas que os outros. Destaca, porém, que as relações de custo-benefício dessas ações não são examinadas.

Categorias: I, II, III, IV, V, VII, VIII, IX e XI.

WEEKS, J. R. Service provider attitudes toward natural family planning. *Adv Popul*, n. 1, p. 125-55, 1993.

Comentário: o estudo busca avaliar o NFP [*natural family planning*] que tem como *locus* de ações clínicas privadas. Os dados foram obtidos a partir de um questionário enviado pelo correio aos administradores das clínicas e profissionais de saúde, ginecologistas – obstetras, em Los Angeles e San Diego, na Califórnia-EUA. O principal objetivo foi determinar os efeitos das ações de planejamento familiar. Como fator de dificuldades, aponta a resistência e ceticismos por parte dos médicos em relação aos métodos de planejamento.

Categorias: I, II, III, IV, V, VII e IX.

WHITE, A. H. Integration of chiropractic into managed care in a multidisciplinary setting. *Manipulative Physiol Ther*, v. 18, n. 9, p. 626-7, Nov-Dec. 1995.

Comentário: discorre sobre a importância da integração do massagista de quiroprática e outras subespecialidades com atenção gerenciada, e como essa ação melhora a qualidade do atendimento e proporciona a diminuição do custo. Aponta, também, que a multidisciplinaridade pode garantir um melhor qualidade e resolubilidade da atenção à saúde.

Categorias: II, VI e X.

WOOD, S. D.; HUNTER, M. E.; LESCAULT, T. L. A comparison of expectations for selected physician and managed health care services between Medicare-eligible and the next Medicare-eligible generation. *Am J Med Qual*, v. 13, n. 3, p. 111-20, 1998.

Comentário: o estudo explora e compara as diferenças dos serviços de saúde entre a geração atual dos idosos elegíveis para o cuidado de saúde e a geração seguinte também elegível, através de alguns exames padrões. As diferenças significativas foram encontradas entre os dois grupos nas variáveis relacionadas ao tempo da espera, qualificação do médico, comunicação, e expectativas da cobertura controlada do cuidado.

Categorias: I, IV, V e VII.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Task Force for the Urgent Response to the Epidemics of Sexually Transmitted Infections in Eastern Europe and Central Asia: report on the fourth meeting, Copenhagen, Denmark 10-11 February 2000. WHO Regional Office for Europe: Copenhagen, 2000. 36 p.

Comentário: aborda a importância da criação de ações urgentes para trocar informações e coordenar a prevenção e o cuidado das infecções sexualmente transmissíveis em determinada região. Comenta o impacto de reformas atuais da saúde na estrutura e no financiamento de serviços de prevenção e do cuidado das infecções sexualmente transmitidas, e as oportunidades para usar processos da reforma do sistema de saúde na aceitabilidade e acessibilidade nos serviços de infecções sexualmente transmitidas.

Categorias: I, II, IV e V.

ZUVEKAS, A.; NOLAN, L.; TUMAYLLE, C.; GRIFFIN L. Impact of community health workers on access, use of services, and patient knowledge and behavior. *J Ambul Care Manage*, v. 22, n. 4, p. 33-44, October 1999.

Comentário: o artigo relata as implicações e o papel dos trabalhadores sociais, que desenvolvem atividades de aconselhamento, promoção, educação em saúde, transporte de pacientes e atividades cuidadoras como aqueles que desempenham papel vital nas relações e ligações entre os provedores de saúde e a comunidade assistida. Com base em estudo realizado em programas que têm esse tipo de cuidador, busca extrair aprendizados que possam ser incorporados por outros programas e também examina os resultados destes.

Categorias: I, II, IV, V, VII, IX e XI.

4.2. Relações entre prestadores e beneficiários individuais e coletivos

ALDAY, S. A.; TORO, I. P. ¿Qué piensa la población de los servicios de salud?: accesibilidad, utilización y calidad de la atención. *Cad. Saúde Colet*, v. 11, n. 2, p. 159-181, jul.-dez. 2003.

Comentário: tendo como principal objetivo conhecer as condições de acesso, utilização e qualidade da atenção à saúde em diversos tipos

de serviços existentes no México, utiliza uma perspectiva analítica qualitativa, mais precisamente realização de grupos focais com mães de família de zonas urbanas e rurais de três estados selecionados a partir de critérios socioeconômicos. Seus resultados apontam uma heterogeneidade de padrões de qualidade nos critérios avaliados.

Categorias: I, IV,V e IX .

ANDREAZZI, M. F. S.; KORNIS, G. E. M. Transformações e desafios da atenção privada em saúde no Brasil nos anos 90. *Physis-Revista de Saúde Coletiva*, v. 13, n. 1, p. 157-191, 2003.

Comentário: apresenta a o panorama interno e externo do setor da saúde suplementar, a partir da explicitação das mudanças estruturais ocorridas no capitalismo do final do século XX e da instauração do marco regulatório no Brasil, indicando os desafios colocados ao setor, particularmente nas relações que se interpõem entre as operadoras e os consumidores.

Categoria: IX.

BAUMGARTEN, E. The concept of 'competence' in medical ethics. *J Med Ethics*, v. 6, n. 4, p. 180-4, Dec. 1980.

Comentário: o autor discute que o grau de “incompetência” dos pacientes na tomada de decisão que afetará suas vidas de acordo com as circunstâncias e que deve ser explicitada no contrato inicial entre médico/paciente.

Categoria: VI.

BOELKE, C.; BOUSHO, N. B.; ISENSEE, S. Achieving open access: the road to improved service & satisfaction. *Med Group Manage J*, v. 47, n. 5, p. 58-68, Sep.-Oct. 2000.

Comentário: o artigo discorre sobre a importância da qualidade do cuidado prestado pelos profissionais de saúde e o conceito de acesso livre.

Categoria: VI.

BRODY, H.; BONHAM, V. L. Gag rules and trade secrets in managed care contracts. Ethical and legal concerns. *Arch Intern Med*, v. 157, n. 18, p. 2.037-43, Oct 13 1997.

Comentário: o artigo trata das questões referentes à ética no relacionamento entre médico, paciente e plano de saúde. Para o autor, as respostas a estes desafios éticos à integridade do médico devem envolver médicos particulares, organizações de cuidado contínuo, organizações profissionais e os elaboradores de política pública.

Categorias VI, VII e IX.

BURKE, G. Ethics and medical decision-making. *Prim Care*, v. 7, n. 4, p. 615-24, Dec. 1980.

Comentário: o objetivo do artigo é refletir sobre o relacionamento médico paciente e a existência deste vínculo, como primordial no tratamento. O autor conclui que a fidelidade ao paciente, à profissão e aos direitos do paciente como um indivíduo são os pressupostos do modelo parental ou o tom legal do modelo contratual.

Categoria: VI.

CECCHIA, C. M. A. Assistência médica como um benefício nas empresas: um estudo em organizações de grande porte da cidade de São Paulo. São Paulo s/ed, 1996. 163 p.

Comentário: trata da assistência médica como benefício para funcionários de organizações de grande porte, localizadas na cidade de São Paulo. Apresenta alternativas de modelos de assistência médica supletiva, disponíveis e investiga os agentes, as variáveis e os critérios envolvidos no processo decisório, que levam à configuração do benefício. Aborda a origem desse benefício nas empresas e tece considerações sobre funções que podem assumir dentro da política de recursos humanos.

Categorias: IV e VII.

DOMENIGHETTI, G.; CASABIANCA, A. Health care economics, uncertainty and physician-induced demand. *Schweiz Med Wochenschr*, v. 125, n. 42, p. 1.969-79, Oct 21 1995.

Comentário: aborda a ausência da informação e da transparência no cuidado em saúde, especialmente entre o médico/provedor/consumidor. O autor relaciona a má prescrição não somente ao *status* da saúde do paciente, mas também ao mau pagamento dado ao médico.

Categoria: VI.

FISHER, G. R. Telemedicine and the payment system. *Pa Méd*, v. 98, n. 11, p. 32-4, Nov 1995.

Comentário: o autor reflete que o serviço telefônico médico gratuito se tornou uma cortesia profissional, mas as mudanças recentes no ambiente da prática devem alertar para um reexame desse serviço gratuito.

Categoria: VI.

GLAJCHEN, M.; BLUM, D.; CALDER, K. Cancer pain management and the role of social work: barriers and interventions. *Health Soc Work*, v. 20, n. 3, p. 200-6, Aug. 1995.

Comentário: o artigo discorre sobre os dilemas do uso de novas terapias e da qualidade de vida para os pacientes com câncer acerca da prevalência da dor, e identifica a necessidade dos trabalhadores desenvolverem habilidades como comunicação, avaliação, resolução de problemas e a sustentação psicológica.

Categoria: VI.

GREMBOWSKI, D. E.; COOK, K. S.; PATRICK, D. L.; ROUSSEL, A. E. Managed care and the US health care system a social exchange perspective. *Soc Sci Méd*, v. 54, n. 8, p. 1.167-80, Apr. 2002.

Comentário: o artigo discorre sobre importação do modelo de atenção gerenciada em vários países, com objetivo principal de controlar os custos e aumentar a qualidade da atenção. Demonstra-se, também, que no sistema de saúde existem três níveis que se inter-relacionam de maneira desequilibrada ou dependente: operadora com os beneficiários; operadora com os prestadores; beneficiários com os prestadores. Entretanto, existe uma constante tentativa de assumir o poder da relação por um dos níveis.

Categorias: VI, VII, VIII e XI.

HOMENKO, D. F.; KOHN, M.; RICKEL, T.; WILKINSON, M. L. Student identification of ethical issues in a primary care setting. *Med Educ*, v. 31, n. 1, p. 41-4, Jan. 1997.

Comentário: aborda os questionamentos éticos ao atendimento médico, evidenciando quando os temas éticos são prevalentes no ambiente de atenção primária. Eles são menos dramáticos do que aqueles no hospital, mas são suficientes e frequentes para sua inclu-

são nos currículos, habilitando os estudantes a se tornarem mais sensíveis para suas existências.

Categoria: VI.

HOMER, C. S. Private health insurance uptake and the impact on normal birth and costs: a hypothetical model. *Aust Health Rev*, v. 25, n. 2, p. 32-7, 2002.

Comentário: este estudo descreve como o aumento do seguro de saúde privado tem acarretado o aumento da taxa de cesariana e dos custos de proporcionar cuidados de maternidade em baixo risco em mulheres em Novo Gales do Sul, após a implantação da recente política do governo australiano, que tem encorajado um grande número de mulheres em idade fértil a adotar o seguro de saúde privado

Categorias: IV, VI e XI.

KOVAL, M.; DOBIE, S. Why do the elderly seek or avoid care? A qualitative analysis. *Fam Med*, v. 28, n. 5, p. 352-7, May 1996.

Comentário: o artigo aborda as dificuldades dos idosos em procurarem o cuidado em saúde. As conclusões do estudo mostraram que o amor próprio está correlacionado diretamente com a vontade de a pessoa idosa procurar o cuidado e que a percepção do indivíduo quanto ao *status* de saúde e os papéis que cabem ao médico e ao paciente contribuem para o idoso buscar ou não o cuidado em saúde.

Categorias: VI e XI.

LIM, M. K.; YANG, H.; ZHANG, T.; ZHOU, Z.; FENG, W.; CHEN, Y. China's evolving health care market: how doctors feel and what they think. *Health Policy*, v. 69, n. 3, p. 329-37, Sep. 2004.

Comentário: o artigo discorre sobre um estudo que avalia a opinião dos médicos de três províncias da China (Guangdong, Shanxi e Sichuan) sobre o processo de desenvolvimento do mercado de saúde, avaliando níveis de satisfação em relação ao próprio salário, trabalho, sua capacidade e ao sistema de saúde. Os resultados apontam que há necessidade de um adequado controle no desenvolvimento e evolução do comércio da assistência à saúde pelo Estado e que a revitalização da profissão médica poderá impactar no sucesso das reformas na assistência à saúde.

Categorias: VIII e IX.

LIU, C. F.; CHRISTIANSON, J. B. The demand for health insurance by employees in a voluntary small group insurance program. *Med Care*, v. 36, n. 3, p. 437-43, Mar. 1998.

Comentário: o artigo ressalta as contradições na procura por um plano de saúde, como o direito ao acesso muda de acordo com o nível de vida daquele que procura.

Categoria: VI.

MALLOZZI, J. Purchasing cooperatives for small employers. *States Health*, v. 7, n. 8, p. 1-8, Dec. 1997

Comentário: aborda questões relacionadas ao governo federal nos EUA e como ele lida com a saúde nos estados, destacando a necessidade contínua de reformas estatais e o olhar sobre as regras/normas/ legislação.

Categoria: VI.

PELLEGRINO, E. D. Managed care at the bedside: how do we look in the moral mirror? *Kennedy Inst Ethics J*, v. 7, n. 4, p. 321-30, Dec. 1997.

