

A percepção dos usuários sobre a oferta de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças: o caso de uma operadora de autogestão

I¹ Paula de Souza Silva Freitas, ² Talita Dourado Schwartz, ³ Carlos Dimas Martins Ribeiro, ⁴ Tulio Batista Franco, ⁵ Ethel Leonor Nóia Maciel, ⁶ Rita de Cassia Duarte Lima I

Resumo: A coexistência do setor público e privado de saúde no Brasil é antiga e os arranjos percorridos têm contribuído para a construção de um sistema fragmentado e complexo. Na busca por estabelecer políticas setoriais em harmonia com o Sistema Único de Saúde, a Agência Nacional de Saúde Suplementar tem estimulado o desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças no setor. Essas ações são consideradas como um conjunto heterogêneo de estratégias na consolidação de políticas que visem à saúde da população. Este é um estudo de caráter qualitativo que objetiva analisar esses programas em uma operadora de autogestão, com o intuito de compreender se eles produzem dispositivos biopolíticos. Foram coletados os discursos dos usuários dos programas por meio de um roteiro semiestruturado e utilizou-se a técnica de análise de conteúdo. Os resultados mostram que se encontram