Comentário: neste ensaio são focalizadas questões éticas enfrentadas pelo médico que carrega a responsabilidade em cuidar do paciente. Conclui que a maneira como o médico controla o cuidado exige que os custos não sejam medidos em dólares, mas nos acordos de dimensões no relacionamento entre paciente e médico.

Categoria: VI.

RAETZO, M. A. Quality in ambulatory medicine. *Rev Med Suisse Romande*, v. 121, n. 11, p. 821-4, Nov. 2001.

Comentário: observa-se que apesar de seguros saúde, associações médicas e profissionais possuem perspectivas distintas sobre a qualidade da atenção a pacientes ambulatoriais, todos adotam a educação permanente como estratégia de aperfeiçoamento da qualidade da atenção a esse público. Nessas atividades eles abordam a relação médico-paciente, o diagnóstico e a estratégia de terapêutica e o manejo de incerteza. A educação permanente apresenta-se como uma proposta de aperfeiçoamento da qualidade da atenção aos pacientes ambulatoriais.

Categorias: II, V, X e XI.

SOX, C. M.; SWARTZ, K.; BURSTIN, H. R.; BRENNAN, T. A. Insurance or a regular physician: which is the most powerful predictor of health care? *Am J Public Health*, v. 88, n. 3, p. 364-70, Mar. 1998.

Comentário: este estudo busca comparar os efeitos relativos ao acesso ao cuidado em saúde no relacionamento com o *status* médico regular e do seguro. Como resultado, pode-se destacar que para os pacientes com médico regular, o acesso não era diferente entre o não-segurado e os segurados privados. Para os pacientes segurados privados, aqueles que não tinham médico regular tiveram acesso precário em relação àqueles com médico regular. Conclui-se que entre pacientes que buscam os serviços de emergência, o relacionamento com o médico regular é um preditor mais forte que o *status* de seguro para o acesso ao cuidador.

Categoria: VI.

STIFFMAN, A. R.; STRILEY, C.; HORVATH, V. E.; HADLEY-IVES, E.; POLGAR, M.; ELZE, D.; PESCARINO, R. Organizational context and provider perception as determinants of mental health service use. *J Behav Health Serv Res*, v. 28, n. 2, p. 188-204, May 2001.

Comentário: o estudo refina e testa um modelo de organização dos serviços centrados na lógica da opção de acesso dos usuários do serviço, contrastando-o com um modelo da provisão do serviço baseado na perspectivas de comportamento do provedor. O modelo organizado a partir da lógica do provedor demonstra o papel jogado pelas percepções do provedor, que são influenciadas mais pelo ambiente do trabalho do que por problemas do cliente.

Categoria: VI.

VAN DE VEN, W. P. Market-oriented health care reforms: trends and future options. *Soc Sci Méd*, v. 43, n. 5, p. 655-66, Sep. 1996.

Comentário: o artigo discorre sobre as reformas que estão sendo implementadas ou foram propostas nas orientações comerciais do mercado de saúde publicamente financiados, com o objetivo de fazer uma alocação de recursos na assistência médica mais eficiente, mais inovadora e mais flexível para a preferência de consumidores mantendo capital próprio.

Categorias: I e IX.

WYNIA MK; ZUCKER D; SUPRAN S; SELKER HP. Patient protection and risk selection: do primary care physicians encourage their patients to join or avoid capitated health plans according to the patient's health status? *J Gen Intern Med.* 17, n. 1, p. 40-7, Jan. 2002.

Comentário: o artigo busca averiguar se os médicos da atenção primária à saúde encorajam ou desencorajam seus pacientes a contratar planos de saúde de acordo com a gravidade de seu quadro clínico. Como conclusão, o estudo confirma que o incentivo ou não por parte dos médicos está realmente diretamente relacionado com a situação de saúde do beneficiário. Entretanto, tais atitudes podem isolar certos planos de saúde na cobertura de pacientes mais doentes e mais caros.

Categorias: VI e VII.

ZBRACK, B. J.; CHESLER, M. A. Managed care: the new context for social work in health care – implications for survivors of childhood cancer and their families. *Soc Work Health Care*, v. 31, n. 2, p. 89-103, 2000.

Comentário: aborda a forma como a mudança da organização do cuidado em saúde requer assistentes sociais para tratar de novas demandas, e em alguns casos aprimorar sua prática profissional tradicional. Para os autores, os assistentes sociais devem estabelecer uma posição mais poderosa para negociar a política institucional e pública que sustenta a primazia da ética do trabalho social e com o compromisso centrado no cliente.

Categorias IV e VI.

4.3. Mecanismos de regulação e microrregulação e práticas da operadora em relação ao beneficiário

AWOFESO, N. Implementing tuberculosis control programmes in Kaduna State, Nigeria. *Int J Tuberc Lung Dis*, v. 2, n. 4, p. 336-7, Apr. 1998.

Comentário: este artigo discute o impacto do pagamento ou da gratuidade na terapia antituberculosa aos pacientes em tratamento para tuberculose. Um projeto piloto de tuberculose introduziu taxas nos custos de recuperação, sendo que a avaliação de diversos atores revelou a redução proporcional dos pacientes marcados positivamente

pelo diagnóstico, que poderiam ter recursos para o tratamento, realçando a marca de conformidade naqueles que gostariam de pagar. **Categorias** III, IV e VI.

BLUMENTHAL, D.; WEISSMAN, J. S.; WACHTERMAN, M.; WEIL, E.; STAFFORD, R. S.; PERRIN, J. M.; FERRIS, T. G.; KUHLETHAU, K.; KAUSHAL, R.; IEZZONI, L. I. The who, what, and why of risk adjustment: a technology on the cusp of adoption. *J Health Polit Policy Law*, v. 30, n. 3, p. 453-73, Jun. 2005.

Comentário: o artigo usa a teoria clássica da difusão da tecnologia para explicar a adaptação e o uso do ajuste do risco pelos planos de saúde, que empregaram ocasionalmente o ajuste do risco. Para a política de saúde, em geral as experiências diferenciadas dos atores públicos e privadas com ajuste do risco serão necessárias, para que pelo menos os planos de saúde que empregaram ocasionalmente o ajuste do risco possam sugerir a necessidade de controle do serviço de saúde, considerando as barreiras para a adaptação das tecnologias analíticas em desenvolvimento.

Categoria: III.

CANNING, B. Funding, ethics, and assistive technology: should medical necessity be the criterion by which wheeled mobility equipment is justified? *Top Stroke Rehabil*, v. 12, n. 3, p. 77-81, 2005.

Comentário: o artigo explora a relação entre o uso de cadeira de rodas e a necessidade de prescrição médica, e questiona a competência do seguro-saúde para cobrir determinadas situações como o a cadeira de rodas, pois há muitos tipos diferentes de seguro-saúde, e nenhuma definição universal da atuação médica.

Categorias II, III, VII e VIII.

CARDON, J. H.; HENDEL, I. Asymmetric information in health insurance: evidence from the National Medical Expenditure Survey. *Rand J Econ*, v. 32, n. 3, p. 408-27, 2001.

Comentário: o artigo aborda o tema acesso a planos de saúde destinados às populações pobres, relacionando o consumo do cuidado em saúde e a qualidade do serviço a elas prestado. Nos resultados do estudo não foi encontrada nenhuma evidência de assimetrias informacionais.

Categorias: III, VI e VII.

CHU, C. H.; YEUNG, C. Y.; LO, E. C. Monitoring patient satisfaction with university dental services under two fee-paying systems. *Community Dent Oral Epidemiol*, v. 29, n. 5, p. 390-8, Oct. 2001.

Comentário: o artigo é resultado de uma pesquisa que estuda a questão da satisfação de determinados clientes quanto ao tratamento dental gratuito, tratando assim da qualidade do atendimento. Os autores concluem que as tentativas recentes da clínica dental da universidade, de encurtar o tempo de espera dos pacientes e a mudança no sistema de atendimento gratuito, puderam melhorar a satisfação dos pacientes com o serviço.

Categorias: III, X e XI.

ELLIS, R. P. Formal risk adjustment by private employers. *Inquiry*, v. 38, n. 3, p. 299-309, 2001.

Comentário: o artigo explora as explicações para os poucos empregadores do âmbito privado adotarem o ajuste formal de risco. Observa-se que atualmente alguns agentes consumidores, empregadores, planos de saúde e fornecedores não exigem o ajuste formal do risco e não estão surpresos com o fato que a opção é lenta. O argumento central é que o mercado da saúde nos Estados Unidos não está no equilíbrio, mas aos poucos está mudando, sendo que as mudanças recentes no mercado dos planos de saúde podem mudar a demanda e acelerar as escolhas futuras.

Categorias: III, IV, VI, VII e VIII.

FARIAS, L. O.; MELAMED, C. Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasi. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 585-598, 2003.

Comentário: os autores analisam a dimensão e segmentação da assistência suplementar à saúde no Brasil e o perfil de seus segurados. Destacam alguns elementos conceituais necessários à compreensão das características do mercado em saúde. Analisam a dimensão e o papel do setor privado de saúde em países-membros da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e compararam com caso brasileiro. Em seguida, realizam breve histórico do setor supletivo de saúde no Brasil e, por fim, apresentam uma análise do perfil dos segurados, tendo por base os micros dados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio de 1998 (PNAD/IBGE).

Categorias: III e IV.

FITZMAURICE, J. M. A new twist in US health care data standards development: adoption of electronic health care transactions standards for administrative simplification. *Int J Med Inform*, v. 48, n. 1-3, p. 19-28, Feb. 1998.

Comentário: o artigo discorre sobre questões administrativas e a parceria entre os sistemas público-privado, visando ao desenvolvimento e execução de padrões para a uniformidade dos dados do cuidado em saúde, usados em transações administrativas eletrônicas da saúde e padrões para a privacidade e segurança da informação individualmente identificada na saúde. Conclui-se que uma parceria bem-sucedida para padrões administrativos dos dados da saúde pode pavimentar a maneira para o sucesso em padrões clínicos dos dados da saúde e sua aplicação em sistemas informatizados para registro do paciente.

Categorias: III, IV e IX.

FRANK, R. G.; ROSENTHAL, M. B. Health plans and selection: formal risk adjustment vs. market design and contracts. *Inquiry*, v. 38, n. 3, p. 290-8, 2001.

Comentário: neste artigo é explorada a demanda para o ajuste do risco através dos planos de saúde contratados pelos empregadores privados, considerando as circunstâncias sob as quais os planos puderam avaliar o ajuste do risco. Três fatores reduzem o valor do ajuste do risco do ponto de vista dos planos de saúde. Em primeiro lugar, somente um segmento relativamente pequeno de segurados privados americanos enfrentam uma escolha entre os competidos planos de saúde. Em segundo, a saúde concebe a parte de seu risco do seguro com pagadores, fornecedores. Terceiro, a avaliação da experiência do fato que ocorre durante o processo da negociação e a gerência da cobertura do plano parece substituir o ajuste de risco. Quando o ambiente atual não gerar muita demanda para o ajuste do risco, poderá ser tarde para refletir sobre esse assunto.

Categorias: III, IV, VI, VII e VIII.

GARBER, A. M. Evidence-based coverage policy. *Health Aff*, v. 20, n. 5, p. 62-82, Sep-Oct 2001.

Comentário: avalia a utilização de mecanismos de efetividade da prática médica a partir da adoção de abordagens Baseadas em Evidência em dois Programas distintos de *Managed Care* dos EUA.

Categorias: III, IV e VIII.

GREMBOWSKI, D. E.; MARTIN, D.; PATRICK, D. L.; DIEHR, P.; KATON, W.; WILLIAMS, B.; ENGELBERG, R.; NOVAK, L.; DICKSTEIN, D.; DEYO, R.; GOLDBERG, H. I. Managed care, access to mental health specialists, and outcomes among primary care patients with depressive symptoms. *J Gen Intern Méd*, v. 17, n. 4, p. 258-69, Apr 2002.

Comentário: O objetivo do artigo é determinar a relação da atenção gerenciada com o acesso reduzido aos especialistas de saúde mental e piores resultados entre pacientes de atenção primária com sintomas depressivos. Concluem que a intensidade da atenção gerenciada geralmente não esteve associada ao acesso a especialistas de saúde mental. Conseqüentemente, nenhum resultado adverso na saúde foi requisitado. Entretanto, baixos índices de cuidado providos por médicos de atenção primária foram encontrados.

Categorias: I, III, IV e VII.

GURWITZ, J. H.; GOLDBERG, R. J.; MALMGREN, J. A.; BARRON, H. V.; TIEFENBRUNN, A. J.; FREDERICK, P. D.; GORE, J. M. Hospital transfer of patients with acute myocardial infarction: the effects of age, race, and insurance type. *Am J Med*, v. 112, n. 7, p. 528-34, May 2002.

Comentário: o artigo analisa a influência que outros fatores, além do diagnóstico médico, exercem na decisão de transferência hospitalar de pacientes com infarto agudo do miocárdio. Os fatores considerados foram: a idade, o sexo, a raça e o tipo de plano de saúde. Os achados sugerem que tais fatores influenciam as decisões a respeito da transferência dos pacientes hospitalizados com infarto do miocárdio agudo para outros hospitais, o que está associado à existência de poucos hospitais com ampla oferta de procedimentos diagnósticos e terapia cardiovascular.

Categorias: VI, VIII e IX.

KEENAN, P. S.; BUNTIN, M. J.; MCGUIRE, T. G.; NEWHOUSE, J. P. The prevalence of formal risk adjustment in health plan purchasing. *Inquiry*, v. 38, n. 3, p. 245-59, 2001.

Comentário: os autores relatam a prevalência do ajuste formal do risco dos pagamentos feitos aos planos de saúde por cuidado médico por governos do Estado e por pagadores privados. Como conclusões, os autores encontraram que o ajuste formal do risco está asso-

ciado aproximadamente a um quinto de todos os registros dentro dos planos de saúde. Quando os programas de *Medicare* confiarem no ajuste formal do risco de todos os seus registros de plano de saúde, a prática será usada por aproximadamente 1% dos seguros privados.

Categoria: III.

OLIVER, T. R. Holding back the tide: policies to preserve and reconstruct health insurance coverage in Maryland. *J Health Polit Policy Law*, v. 29, n. 2, p. 203-36, Apr. 2004.

Comentário: este artigo examina o curso da ação em Maryland, onde as iniciativas inovadoras foram dadas em torno do sistema original do pagamento do atendimento no hospital público e seu reembolso para a compensação do tratamento/cuidado, visando a evoluir o programa de saúde da criança e a regulação do pequeno mercado do seguro-saúde. A experiência de Maryland reitera que cada etapa para uma segurança melhor em saúde, não importa a dimensão, e sim o principal desafio técnico e político, é confiar em estados para fixar a cobertura para todos os americanos no futuro.

Categorias: III e IV.

SALTMAN, R. B. Recent health policy initiatives in Nordic countries. *Health Care Financ Ver*, v. 13, n. 4, p. 157-66, 1992.

Comentário: discutem-se a reconfiguração dos padrões de financiamento, adoção de estratégias competitivas e de oferta de ações ocorrida nos sistemas de saúde da Suécia, Finlândia e Dinamarca. Ressalta a manutenção dos fundamentos públicos do sistema, apesar da introdução e combinação de mecanismos de controle macro e microeconômicos na busca da garantia da eficiência, efetividade e resolubilidade dos pacientes.

Categorias: I, III, IV, VII e IX.

SMITH, M. A.; BINDMAN, A. B.; DAVIS, M. K.; FINCH, M. D. To help or hinder: Which is more important in explaining a physician's willingness to recommend a health plan? *Med Care*, v. 39, n. 5, p. 469-77, May 2001.

Comentário: avalia a percepção de médicos sobre um determinado conjunto de estratégias de ações adotadas por um plano de saúde. Ressalta que a reação dos médicos a essas estratégias varia de acordo o grau

de incapacidade apresentado pelo paciente. Recomenda que as estratégias adotadas devam considerar os perfis dos pacientes e suas singularidades no momento em que buscam uma melhor qualidade para o sistema.

Categorias: III, IV e VI.

Understanding contracts is one key to improving capitation management. *Capitation Manag Rep*, v. 12, n. 5, p. 57-9, 49, May 2005

Comentário: segundo o texto, que não tem autoria definida, contratos de capitação se tornaram mais complexos com a necessidade de novas provisões baseadas em compartilhamentos incentivos a desempenho e novas incorporações tecnológicas. Aconselha a usar esta estratégia para proteger organizações em ambientes de risco contratual.

Categoria: III.

WOLFF, N.; SCHLESINGER, M. Risk, motives, and styles of utilization review: a cross-condition comparison. *Soc Sci Méd*, v. 47, n. 7, p. 911-26, Oct. 1998.

Comentário: o estudo demonstra a preocupação da gerência dos planos de saúde que desenvolvem e executam critérios da revisão, em geral sem orientação de normas clínicas de tratamento, para controle do uso de serviços médicos de alto custo. Os autores sugerem que as organizações de revisão da utilização dos serviços considerem as implicações nas práticas clínicas, bem como na equidade do acesso ao cuidado médico, à experiência, à orientação profissional, e os incentivos financeiros dos médicos.

Categorias: III e VIII.

YOUNG, D. W.; BARRETT, D.; KENAGY, J. W.; PINAKIEWICZ, D. C.; MCCARTHY, S. M. Value-based partnering in healthcare: a framework for analysis. *J Healthc Manag*, v. 46, n. 2, p. 112-32, Mar-Apr, 2001.

Comentário: o artigo concentra suas atenções na restrita leitura que empregadores fazem dos benefícios que a oferta de planos pode trazer para a qualidade do trabalho. Destaca ainda que as análises dessas relações estão restritas às discussões sobre custos e taxas de prêmios a serem pagas, o que para os autores deve ser ampliada a partir de uma articulação de interesses entre empregadores, gestores de planos e empregados.

Categorias: I, III, IV, VII, IX e X.

ZWANZIGER, J.; MELNICK, C. Can managed care plans control health care costs? *Health Aff*, v. 15, n. 2, p. 185-99, 1996.

Comentário: o artigo discorre sobre a necessidade de as operadoras criarem esforços adicionais na produção de medidas de qualidade para manutenção dos planos de saúde dentro do mercado competitivo, uma vez que o setor de seguro-saúde se transformou nos últimos anos, visando ao cuidado permanente que substituiu o seguro da indenização. Tal transformação foi pretendida para mudar a natureza da competição no sistema do cuidado em saúde, de modo que as forças de mercado pudessem ser usadas controlando os custos. Os estudos empíricos mostraram que este objetivo esteve presente nas áreas de controle do cuidado, com a perspectiva de diminuir custos.

Categorias: III, IV e VIII.

4.4. Integralidade na assistência à saúde, de interesse da saúde suplementar

BÉLAND F; BERGMAN H. Home care, continuing care and medicare: a Canadian model or innovative models for Canadians? *Healthc Pap*, v. 1, n. 4, p. 38-45, 2000.

Comentário: discussão sobre a oferta do serviço de *home care* no sistema de saúde do Canadá. O artigo ressalta a importância de um entendimento ampliado do conceito de necessidades de saúde, destacando a iniquidade da oferta desse serviço no país. Destaca ainda que a cobertura para serviços de saúde deve incluir a prevenção, visando a atender às diferentes necessidades da população. Discute a forma de financiamento dos serviços de saúde que devem melhorar a integração do cuidado, e não aumentar barreiras entre médico, hospital e cuidado social.

Categorias: I, II, IV, V, IX e XI.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med*, v. 114, n. 11, p. 1.115-8, Nov. 1990.

Comentário: o texto define e caracteriza sete atributos para a qualidade do cuidado em saúde – eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Ressalta o condi-

cionamento da assistência à saúde com a consideração das variáveis sociais, assegurando com isso a qualidade dos serviços.

Categorias: I, II, III e X.

EDELSTEIN B. Policy issues in early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol*, v. 26, n. 1 supl., p. 96-103, 1998.

Comentário: o artigo trata da discussão sobre os resultados de políticas voltadas para o controle de cáries na infância. Ressalta que a erradicação da cárie na infância dependerá do desenvolvimento de políticas que considerem a variabilidade do indivíduo e da população, os comportamentos dos pais, o impacto da organização de mudanças e o financiamento do cuidado dental e, ainda, a necessidade para a integração com esforços da saúde pediátrica e pública.

Categorias: II, IV e V.

GRUMBACK, K.; VRANIZAN, K.; BINDMAN, A. B. Physician supply and access to care in urban communities. *Health Aff*, v. 16, n. 1, p. 71-86, Jan-Feb 1997.

Comentário: a partir da análise de um banco de dados de pacientes californianos, o artigo busca associar o acesso aos serviços de saúde com a oferta desses serviços. Foram consideradas características da população tais como: *status* do seguro, renda, raça/etnia. A dificuldade de acesso aos serviços de saúde em comunidades com uma oferta prejudicada é, aparentemente, explicada pela falta de seguro saúde e por outras características populacionais que não a própria oferta de serviços de saúde. O estudo concluiu que uma distribuição geográfica equitativa de médicos em áreas urbanas mostra-se pouco efetiva para compensar as iniquidades dos sistemas de seguro-saúde.

Categorias: I, II, IV e IX.

ISMAIL, A. I.; SOHN, W. The impact of universal access to dental care on disparities in caries experience in children. *J Am Dent Assoc*, v. 132, n. 3, p. 295-303, Mar. 2001.

Comentário: o artigo investigou a associação entre fatores socioeconômicos e a severidade da ocorrência de cárie em crianças que tiveram acesso à assistência odontológica numa província canadense. Como resultado, os autores concluem que o acesso a serviço público, gratuito e universal de tratamento odontológico desde o

nascimento não eliminou as disparidades na ocorrência da cárie. A análise de um programa universal altamente utilizado do tratamento dental sugere que a disparidade no status da saúde bucal não pode ser reduzida unicamente fornecendo o acesso universal para esse serviço. Ressaltam como proposta que estes programas devem ser dirigidos para a compreensão das determinantes socioeconômicas, e do comportamento da comunidade, no que se refere à desigualdade no atendimento ao tratamento odontológico.

Categorias: I, II, III, IV, V, IX e XI.

MacADAM, M. Home care: it's time for a Canadian model. *Healthc Pap*, v. 1, n. 4, p. 9-36, 2000.

Comentário: o artigo trata dos programas de *homecare* adotados pelas províncias do Canadá, a diversidade de critérios utilizados para essa oferta, tais como: a variabilidade de elegibilidade, custo, qualidade e acesso aos serviços de tratamento domiciliar, e discute a possibilidade de uma articulação maior, lançando uma proposta de uma política nacional que ofereça esse tipo de atendimento na rede pública, trazendo o tratamento domiciliar para a pauta da discussão política em saúde, no Canadá.

Categorias: II, III, IV e IX.

MARRACINO, C. Coberturas de salud. *Bol. Acad. Nac. Med. B.Aires*, v. 77, n. 2, p. 425-33, jul.-dic. 1999.

Comentário: o artigo trata das formas de coberturas dos serviços de saúde na Argentina, analisando sua distribuição e poder de alcance e os critérios utilizados para definição de acesso aos serviços.

Categorias: II e IV.

STARFIELD, B.; SHI, L. The medical home, access to care, and insurance: a review of evidence. *Pediatrics*, v. 113, n. 5 supl., p. 1.493-8, May 2004.

Comentário: os autores realizaram revisão na literatura a respeito da importância e dos benefícios proporcionados pela assistência médica domiciliar (*home care*) e uma análise da relação dos seguros de saúde com a oferta desse serviço. Os estudos revelaram que a assistência médica domiciliar auxilia na melhora da saúde (individual e coletiva), exerce influência na redução dos custos totais e na redução das

disparidades na saúde entre os diversos estratos sociais. Apesar de o uso do plano de saúde (ou seguro saúde) ser importante e facilitar o acesso a determinados serviços, isso não garante a cobertura do tratamento domiciliar pelo plano de saúde.

Categorias: I, II e IV.

Notas

¹ Participaram da elaboração desta bibliografia comentada: Luís Cláudio de Carvalho, Camilla Maia Franco, Rosana Freitas Arantes e Verônica Silva Fernandez (pesquisadores); e Cristiano Freitas Arantes, Joyce Cabral Sanchez, Juliana de Alencar Mota e Macedo, Juliana Rosa da Silva Ferreira e Thiago Enrico Massi Werneck (bolsistas).

² CECÍLIO, L. C. *et al.* A saúde suplementar na perspectiva da microrregulação. In: *Dois Faces da Mesma Moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar*. Rio de Janeiro: ANS; 2005. págs. 63-74.

³ MALTA, D.C. *et al.* Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 2, p. 433-444, 2004.

⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Programa de Qualificação da Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, 2005.

⁵ BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Sistema de Informações de Beneficiários da ANS - SIB*. Rio de Janeiro, março, junho e dezembro de 2004a. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Sistema de Informações de Operadoras da ANS - SIB*. Rio de Janeiro, agosto de 2004b. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Sistema de Informações de Produtos da ANS - SIB*. Relatório Gerencial de Acompanhamento da Assistência. Rio de Janeiro, jan. 2004c.

⁶ ANDRADE, E. I. G.; LANA, F. C. F.; CHERCHIGLIA, M. L. (Coords.). *Relatório final da pesquisa bibliográfica sobre os temas: Estado de Bem-Estar, modelos assistenciais e incorporação tecnológica na saúde suplementar no Brasil*, Belo Horizonte: UFMG, jul. 2006.

ANEXOS



INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS – USUÁRIO
Pesquisa Centro Colaborador CEPESC/LAPPIS (IMS-UERJ e ISC-UFF) –
PROMOTORES

Nome:
Idade:
Tempo de formado:
Cargo:
Tempo no cargo:

Saúde suplementar

1. Qual sua relação com os serviços de saúde privados de saúde?
2. Como se dá a escolha da área de saúde suplementar dentro do MP? Você escolheu esta área? Por quê?
3. Quais os maiores desafios no seu cargo?
4. Quais os parceiros (institucionais)?
5. Quais são os critérios para definir prioridades no seu trabalho?
6. Quais os mecanismos e instâncias de negociação/pactuação utilizados na garantia da saúde suplementar?
7. Como são iniciados os processos?

Direito e participação

8. Quais os grupos da sociedade civil que mais se relacionam com o MP no tocante à saúde suplementar?
9. Quais as principais demandas em saúde suplementar que chegam ao MP hoje?
10. Dentre as demandas que chegam ao MP, são recorrentes as relacionadas à oncologia? E à saúde bucal? E à saúde materno-infantil?
11. Qual o papel do MP na saúde suplementar?
 - 11.1. Ele cumpre esse papel?

12. Qual a importância da participação popular na saúde suplementar?
12.1. Como você vê a participação da população?
13. Como você acha que os usuários e os movimentos sociais compreendem sua atuação (do MP)?
14. Há alguma relação entre o direito constitucional à saúde e a saúde suplementar? Qual?
15. Qual o papel do profissional de saúde nesta lógica?
16. Qual a relação do município/Estado com o MP no tocante à saúde suplementar?
17. Qual a relação das operadoras dos planos de saúde com o MP?
18. Como é a relação do MP estadual e o federal?
19. Pondere sobre a eficácia dos instrumentos legais do MP na saúde suplementar

Direito e mídia

20. O que você acha das notícias atuais relativas à saúde suplementar?
21. Você acha que a mídia influencia nas demandas das pessoas? Como?
22. Você percebe alguma associação dessas demandas dos usuários com a mídia? Qual? Como ocorre?
23. Você acha que a mídia influencia na atuação do MP? Que tipo de mídia e em que grau?
24. Há alguma associação entre o direito e a mídia?



LAPPIS - INTEGRALIDADE EM SAÚDE

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS – OPERADORAS Pesquisa Centro Colaborador CEPESC/LAPPIS (IMS-UERJ e ISC-UFF) - GESTOR

Dados de Identificação da Operadora

Nome da operadora
Cidade / UF
Classificação
Nome e cargo do interlocutor
Escolaridade: Idade:
Sexo:

1. A Operadora possui algum instrumento (manual de normas e procedimentos, material publicitário) para informar como **os beneficiários** devem proceder nos atendimentos de consultas, realização de exames, internações e urgência/emergência?
 Manual de Normas
 Manual de Procedimentos
 Site/Internet
 Call Center
 Outros. Quais? _____
2. A Operadora possui algum instrumento (manual de normas e procedimentos, material publicitário) para informar como os **profissionais** devem proceder na solicitação de consultas, exames, internações e urgência/emergência?
 Manual de Normas
 Manual de Procedimentos
 Site/Internet
 Call Center
 Outros. Quais? _____

3. A Operadora possui algum mecanismo para atualizar/aperfeiçoar/qualificar os **profissionais** vinculados a operadora:

- cursos
- estímulo/incentivo a participação em Congressos, Jornadas
- Fórum de discussões virtuais
- Divulgação de Artigos Científicos
- Educação permanente
- Outros. Quais? _____

4. Quais são os procedimentos para autorização de solicitação e consultas/exames etc?

5. Existem limites (por determinado período) Se afirmativo, para que procedimentos.

6. Como se dá o acesso aos exames de imagem (ultra-som, tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética)?

7. Como se dá o acesso aos exames laboratoriais?

8. Qual a interface com o SUS? É possível articular parcerias? Existem muitos casos de ressarcimento ao SUS?

9. Como se dá a incorporação de novas tecnologias e procedimentos de assistência a saúde?

10. Quais os mecanismos de regulação dos serviços assistenciais para utilização/prescrição de serviços assistenciais?

autorização prévia (utilização dos serviços condicionada à autorização)

porta de entrada (ex.: médico generalista)

direcionamento (utilização direcionada de prestador)

hierarquização da Rede (encaminhamento por grau de complexidade)

co-participação (parte efetivamente paga pelo consumidor referente à realização do procedimento)

fator moderador

franquia (valor estabelecido no contrato até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura)

Utilização de Guias e Protocolos

Não pratica

Outros Quais _____

11. Em caso afirmativo, como é feito esse acompanhamento?

12. Caso existam protocolos, estes se referem a:

(podem ser marcadas mais de uma opção)

orientação da conduta médica

definição do tipo de procedimentos autorizados

definição do número de procedimentos autorizados

definição do fluxo/referenciamento do beneficiário

outros Especificar _____

13. Se necessário um procedimento que não consta do protocolo clínico, ou se excede o número previsto pelo mesmo, a conduta adotada é:

14. Em relação à Instrução Normativa 10/2005 da ANS qual a sua avaliação /percepção

15. Quais atividades/ações de promoção à saúde são desenvolvidas?

16. Você tem visto muitas notícias atuais relativas à saúde suplementar? Caso sim, comente o que chamou mais sua atenção.

17. Você percebe que a mídia influencia nas demandas das pessoas aos planos? Como?

18. Você percebe que a mídia influencia sua atuação? Que tipo de mídia e em que grau?

19. O que vc pensa da atuação da justiça contra os planos de saúde?

20. Você identifica alguma associação entre o direito reivindicado pelos beneficiários e mídia?

21. O que vc entende por direito à saúde? E direito do consumidor dos planos de saúde?

22. O que vc entende por atenção integral (ou integralidade)? É possível na saúde suplementar?

Nome do entrevistador:

Local:

Data:



LAPPIS - INTEGRALIDADE EM SAÚDE

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS – OPERADORAS Pesquisa Centro Colaborador CEPESC/LAPPIS (IMS-UERJ e ISC-UFF) - PROFISSIONAL

Dados de Identificação da Operadora

Nome da operadora

Cidade / UF

Classificação

Nome e cargo do interlocutor

Escolaridade: Idade:

Sexo:

Especialização:

1. Você como profissional tem que seguir a algum instrumento (manual de normas e procedimentos, material publicitário) para informar como os beneficiários devem proceder nos atendimentos de consultas, realização de exames, internações e urgência/emergência?
 - Manual de Normas
 - Manual de Procedimentos
 - Site/Internet
 - Call Center
 - Outros. Quais? _____
2. Quais são as formas de agendamento do usuário a sua consulta e/ou utilização de serviços de apoio diagnóstico e internação?
3. Quantas consultas o usuário tem direito por mês?
4. Como se dá o processo de solicitação encaminhamento a exames de imagem (ultra-som, tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética)?
5. Como se dá o processo de solicitação a exames laboratoriais?
6. Como se dá, na sua relação com a operadora, a aceitação e posterior ressarcimento – pagamento das incorporações tecnológicas

- e procedimentos que você (ou seu grupo) necessita para a realização da assistência a saúde?
7. Como você pensa que deveria ser esse processo de autorização/solicitação/encaminhamentos, etc?
 8. Esse serviço é credenciado pelo SUS? caso sim, há alguma articulação e/ou diferença no atendimento?
 9. Quais os mecanismos de regulação dos serviços assistenciais para utilização/prescrição que a operadora utiliza para a liberação e ressarcimento dos seus serviços assistenciais?
 - autorização prévia (utilização dos serviços condicionada à autorização)
 - porta de entrada (ex.: médico generalista)
 - direcionamento (utilização direcionada de prestador)
 - hierarquização da Rede (encaminhamento por grau de complexidade)
 - co-participação (parte efetivamente paga pelo consumidor referente à realização do procedimento)
 - fator moderador
 - Auditoria
 - franquias (valor estabelecido no contrato até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura)
 - Não pratica
 - Outros Quais _____
 10. Em caso afirmativo, como é feito esse acompanhamento?

 11. Caso existam protocolos, estes se referem a:
 - (podem ser marcadas mais de uma opção)
 - orientação da conduta médica
 - definição do tipo de procedimentos autorizados
 - definição do número de procedimentos autorizados
 - definição do fluxo/referenciamento do beneficiário
 - outros Especificar _____
 12. Como você avalia esses protocolos, tendo em vista a sua conduta diagnóstica/terapêutica?

12. Se necessário um procedimento que não consta do protocolo clínico, ou se excede o número previsto pelo mesmo, a conduta adotada é:
-
13. Com relação à construção da linha do cuidado (tornar claro esse tópico) como vc na sua especialidade tem conduzido a atenção aos pacientes...
14. Como se dá a sua relação com outros profissionais e prestadores
15. Você tem recebido algum incentivo para atualizar/aperfeiçoar/qualificar suas ações enquanto **profissional** vinculados a esta operadora:
-] não
-] cursos
-] estímulo/incentivo a participação em Congressos, Jornadas
-] Fórum de discussões virtuais
-] Divulgação de Artigos Científicos
-] Educação permanente
-] Outros. Quais? _____
16. Quais atividades/ações de promoção a saúde são desenvolvidas?
17. Você percebe que a mídia influencia nas demandas das pessoas aos planos? Como?
18. Você percebe que a mídia influencia sua atuação? Que tipo de mídia e em que grau?
19. O que vc pensa da atuação da justiça contra os planos de saúde? E contra os profissionais?
20. Você identifica alguma associação entre o direito reivindicado pelos beneficiários e o que a mídia noticia?
21. O que vc entende por direito à saúde? E direito do consumidor?
22. O que vc entende por acolhimento? Vínculo? E acesso na saúde suplementar?
23. O que vc entende por atenção integral (ou integralidade)? é possível na saúde suplementar?

Nome do entrevistador:

Local:

Data:



**INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS – OPERADORAS
Pesquisa Centro Colaborador CEPESC/LAPPIS - USUÁRIOS**

Dados de Identificação da Operadora

Nome da operadora

Cidade / UF

Classificação

Nome e profissão do interlocutor

Escolaridade: Idade:

Sexo:

- 1) Qual(is) o(os) motivo(s) para o(a) senhor(a) escolher um Plano de saúde e por que escolheu esse Plano.
- 2) Como o (a) Senhor(a) pensa que seria o atendimento as suas necessidades de SAÚDE (Informações, encaminhamentos, esclarecimentos, procedimentos, acesso, agendamento de consultas/exames/internações/cirurgias, e a relação com os profissionais durante esse processo)
- 3) Eu gostaria que o(a) senhor(a) me contasse como foi (tem sido) seu caminho durante o processo de identificação/ diagnóstico e tratamento (**buscar cruzamento com as linhas e marcadores**) ou (**Conte-me como se deu a busca por atendimento ao seu problema de saúde desde o seu aparecimento até o momento**) e como o(a) senhor(a) se sentiu (sente) durante esse processo.
- 4) Como a (o) senhor (a) acha que poderia ter isso esse processo descrito anteriormente?
- 5) Você tem visto muitas notícias atuais relativas à saúde suplementar? Caso sim, comente o que chamou mais sua atenção;

- 6) Você percebe que a notícia traz informações importantes para vc?
De que maneira?
- 7) Vc já precisou ir à justiça em algum momento para tratar de problemas relativos ao seu atendimento pelo plano de saúde?
Caso sim, comente. Caso não, qual seria o papel da justiça
- 8) Para a senhor(a) o que seria um atendimento “acolher”? O que seria vínculo? E acesso?
- 9) O que vc entende por direito à saúde? E atenção integral?

Nome do entrevistador:

Local:

Data:



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
R.G: _____, declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado(a) na pesquisa de campo referente a pesquisa intitulado(a) **Formação e Pesquisa em Saúde Suplementar e Integralidade** na Saúde desenvolvida pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Fui informado(a), ainda, de que a pesquisa é coordenada por Roseni Pinheiro, a quem poderei consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº 21 25877540 ou e-mail lappis.sus@ims.uerj.br.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, **que, em linhas gerais é analisar as relações entre mídias, saúde suplementar e poder judiciário, a partir das concepções dos atores sociais envolvidos na utilização de serviços na prestação do cuidado em saúde.**

Fui também esclarecido(a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista semi-estruturada e realização de grupo focal, a ser gravada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelo(a) pesquisador(a) e/ou seu(s) orientador(es) / coordenador(es).

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado(a), poderei contatar o(a) pesquisador(a) responsável [ou seus orientadores], ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ (CEP-IMS), situado na Rua São Francisco Xavier, 524 - sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro (RJ), CEP 20559-900, telefone (x-21) 2587-7303 ramal 248 ou 232 e fax (x-21) 2264-1142.

A pesquisador a principal da pesquisa me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Fui ainda informado(a) de que posso me retirar desse(a) estudo / pesquisa / programa a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____

MATRIZES ANALÍTICAS

Marcadores Analíticos – Modo e Produção do Cuidado

	Marcadores	Descritores	O Quê Medir
Dimensão da Produção do Cuidado Integral	Acesso	Garantia de atendimento no momento em que a necessidade se manifesta ao beneficiário.	Formas de agendamento. Acesso às sub-especialidades. Acesso às especialidades (livre escolha?). Acesso ao apoio diagnóstico, média e alta complexidade. A seleção de riscos (ou barreiras à entrada dos clientes no sistema, excluindo aqueles de alto risco).
	Linha do Cuidado Integral	Acesso a todas as tecnologias de cuidado necessárias à resolução do problema de saúde do beneficiário, seja de nível primário, secundário ou terciário, em todos os graus de complexidade. Incluem-se as ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação.	Fluxos dos beneficiários que necessitam percorrer uma suposta “linha do cuidado” em diversos serviços (consultórios, unidades de diagnóstico, internação, etc...). Disponibilidade de cuidados em todos os níveis. Modelos de autorização de procedimentos, internação.
	Acolhimento	Escuta qualificada do problema do beneficiário, seja no ambiente da operadora ou do prestador, dando-lhe uma resposta positiva e se responsabilizando pelo mesmo.	Dispositivos acolhedores dos prestadores: tempo de espera para consulta, procedimentos de diagnóstico/ terapias, etc... aspectos relacionais no cuidado aos beneficiários, encaminhamento seguro. Dispositivos acolhedores nas operadoras: recepção de solicitações, ouvidoria, atendimento ao cliente, call center, etc...
	Vínculo	Responsabilização na condução de um certo projeto terapêutico, acompanhando o usuário em todas etapas de atendimento às suas necessidades.	Acompanhamento pelo médico do beneficiário, do itinerário terapêutico percorrido pelo mesmo, inclusive em caso de internação; acompanhamento de egressos de internação hospitalar.
	Promoção da Saúde	Programas com objetivo de reduzir agravos a uma certa população mais susceptível (risco).	Campanhas na qual a operadora participa, dispositivos de educação à saúde, estímulo ao auto-cuidado, etc..., ações educativas pelo profissionais de saúde.

Marcadores Analíticos – Conhecimentos práticas dos profissionais.

	Marcadores	Descritores	O Quê Medir
Dimensão da Regulação e Microregulação do Modo de Produção do Cuidado.	Regulação exercida pela ANS e suas repercussões na produção do cuidado.	As operadoras adequam as normas de regulação ao seu modo próprio de contratualizar com prestadores e beneficiários e isso produz certos modelos de produção do cuidado.	A diferença de contratualização entre operadores e beneficiários a partir da regulação da ANS: política de preços/tabela de faixas etárias; progressão na escala de preços de diferentes planos; Diferenciação da clientela com contratos firmados antes e após a Lei 9656/1998.
	Contratualização entre Operadoras e Beneficiários com referência na produção do cuidado.	Diferentes modalidades contratuais ofertadas por algumas operadoras, que tipificam os planos por modelos assistenciais que às vezes diferem no cuidado, no acesso, no pagamento (co-pagamento), conforto, etc...	Modelos contratuais nos diferentes tipos de planos ofertados pelas operadoras, discriminando as tendências do mercado da saúde suplementar, as preferências da clientela. Identificar as intenções presentes nas diferentes modalidades, por exemplo a redução do risco moral ou moral hazard (aumento da utilização de serviços pelos usuários, quando cobertos).
	Contratualização entre operadoras e prestadores.	O contrato entre operadoras e médicos servem como dispositivos de certas modalidades de cuidado e também racionalizadores. Contratualização entre operadoras e empresas que prestam serviços a beneficiários.	Microrregulação do processo de trabalho dos prestadores, especialmente os prescritores (médicos). Contratualização de empresas que eventualmente prestam serviços à clientela de certas operadoras, seus objetivos, perfil da clientela que atendem, tipo de contrato, instrumentos de cuidado e racionalizadores de custos, etc...

	Marcadores	Descritores	O Quê Medir
	Tecnologias mais usadas	O predomínio do tipo de tecnologias mais usadas no atendimento aos usuários.	A condução do atendimento em termos de acolhimento, construção de projeto terapêutico, escolha das tecnologias terapêuticas e acompanhamento do usuário.
	Linha do Cuidado Integral	Acompanhamento e coordenação no acesso a todas as tecnologias de cuidado necessárias à resolução do problema de saúde do beneficiário, seja de nível primário, secundário ou terciário, em todos os graus de complexidade. Incluem-se as ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação.	Mecanismos utilizados para coordenar fluxos dos beneficiários que necessitam percorrer uma suposta “linha do cuidado” em diversos serviços (consultórios, unidades de diagnose, internação, etc...). Articulação com outros profissionais ou serviços. Coordenação de informações.
	Concepção de integralidade	Concepção que fundamenta as práticas de atenção e de promoção de saúde.	Que concepções que fundamentam ou instrumentalizam o desenvolvimento das práticas de cuidado e promoção em saúde.

Matriz Analítica – Direito à Saúde

DIMENSÕES	Descritores	Traçadores
1. Direito. Direito como bem de serviço (SUS). Direito do consumidor (SS)	Conjunto de relações que se estabelece com o vínculo contratual, regulado pelo Estado, entre usuários e operadoras, remetendo à forma como o cuidado será definido por meio da integralidade.	Concepção de direito associado à saúde suplementar. Articulação e conflitos entre direito do consumidor e direito à saúde sob a ótica do usuário. Formas do usuário interferir no serviço e no cuidado através de canais de comunicação.
2. Relação entre mídia e direito. Recepção. Mediação	Forma como a mídia influencia as concepções de direito das pessoas, estimulando a justificação de demandas ao MP, Defensoria Pública e ao Judiciário.	Concepção da influência da mídia no cotidiano do serviço e do cuidado. Discursos sobre a influência da mídia na ida ao MP e ao Judiciário. Representações que têm como fundamento notícias midiáticas.
3. Relação entre saúde suplementar e usuários. Operadoras. ANS. Controle social	Cumprimento das obrigações contratuais referentes ao serviço e ampliação das possibilidades de participação dos usuários na definição do cuidado.	Concepções da obrigação contratual existente. Call centers. Expectativas na escolha da operadora e a influência da mídia. Tipo de demanda. Fundamento da demanda. Justificativas para levar à ANS. Forma como a ANS lida com a demanda.
4. Relação entre usuários e Justiça. MP. Defensoria. Judiciário	Demandas levadas ao MP, Defensoria Pública e ao Judiciário pelos usuários.	Tipo de demanda. Fundamento da demanda. Justificativas para levar ao MP e ao Judiciário. Forma como o MP e o Judiciário lidam com a demanda. Ações e outros instrumentos legais.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS DA ANS (SIB) - ANS.GOV.BR – DATA: 13/11/2006

Número de beneficiários do Estado do Rio de Janeiro
Período: Dez de 2005

	Assistência Médica (%)		Excl. Odontológico (%)		Total (%)	
Total	36.194.278	(100)	6.257.789	(100)	42.452.267	(100)
Faixa Etária						
Até 19 anos	10.288.446	(28,43)	1.611.981	(25,76)	11.900.427	(28,03)
20 a 39 anos	12.917.119	(35,69)	3.104.829	(49,62)	16.021.948	(37,74)
40 a 49 anos	5.325.514	(14,71)	913.724	(14,6)	6.239.238	(14,70)
50 a 64 anos	4.774.762	(13,19)	484.939	(7,75)	5.259.701	(12,39)
65 anos ou mais	2.821.752	(7,8)	107.092	(1,71)	2.928.844	(6,90)
Inconsistente	66.685	(0,18)	35.224	(0,56)	101.909	(0,24)
Sexo						
Masculino	16.753.578	(46,29)	3.177.741	(50,78)	19.931.319	(46,95)
Feminino	19.440.700	(53,71)	3.080.048	(49,22)	22.520.748	(53,05)
Modalidade de plano						
Autogestão	5.311.230	(14,67)	23.468	(0,38)	5.334.698	(12,57)
Cooperativa Médica	11.243.038	(31,06)	15.664	(0,25)	11.258.702	(26,52)
Filantropia	1.323.766	(3,66)	5.092	(0,08)	1.328.858	(3,13)
Medicina de Grupo	13.859.172	(38,29)	436.369	(6,97)	14.295.541	(33,67)
Seguradora Especializada em Saúde	4.457.072	(12,31)	290.847	(4,65)	4.747.919	(11,18)
Cooperativa Odontológica	-	-	1.483.789	(23,71)	1.483.789	(3,50)
Odontologia de Grupo	-	-	4.002.560	(63,96)	4.002.560	(9,43)
Tipo de Contrato						
Individual ou Familiar	8.112.789	(22,41)	878.574	(14,04)	8.991.363	(21,18)
Coletivo	23.622.837	(65,27)	4.767.522	(76,19)	28.390.359	(66,88)
Não Informado	4.458.652	(12,32)	611.693	(9,77)	5.070.345	(11,94)
Segmentação						
Referência	4.659.851	(12,87)	-	-	4.659.851	(10,98)
Hosp. c/ Obstetrícia + Ambulatorial + Odonto	259.305	(0,72)	-	-	259.305	(0,61)
Hosp. c/ Obstetrícia + Ambulatorial	18.047.956	(49,86)	-	-	18.047.956	(42,51)
Hosp. c/ Obstetrícia + Odonto	2.034	(0,01)	-	-	2.034	(0)
Hosp. c/ Obstetrícia	452.512	(1,25)	-	-	452.512	(1,07)
Hosp. c/s Obstetrícia + Ambulatorial	901.424	(2,49)	-	-	901.424	(2,12)
Hosp. c/s Obstetrícia + Odonto	1.177	(0)	-	-	1.177	(0)
Hosp. c/s Obstetrícia	2.817	(0,01)	-	-	2.817	(0,01)
Hosp. s/ Obstetrícia + Ambulatorial + Odonto	2.881.301	(7,96)	-	-	2.881.301	(6,79)
Hosp. s/ Obstetrícia + Ambulatorial	2.501.407	(6,91)	-	-	2.501.407	(5,89)
Hosp. s/ Obstetrícia + Odonto	7.613	(0,02)	-	-	7.613	(0,02)
Hosp. s/ Obstetrícia	183.967	(0,51)	-	-	183.967	(0,43)
Ambulatorial + Odonto	537.573	(1,49)	-	-	537.573	(1,27)
Ambulatorial	1.381.873	(3,82)	-	-	1.381.873	(3,26)
Odontológico	-	-	5.657.496	(90,41)	5.657.496	(13,33)
Informado incorretamente	-	-	8.467	(0,14)	8.467	(0,02)
Não Informado	4.373.468	(12,08)	591.826	(9,46)	4.965.294	(11,7)

LISTA DOS VÍDEOS UTILIZADOS NO ESTUDO DE RECEPÇÃO

TÍTULO	PROGRAMA ¹	DESCRIÇÃO	DURAÇÃO
Defesa do consumidor	RJTV, 1ª edição	O Código de Defesa do Consumidor mudou a vida de quem compra um produto ou paga por um serviço e fica insatisfeito. Toda quarta-feira, o RJTV vai mostrar exemplos de cidadãos que lutam por seus direitos e dar os caminhos que ajudam o consumidor. Hoje vamos conhecer melhor o Procon. De 27/04/2005	2'00"
Problemas com planos	RJTV, 1ª edição	Boa parte da população se esforça para pagar um plano de saúde, na tentativa de garantir atendimento médico. Mas nem sempre isso acontece. Na coluna Direito do Cidadão, alguns problemas enfrentados por associados que fazem planos em grupo e os cuidados importantes para quem vai assinar um contrato desse tipo. De 23/11/2005	3'44"
Vitória do consumidor	RJTV, 1ª edição	Caso de pessoas que entram na justiça a partir do Código em Defesa do Consumidor. De 15/03/2006	2'45"
Queixas sem fim	RJTV, 1ª edição	Na coluna Direito de Cidadão de hoje, os problemas com os planos de saúde - no Rio, só este ano, o PROCON já registrou reclamações contra 18 planos de saúde diferentes. Excesso de burocracia e desrespeito aos direitos dos clientes transformam o caminho para a saúde em uma <i>via crucis</i> . De 02/08/2006	4'05"
Novidades prometem acabar com a dor nos consultórios dentários	Jornal Nacional	Novos tratamentos dentários sem dor. De 26/01/2004	2'21"
Vida Nova para Vanessa	Globo Repórter	Reportagem sobre Transplante de medula feito em menina com leucemia. De 14/01/2005	7'30"
Medo incontrolável	Globo repórter	Caso de indivíduo com Síndrome do Pânico e Depressão. De 17/06/2005	3'19"
Esperança para mulheres com câncer	Globo repórter	Caso de mulher que tinha câncer e em função de o tratamento poder levar à infertilidade, congelou seus folículos ovarianos. De 08/07/2005	3'48"

¹ Todos os vídeos foram produzidos pela TV Globo.

TRANSCRIÇÕES DOS VÍDEOS UTILIZADOS²

1- Defesa do consumidor RJTV, 1ª edição, 27/04/2005

O Código de Defesa do Consumidor mudou a vida de quem compra um produto ou paga por um serviço e fica insatisfeito. Toda quarta-feira, o **RJTV** vai mostrar exemplos de cidadãos que lutam por seus direitos e dar os caminhos que ajudam o consumidor. Hoje vamos conhecer melhor o Procon.

Todos os dias no Procon do Rio passam, pelo menos, cem consumidores insatisfeitos. As reclamações são as mais variadas. A comerciante Gisele Souza teve problemas com uma empresa de ônibus. “Eu mandei umas mercadorias pro Maranhão pro meu filho no dia 8 de abril e me deram o prazo de 48 horas para entregar e até o momento não entregaram. Eles me disseram que eu podia esperar ou então que eu procurasse os meus direitos”, conta ela.

Joel Nogueira, empreiteiro, está há seis meses brigando com uma empresa de telefonia. “A minha esperança é o Procon”, diz ele.

Assim que chega ao Procon o consumidor recebe uma senha e fica cerca de 15 minutos na espera. O próximo passo é fazer a reclamação para um dos 12 atendentes. Depois disso, o Procon tem até 15 dias para marcar uma audiência de conciliação, entre a empresa e a pessoa que se sente lesada. Nestas reuniões são resolvidos 70% dos casos.

O consumidor comprou uma geladeira numa loja, o produto apresentou problema, ele tentou entrar em contato diversas vezes com a empresa para realizar a troca da geladeira e não conseguiu. “No Procon nós fechamos um acordo no qual o consumidor vai receber uma nova geladeira, de modelo idêntico ao que ele havia comprado”, fala a advogada Renata Golçalves.

Para os casos que não são resolvidos nas audiências de conciliação, o Procon também dá um encaminhamento. “Nós encaminhamos o consumidor para o Ministério Público, para a Defensoria

² Todas as transcrições estão disponíveis nos sites dos respectivos programas da TV Globo: Jornal Nacional, RJTV e Globo Repórter (<http://jornalnacional.globo.com>; <http://rjtv.globo.com/>; <http://globoreporter.globo.com>)

Pública ou direto para o Juizado Especiais e instauramos um inquérito administrativo”, explica o secretário estadual de Defesa do Consumidor, Sérgio Sveiter.

A dentista Andréa Couto chegou a perder clientes por ter o celular bloqueado. Durante três meses ela recebeu as faturas com um valor muito acima do que deveria pagar. Ela só conseguiu resolver o problema porque correu atrás dos direitos do consumidor. “Vale a pena, porque no final eu consegui resolver através do Procon. Se eu não tivesse reclamado eu ia continuar a receber aquela conta absurda”, diz ela.

Para registrar uma queixa no Procon é preciso levar identidade e CPF originais, mais duas cópias e a nota fiscal ou comprovante referente à reclamação.

2- Problemas com planos RJTV, 1ª edição 23/11/2005

Boa parte da população se esforça para pagar um plano de saúde, na tentativa de garantir atendimento médico. Mas nem sempre isso acontece. Na coluna Direito do Cidadão, alguns problemas enfrentados por associados que fazem planos em grupo e os cuidados importantes para quem vai assinar um contrato desse tipo.

O aposentado Moisés Franco paga em dia o plano de saúde há 14 anos, uma mensalidade de R\$ 1.791. Há três meses, o aposentado sofreu um enfarte. O atendimento foi rápido e a família não teve nenhum gasto. O problema é que, na cirurgia, os médicos precisaram colocar dois equipamentos importados que, pelo contrato, deveriam ser pagos pelo plano, o que não aconteceu.

“Nós tivemos que, na hora, pagar o valor de R\$ 10 mil pelo marca-passo e não conseguimos pagar os outros aparelhos, que custariam R\$ 30 mil. Achamos por bem procurar a ajuda da Defensoria Pública, para nos auxiliar nessa ação”, conta o filho dele, Celso Franco.

“Estou com 80 anos, posso precisar novamente e estou preocupado, porque posso não ser atendido novamente”, diz Seu Moisés.

Alguns planos de saúde não fazem apenas convênio particular. Uma associação era atendida por um plano-empresa, que se desfilou

da Agência Nacional de Saúde há pouco mais de um mês. Resultado: todos esses pedidos de exames médicos foram recusados.

Ao todo, 450 pessoas, entre titulares e dependentes, estão sem a cobertura do plano. Há três anos, os associados vinham pagando pelo menos R\$ 210 por mês. Hoje eles não conseguem mais autorização para atendimentos médicos, exames e internações.

O marido da aposentada Alice de Freitas precisou fazer uma cirurgia no joelho, um procedimento considerado pelos médicos de urgência. O plano não cobriu.

“Fui apanhada de surpresa, em uma rede credenciada do plano de saúde. Ao chegar com meu marido, uma pessoa totalmente deficiente, não tive assistência nenhuma”, reclama ela.

Pelo acordo, o plano deveria arcar com as despesas de assistência médica domiciliar, o que também não é cumprido. O veterinário Décio Lima de Castro vive este problema na família.

“Minha filha precisa de assistência domiciliar, precisa de uma enfermeira 24 horas por dia. Teve alta no hospital há cinco semanas, mas o plano não quer cumprir o acordo, não quer manter o homecare. E o hospital não a deixa sair sem isso, porque se for sem isso, ela morre em casa”, explica Seu Décio.

Os associados continuam pagando a mensalidade e estão tentando fechar um convênio com outro plano de saúde. O que eles querem é uma garantia da ANS.

“A ANS deveria, sendo um órgão regulador, um fiel da balança entre as operadoras e os usuários, chamar para si os usuários que estão sem assistência e alocá-los em outros planos de saúde. Essa é a função da ANS: garantir o direito do usuário”, observa o advogado Luciano Abreu Lima.

Direitos dos associados (cont.)

Planos que fecham, exigências que surgem na hora em que o consumidor precisa de atendimento - como o consumidor pode evitar problemas como esses? O RJTV conversou com o diretor-presidente da Agência Nacional de Saúde, Fausto dos Santos. Nossa equipe também foi às ruas saber as dúvidas mais comuns sobre planos de saúde.

Meringber, moradora de Copacabana: Quando o plano vai à falência, o que acontece com os credenciados?

Fausto dos Santos, da Agência Nacional de Saúde: Os credenciados de um plano que vai à falência entram na massa credora dessa empresa. A agência faz uma liquidação extrajudicial e organiza os credores. Se a empresa que foi à falência tiver posses, tiver algum bem que possa ser vendido, esses credores tomam parte disso. Se não, eles vão entrar no processo de falência e o juiz depois vai decidir como cada credenciado vai fazer jus ao que tinha. Mas, em alguns casos, os credenciados ficam realmente sem receber.

RJTV: É possível recolocar esses credenciados em outros planos?

Isso tem sido feito pela agência desde 2001. Todas as empresas que passam por um processo de intervenção, caso elas não consigam se recuperar financeiramente, a agência se encarrega de transferir esses beneficiados. Tivemos empresas de até 150 mil pessoas, em São Paulo, por exemplo, nesse caso.

Esse processo é rápido?

Depende da questão da carteira. Isso tem demorado, em alguns casos, entre um mês a três meses. Temos agora, neste momento, por exemplo, seis empresas no país que estão passando por esse processo. A situação do beneficiário é diferente da situação do credenciado. Uma coisa é o beneficiário do plano, outra coisa são os seus credenciados, que são os médicos, as clínicas, os hospitais. Esses últimos, sim, vão entrar na massa falida da empresa.

Mas os beneficiários podem ficar sem atendimento?

Em alguns casos, sim. Em outros, não. Depende da agilidade com que conseguimos achar, dentro do mercado, outra empresa para assumir os beneficiários. A agência não tem como prestar essa assistência. Do ponto de vista do plano de saúde, há realmente um intervalo, que é o prazo que a agência utiliza para encontrar outra empresa.

Nesse período, se a pessoa precisar de atendimento, ela tem como ser ressarcida depois?

Normalmente, sim, porque a empresa que está entrando em liquidação tem a responsabilidade sobre esse beneficiário, até o momento em que ele é transferido. Em alguns casos, como nesse de São Paulo, demorou, mas as pessoas foram ressarcidas.

Adriana Batista, moradora de Vila Valqueire: Gostaria de saber se os planos têm o direito de não aceitar pessoas com doenças pré-existentes. O que a legislação fala a respeito disso?

Não. No Brasil, os planos não podem evitar a entrada de nenhum paciente. O que acontece na legislação brasileira é que, caso a doença já esteja comprovada, por exemplo, como uma doença renal, durante o período de dois anos, o beneficiário não tem cobertura sobre a doença renal, mas tem a cobertura para todas as outras questões. Ao final de dois anos, ele passa a ter também a cobertura para essa doença ou lesão pré-existente, que foi identificada no ato da cobertura. Mas o plano não pode, diferentemente do que acontece em outros países do mundo, recusar a entrada de um paciente.

RJTV: Isso seria uma carência. Existe um limite para determinadas carências no plano de saúde?

Sim, dependendo do procedimento. Na entrada de um plano novo, para parto, por exemplo, você tem 300 dias como carência. Para internações, o prazo é de 180 dias. Para as questões mais simples, 30 dias. Para as questões de urgência e emergência, 24 horas.

Maurinéia Oliveira, moradora de São Gonçalo: De quanto em quanto tempo os planos de saúde podem ser aumentados por lei e como isso pode ser feito?

Os planos novos, que foram assinados após janeiro de 99, só podem reajustar suas mensalidades uma vez por ano. Se forem planos individuais, são reajustados pelo índice autorizado pela agência reguladora. O que acontece é que há um reajuste por faixa etária. O plano mais caro, da pessoa mais idosa, pode ser até seis vezes o valor do primeiro plano, da entrada até 18 anos. Essa correção por faixa etária não é feita anualmente, é feita de cinco em cinco anos e acontece até o beneficiário completar 60 anos, quando aí não pode haver mais nenhum reajuste por faixa etária. Mas o reajuste anual é um por ano.

Ismael de Miranda e Silva, morador do Leme: Os planos de saúde têm o direito de aumentar depois que o usuário completa 65 anos?

Existe uma polêmica jurídica sobre isso. Planos assinados posteriormente ao Estatuto do Idoso não podem ser reajustados para beneficiários com mais de 60 anos. Os planos anteriores ao Estatuto do Idoso, mas que foram assinados depois de 1º de janeiro de 99, se o beneficiário estiver há mais de dez anos no plano, também não podem ser reajustados. Mas para os planos antigos, assinados antes de 1º de janeiro de 99, vale a regra que estiver no contrato.

3- Vitória do consumidor RJTV, 1ª edição, 15/03/2006

O técnico em mecânica Guaraci Araújo foi o primeiro a chegar à Cinelândia. Ele comprou um aparelho de som em outubro de 2004. O produto já teve dois defeitos. O consumidor conseguiu trocar porque estava na garantia, mas o som voltou a apresentar problemas.

“Nós vamos entrar em contato com o fornecedor do produto, para que esse problema seja resolvido o mais rápido possível”, anunciou a atendente da Coordenadoria de Defesa do Consumidor.

“Eu vou até a última instância. Quero meu outro aparelho ou o dinheiro de volta. Estou me sentindo lesado”, reclamou o técnico em mecânica.

Nem todo mundo conhece seus direitos nem os órgãos que deve procurar quando sente que teve algum tipo de prejuízo.

“É difícil, eu não sei onde encontrar”, diz uma consumidora.

“Conhecer o seu direito é ter poder: poder de entrar na Justiça, poder de resolver uma questão, poder de não sofrer uma lesão, ou, se sofrer, conseguir uma reparação”, ressalta a presidente da Associação Brasileira de Defesa do Consumidor e Trabalhador, Daniela Carvalho.

No ano passado, o Procon do Rio registrou cerca de 31 mil reclamações: 15% a menos que em 2004. O número de processos diminuiu, mas só em 2005 foram aplicados em multas mais de R\$ 2 bilhões.

Existem vários locais em que a pessoa pode buscar ajuda caso se sinta lesada, mas a Defensoria Pública é o principal caminho. No

órgão, quase 120 consumidores por dia buscam resolver impasses. Muitos já estão na Justiça. São problemas ligados a vários tipos de serviços, produtos e até direitos básicos de saúde, garantidos por lei.

“Normalmente o defensor público tenta resolver a questão extrajudicialmente, fazendo uma audiência de conciliação. Na hipótese de não obter êxito, o defensor colhe as provas e entra com uma ação. Normalmente, se a ação for bem instruída, o assistido vai ganhar”, explica a defensora pública Cristiana Bacha.

É o caso da bancária Carla de Abreu. Ela é diabética e precisa tomar uma insulina especial. O plano de saúde se recusou a reembolsar parte do valor do remédio, como já era previsto no contrato, e Carla procurou a Defensoria. “A Defensoria Pública foi muito boa para mim. Minha vida melhorou 1000%, e minha saúde também”, comemora a paciente.

ÓRGÃOS PÚBLICOS DE DEFESA DO CONSUMIDOR Comissão Municipal de Defesa do Consumidor

Horário de atendimento: segunda a sexta, das 10h às 17h

Local: Cinelândia

Telefone: 3814-1359

Comissão de Defesa do Consumidor da Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (Alerj)

Horário de atendimento: segunda a sexta, das 9h às 17h

Local: Praça Quinze – Centro

Telefone: 0800-282-7060

Procon

Local: 17 postos no estado do Rio

Telefone: 2299-2502

Defensoria Pública

Horário de atendimento: segunda a quinta, 9h às 17h

Local: Avenida Presidente Vargas 670, 10º andar

Telefone: 2299-2264

Arma poderosa (continuação)³

O Código de Defesa do Consumidor é certamente a principal arma dos cidadãos pra garantir seus direitos. Para saber quais foram os principais avanços e conquistas do código nesses 15 anos de existência, o **RJTV** conversou com o vice-presidente da comissão de Defesa do Consumidor da Ordem dos Advogados do Brasil, Álvaro Luís Fernandes.

RJTV: Temos uma informação bastante surpreendente de que o número de reclamações no Procon caiu 15% no ano passado, um número expressivo. Isso quer dizer que a pressão popular sobre as empresas fez com que elas melhorassem os serviços oferecidos?

Álvaro Luís Fernandes: Na verdade, quando falamos nessa redução, isso me leva a crer que não foram apenas as empresas que melhoraram os serviços. Infelizmente esse não é o principal motivo. Hoje há vários serviços de atendimento. Você pode recorrer ao Procon, à Defensoria Pública, que tenta negociar administrativamente as soluções, pode entrar direto no Juizado. As demandas no Juizado aumentaram em número. O consumidor está, de certa forma, evitando o Procon e indo diretamente ao Judiciário, em uma busca mais efetiva dos seus direitos.

E o Judiciário tem agido com a velocidade necessária para responder a essa demanda toda, para realmente fazer justiça contra uma empresa que não cumpre o que promete, por exemplo?

Há um filósofo argentino que diz que processo lento já é uma injustiça. Infelizmente as demandas são tão grandes que os processos, mesmo nos Juizados Especiais, hoje vão andando muito devagar. Mas efetivamente as condenações que existem transformam aquela expectativa no direito do consumidor, que é aplicado, e as multas que são impostas, mesmo que de uma forma mais reduzida, por serem causas do Juizado Especial, fazem, sim, o consumidor ser ressarcido.

³ Não apresentada aos usuários.

Essas multas são um instrumento de pressão sobre as empresas. Mas elas são pagas efetivamente?

No âmbito administrativo do Procon, essas empresas podem entrar com recursos, inclusive, na esfera judicial, também nos Juizados Especiais ou mesmo na Justiça Comum. As multas que lhe são aplicadas são passíveis de recurso. Mas, uma vez vencidos todos esses recursos, elas são pagas. Acho eu que como essa multa tem um caráter também não só de ressarcimento, mas educacional, para punir as empresas, eu acho que elas deveriam ser feitas de uma forma mais violenta.

Há 15 anos, ninguém comprava pela internet. Hoje você faz isso muito facilmente. O Código teve que se ajustar a essa nova ferramenta?

Nosso Código é tão atual que já prevê que nas compras à distância, em que o consumidor não tem contato direto com o produto – ou seja, internet, telefone, televisão – o consumidor tem direito a sete dias de arrependimento. Se ele recebeu o produto e não gostou, pode devolver e receber o valor de volta.

4- Queixas sem fim

RJTV, 1ª edição, 02/08/2006

Na coluna Direito de Cidadão de hoje, os problemas com os planos de saúde - no Rio, só este ano, o Procon já registrou reclamações contra 18 planos de saúde diferentes. Excesso de burocracia e desrespeito aos direitos dos clientes transformam o caminho para a saúde em uma via crucis.

Por causa de um problema no coração, uma dona de casa teve que se submeter a uma cirurgia de emergência. Ela paga R\$ 780 por mês pelo plano de saúde. Mas, na hora de marcar a operação esbarrou na burocracia.

Eram tantas as exigências que ela só conseguiu ser internada uma semana depois do diagnóstico. “Quando você mais precisa, depara-se com a burocracia, que diz a você que não é bem assim”, queixa-se Adriana dos Santos, filha da paciente.

No estado do Rio, quase cinco milhões de pessoas têm planos de saúde - 64% delas vivem na capital e muitas estão insatisfeitas. Só este ano, o Procon registrou reclamações contra 18 planos diferentes.

Pedro Paulo Gomes entrou na Justiça para pedir reembolso pelos gastos hospitalares. Há seis anos, quando descobriu um câncer no esôfago, tinha cobertura total em vários hospitais. Ao longo dos anos, ele conta que os benefícios foram cortados. Exames e internações tiveram que ser pagos à vista e do próprio bolso.

“Pagamos tudo. Nós nos endividamos, perdemos o carro, tivemos que pedir a ajuda de parentes. Eu devo ter gasto, nesses cinco anos, já uns 100 mil”, calcula ele.

A surpresa com os gastos inesperados virou indignação. “Nós sentimos que o lucro do dinheiro está acima do lucro da vida”, lamenta Pedro Paulo.

Regras na saúde (continuação)⁴

Os planos de saúde se defendem, dizendo que cumprem todas as determinações da Agência Nacional de Saúde (ANS). São tantos os problemas que o RJTV convidou Eduardo Sales (foto), diretor de fiscalização da Agência Nacional de Saúde para saber exatamente quais são as regras dessa relação entre pacientes e planos.

RJTV - O plano de saúde pode cortar benefícios que já eram direitos da pessoa ao longo dos anos?

Eduardo Sales – Não. Na verdade, a lei de planos de saúde prevê a possibilidade da operadora substituir a rede credenciada. Mas quando fizer essa substituição, tem que garantir a mesma qualidade originariamente contratada. Ou seja, o consumidor não pode, de maneira nenhuma, ser prejudicado.

Geralmente, quando há uma diminuição da rede ou algum hospital é descredenciado, isso é feito sem o conhecimento da Agência Nacional de Saúde. Assim, essa informação chega à agência por meio de denúncias ou de algum órgão de controle e ela fiscaliza essa

⁴ Não é apresentada inteiramente.

operadora e, se necessário, autua e cobra multa ou até determina o cancelamento da inscrição da empresa.

Em casos como esse, como o paciente pode recuperar parte do prejuízo que teve por não-cumprimento do plano de saúde, como foi o caso do Pedro Paulo, mostrado na reportagem?

Esse é um grande problema. Primeiro é preciso buscar no Poder Judiciário o direito de ser ressarcido do prejuízo. Em segundo lugar, deve ser aberto um procedimento na ANS para uma investigação. O órgão vai investigar e determinar se a operadora fez um descredenciamento indevido de sua rede, sem comunicar a ANS.

É preciso esclarecer que a Agência Nacional de Saúde não é um órgão de Defesa do Consumidor, ela fiscaliza um mercado – a relação entre operadoras e consumidores e entre operadoras e a rede credenciada.

A agência faz a regulação macro de todo o mercado de saúde suplementar. O Procon defende os direitos dos consumidores e orienta sobre o que deve ser feito.

Esse é um assunto que interessa a todo mundo que tem plano de saúde. O público do RJTV tem perguntas para o nosso entrevistado. A Letícia Barros, que é fisioterapeuta, quer mudar de plano de saúde e quer saber o que é preciso ser feito.

O consumidor tem diversos caminhos a percorrer. É preciso fazer um levantamento no mercado. Há diversas operadoras que trabalham corretamente e que têm um grau considerável de satisfação dos consumidores.

O consumidor tem que verificar o contrato e pode, inclusive, ligar para a rede credenciada e perguntar sobre a empresa.

O paciente pode escapar da carência?

Sim, dependendo da operadora.

Uma empresa de plano de saúde pode limitar o tempo de internação de um paciente?

Não. Isso é expressamente proibido pela lei dos planos de saúde. Nos contratos anteriores à regulamentação podem recorrer à Justiça.

5- Novidades prometem acabar com a dor nos consultórios dentários

Jornal Nacional, 26/01/2004

Fabricantes de vários países do mundo apresentam em São Paulo novidades da tecnologia para um mal antigo: o medo de ir ao dentista.

O laser trabalha silenciosamente, substituindo o barulho assustador da broca. Eficiente também para combater cáries menores, também diagnosticadas a laser. Contra as agulhas, anestesia alternativa: o eletrodo emite sinais elétricos e amortece o nervo do dente e quando a agulha é indispensável, um computador controla a velocidade da injeção, para evitar a dor. Poltrona com massagem relaxante. Os dentistas testam tudo o que possa prender o paciente na cadeira.

“Isso da cadeira dar uma massagem, de ter uma anestesia que não causa aquele trauma para o paciente, é sensacional. Realmente ajuda bastante”, elogia a dentista Karla Batista.

As técnicas e remédios para aliviar a dor e não espantar o paciente são as estrelas do Congresso Internacional de Saúde bucal em São Paulo. E a maior delas é um gás descoberto há 200 anos, popular nos consultórios americanos, mas só agora chega ao Brasil.

É o que prende a advogada Tatiane Oliveira à cadeira: “É uma sensação de alívio, de relaxamento, de tranqüilidade”, diz ela.

O óxido nítrico atua no sistema nervoso central, diminui a sensibilidade, permite que o dentista trabalhe, e deixa o paciente alegre. Daí ele ser conhecido como gás do riso. Tatiane está tratando os dentes, livre de uma doença que conhece desde a infância: o medo de dentista.

“Tenho tremor, vontade de vomitar, vontade de sair correndo”, admite Tatiane.

E não é um problema solitário. Segundo pesquisa da Universidade de São Paulo, 28% dos pacientes ficam ansiosos quando vão ao dentista e 14% sofrem dessa fobia, um medo exagerado, incontrolável.

“O gás faz com que essas pessoas tenham uma opção a mais para vencer esse medo, essa fobia, e cuidarem melhor da saúde bucal, de seus dentes”, explica José Ranali, professor da Unicamp.

Diante das novas técnicas, gente como Tatiane resume o alívio numa expressão: “Graças a Deus”.

6- Vida Nova para Vanessa

Globo Repórter, 14/01/2005

Três quilos e meio de peso e nome de anjo. A chegada de Gabriel encheu a família de alegria e vai permitir que algum dia, em algum lugar, alguém possa sorrir também. A mãe dele doou o sangue do cordão umbilical. “É algo que ia para o baldinho todo dia, como a gente diz na nossa linguagem. Ia para o lixo”, conta o geneticista Carlos Alberto Moreira Filho.

Agora o destino é mais nobre. Em São Paulo, Ribeirão Preto, Campinas e Rio de Janeiro, já se coleta, congela e guarda o precioso sangue dos cordões umbilicais, sangue rico em células-tronco. É a rede Brasilcord, bancos públicos de cordão que, com o aval dos cientistas, foram criados para substituir os bancos privados onde pais pagavam para congelar cordões só para seus filhos.

“As células do próprio indivíduo não têm efeito terapêutico no caso da leucemia. Então, não adianta guardar as células de cordão para o caso de o indivíduo ter leucemia. Depois, isso fere o princípio da solidariedade sobre o qual se baseia qualquer sociedade”, comenta o geneticista.

Amiguinhos que escrevem conhecem bem o sofrimento de uma pequena bailarina de Jaú, no interior de São Paulo. Em seus 9 anos de vida, Vanessa Canal desfrutou momentos de beleza e alegria nos palcos da escola. Mas desde os 3 anos Vanessa trava uma grande batalha para continuar viva. “Eu fiquei com leucemia”, conta a menina.

Vanessa é tão tímida que foi preciso sair da sala e ligar de um celular para conseguir arrancar algumas palavras dela: “Eu gosto de adesivos, jogar videogame e nadar, mas eu não posso nadar.” Não pode nadar, nem tomar sol. Restrições de quem passou por três tratamentos de quimioterapia. A leucemia não deu tréguas.

“O organismo dela mostrou que a quimioterapia não conseguiu eliminar 100% da doença. Ela eliminava por um tempo, mas a doença voltava”, conta Mary Canal, mãe de Vanessa.

A única chance de Vanessa era um transplante de medula, mas nem a irmã nem os pais eram compatíveis. Nos bancos de medula, também não encontraram doador com sangue quase igual ao dela, como exige esse tipo de transplante.

“É difícil achar um doador. Segundo nos falaram, é como ganhar na Mega-Sena com 12 números”, diz Mary.

A cada ano, cerca de 3 mil pessoas no Brasil vivem o drama da procura por um doador de medula. Cerca de 1,7 mil não encontram e perdem a batalha pela vida. Batalha que agora ganha novas possibilidades de vitória. Simples de ser conseguido e menos exigente - mais fácil de ser compatível -, o sangue do cordão umbilical guardado nos bancos substitui, com vantagem, o transplante de medula óssea.

“Hoje, no Japão, metade dos transplantes de medula não são mais transplantes de medula – são transplantes com célula de cordão umbilical. Esse é o futuro”, anuncia o geneticista Carlos Alberto.

O banco do Instituto Nacional do Câncer (Inca), no Rio de Janeiro, já tem no estoque o sangue de 3 mil cordões. O cálculo é de que, com 12 mil, qualquer brasileiro que precise encontre a salvação nos bancos públicos do Brasil. Não será mais preciso comprar de outros países como se fazia.

“O banco daqui, apesar de pequeno, já forneceu cordão para São Paulo. Um deles foi encaminhado para a cidade de Jaú”, revela o médico Luis Fernando Bouzas, do Centro de Transplante de Medula Óssea do Inca.

Em Jaú, a chegada do cordão era a vida entrando em casa. “No dia que ele me ligou e falou que acharam um cordão com 100% de compatibilidade para a Vanessa eu não conseguia nem falar”, lembra a mãe da menina.

Em um hospital de Jaú, Vanessa recebeu as células-tronco do cordão enviado do Rio de Janeiro. O momento foi registrado em foto. Uma experiência que não se esquece.

“Eu olhava um saquinho tão pequenininho, como se fosse uma transfusão de sangue. Ali dentro estava a vida da minha filha. Aquilo teria que entrar no organismo e gerar novas células. Pensei: ‘será que vai dar certo?’. As chances de sobrevivência ao transplante eram de 30% a 50%. É muito pouco quando se trata da vida de um filho”, diz Mary.

Mas a espera não foi longa. Em poucos dias, as células-tronco se multiplicaram e começaram a produzir sangue novo e saudável. Três meses depois, Vanessa ainda toma remédio para evitar a rejeição, mas está bem. Os cabelos vão voltar a crescer, a alegria vai sendo recuperada e ela está quase pronta para fazer o que mais gosta: dançar.

“Se não fosse esse transplante, eu não sei se ela estaria hoje com a gente. Eu acho que todo mundo deve conhecer esse processo de doação, que não causa dor nenhuma, problema nenhum para o bebê nem para mãe, e que salva uma vida”, ressalta a mãe de Vanessa.

Para o tratamento da leucemia e de muitas outras doenças, o sangue de cordão umbilical é uma riqueza que o mundo já sabe que pode guardar e trocar para o bem de todos.

“Para muitas pessoas, estas células já se constituem em um tesouro, porque são salvadoras, proporcionam um tratamento. Se não houvesse essa possibilidade, essas pessoas não fariam um transplante”, avalia o médico do Centro de Transplante de Medula Óssea do Inca.

7- Medo incontrolável **Globo Repórter, 17/06/2005**

A depressão pode aparecer em diferentes fases da vida e acentuar fobias – um medo exagerado das coisas mais comuns, como andar de carro ou usar o elevador. A Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) pesquisa um tratamento virtual. Um computador simula situações reais para que o paciente, pouco a pouco, enfrente o medo e ganhe segurança.

Fábio Arnoni conseguiu vencer o medo de dirigir, um dos sintomas da doença que tornou a vida do ex-engenheiro mecânico um inferno. “Quando eu dirigia, sentia falta de ar, uma secura muito forte na boca e uma sensação de estrangulamento. Era uma coisa que, por mais que eu explicasse a todos, ninguém entendia. As pessoas diziam que eu estava fazendo corpo mole, que era frescura, que eu não estava a fim de trabalhar. Tanto que acabei perdendo o emprego”, conta ele.

Para controlar a doença, Fábio mudou de vida e de cidade. Trocou Vitória por São Paulo. Hoje é professor e massagista. Foi 80 vezes ao pronto-socorro e não descobriu o que tinha. “Eu passei por cardiologista, clínico geral, ortopedista, tudo o que se possa imaginar. Fiz todos os exames que existiam na época, mas nenhum médico conseguiu apresentar um diagnóstico.”

“A depressão, ou a Síndrome do Pânico, não era tratada como uma doença, as pessoas olhavam meio de lado. E para o homem era

ainda pior, porque acabava sendo taxado de vagabundo. Era muito difícil”, ressalta Tânia, mulher de Fábio.

O medo incontrolável deixou Fábio trancado em casa. O casamento quase acabou.

“Ele falava que não ia trabalhar porque não estava se sentindo bem. Eu achava que era uma desculpa para não ir trabalhar. Entramos em muitos conflitos”, lembra Tânia.

O diagnóstico certo, Fábio só encontrou em um centro especializado em São Paulo. Aos poucos, foi dominando o medo. O equilíbrio, mesmo, ele ganhou com a nova profissão.

“Eu sou milhões de vezes mais feliz que antes. E o principal: a doença é minha companheira, mas eu sei lidar com ela hoje. Sei quando ela está chegando porque a sensação é muito clara. Então, eu faço técnicas de respiração, relaxo, tento me desligar, tento dissociar aquilo que está acontecendo, para não ter que voltar a tomar medicação de novo”, diz Fábio.

8- Esperança para mulheres com câncer

Globo repórter, 08/07/2005

A evolução da ciência, principalmente nas últimas décadas, tem superado, em muito, a transformação das leis, dos costumes, e dos valores morais. Surpreendidas pelas descobertas, as sociedades têm que se adaptar a elas, vencendo às vezes resistências muito fortes. A tecnóloga Maria Lúcia Monteiro tinha receio de não poder ser mãe. Jovem e solteira, ela ia passar por uma quimioterapia e o tratamento poderia deixá-la estéril.

Mas havia uma saída: garantir agora a chance de uma gravidez futura, para quando o câncer fosse vencido e Maria Lúcia estivesse casada.

“Acho que Deus dá inteligência às pessoas para que elas descubram o melhor modo de viver”, comenta o analista de processos César Gimenes, marido de Maria Lúcia.

Maria Lúcia e César estão casados há quatro anos. Eram só namorados quando ela ficou com câncer, aos 22 anos. A possibilidade de Maria Lúcia ficar estéril foi um choque. “A sensação de saber que nunca poderia ser mãe foi horrível”, conta.

Os métodos de reprodução assistida já conhecidos não eram solução para o caso de Maria Lúcia. O congelamento de embriões, por exemplo, não podia ser feito porque ela era solteira. A única alternativa era o congelamento de tecido ovariano, uma técnica ainda experimental.

Os médicos retiram pedaços muito pequenos do ovário. Fatias finíssimas, que não passam de três milímetros, mas onde estão milhares de folículos. São neles que estão os óvulos que precisam ser preservados. As amostras são congeladas à temperatura de -196°C. Quando a mulher estiver curada do câncer e quiser engravidar, os pedacinhos de tecido são descongelados e implantados de volta no ovário, que, com isso, restabelece suas funções normais.

“Foi maravilhoso saber que existia a possibilidade de congelamento do tecido ovariano. Agarrei essa idéia com unhas e dentes, sem perguntar se eu poderia ou deveria fazer. Fui atrás sozinha, estava decidida que aquela era minha única oportunidade. E fui em frente”, diz Maria Lúcia.

Um ano depois de operar-se do câncer, Maria Lúcia e César se casaram. Agora, ela já teve alta, está curada, e pode programar a gravidez para quando quiser. O futuro dela como mãe está guardado no laboratório da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Além de Maria Lúcia, outras seis jovens, todas vítimas de câncer, têm suas esperanças preservadas ali.

“É um procedimento relativamente novo, tem cinco ou seis anos. Existe a esperança de que o ovário funcione quando for reimplantado nessa jovem”, diz o médico Vilmon de Freitas, especialista em reprodução humana da Unifesp.

“Fiquei curada da doença e do medo”, afirma Maria Lúcia.

SOBRE OS AUTORES

ALEXANDRE MIGUEL FRANÇA

Advogado, formado pela UERJ. Mestrando em Ciências Jurídicas e Sociais pelo PPGSD/UFF. Pesquisador do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS). Endereço eletrônico: alexmfranca@yahoo.com.br

ALUISIO GOMES DA SILVA JUNIOR

Médico, professor adjunto no Instituto de Saúde da Comunidade da UFF (Niterói - RJ), pesquisador do Lupa-Saúde/UFF. Endereço eletrônico: agsilvaj@uninet.com.br.

ARMANDO CYPRIANO PIRES

Médico, mestre em Saúde Pública (ENSP-Fiocruz), professor assistente no Departamento de Planejamento em Saúde da UFF, Pesquisador do LUPA-Saúde – UFF. Endereço eletrônico: acyp@openlink.com.br.

FELIPE DUTRA ASENSI

Cientista social formado pela UERJ. Graduando em Direito pela UFF. Mestrando em Sociologia pelo IUPERJ. Bolsista do CNPq. Pesquisador do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS), no Brasil. Endereço eletrônico: felipedml@yahoo.com.br

GILSON SAIPPA OLIVEIRA

Cientista social, mestre e doutorando em Saúde Pública (ENSP-Fiocruz); professor assistente no Departamento de Planejamento em Saúde da UFF; pesquisador do LUPA-Saúde/UFF e pesquisador associado do LAPPIS. Endereço eletrônico: saippa@netflash.com.br.

LILIAN KOIFMAN

Pedagoga, mestre e doutora em Saúde Pública (ENSP/Fiocruz); professora adjunta na Universidade Federal Fluminense. Coordenadora do LUPA-Saúde/UFF e pesquisadora associada do LAPPIS. Endereço eletrônico: lilian@vm.uff.br.

MÔNICA MARINO DE CARVALHO

Psicóloga e jornalista, pesquisadora do LAPPIS e membro da Associação Nacional de História (Anpuh-RJ). Endereço eletrônico: monica.marino@gmail.com.

ROSENI PINHEIRO

Enfermeira, sanitarista, doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ; professora adjunta no Departamento de Planejamento e Administração de Saúde, IMS-UERJ; líder de pesquisa do Grupo CNPq LAPPIS e coordenadora do projeto *Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde*. Endereço eletrônico: rosenisaude@uol.com.br.

RUBEN ARAUJO DE MATTOS

Médico, doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ; professor adjunto no Departamento de Planejamento e Administração de Saúde, IMS-UERJ; coordenador adjunto do LAPPIS. Endereço eletrônico: ruben@ims.uerj.br.

TÚLIO BATISTA FRANCO

Psicólogo, mestre e doutor em Saúde Coletiva pela Unicamp; professor adjunto no Departamento de Planejamento em Saúde da UFF; pesquisador do LUPA-Saúde/UFF. Endereço eletrônico: tuliofranco@uol.com.br.

O LAPPIS, Grupo de Pesquisa do CNPq sediado no IMS-UERJ, em sua articulação com o LUPA-Saúde/UFF, propôs compor a rede de centros colaboradores, desenvolvendo ações de ensino, pesquisa e extensão universitária no campo da Saúde Suplementar. Tendo como referência a produção, desde o ano 2000, sobre o tema da integralidade na saúde, buscou-se construir uma investigação que contribísse para o aperfeiçoamento da política de qualificação da ANS e trouxesse novos conhecimentos sobre o setor, em especial no Estado do Rio de Janeiro, e inovações nas abordagens teóricas e metodológicas da pesquisa no campo.

Delimitou-se como objeto deste estudo, intitulado Estudos integradores sobre tecnologias avaliativas de integralidade e saúde suplementar, a avaliação das práticas como um percurso profícuo de desenvolvimento de inovações teórico-metodológicas de tecnologias avaliativas em Saúde Suplementar. O estudo teve como objetivo geral analisar e avaliar a existência ou não de práticas de integralidade na Saúde Suplementar no Estado do Rio de Janeiro, que permitam identificar evidências capazes de induzir a reorganização da gestão e da atenção na Saúde Suplementar voltadas para os princípios e diretrizes do SUS.

Esperamos que esta coletânea, a partir de uma perspectiva transdisciplinar, reunindo conteúdos dos campos da Saúde, do Direito e da Comunicação, possa contribuir para a realização de estudos sobre o tema integralidade e saúde suplementar, no que concerne aos limites e possibilidade do cumprimento do direito à saúde como direito de cidadania, e não somente como direito do consumidor.

ISBN 978-85-89737-39-5



IMS INSTITUTO
DE MEDICINA
SOCIAL

uff
Universidade Federal Fluminense

lupa
Saúde

ANS Agência Nacional de
Saúde Suplementar

CEPESC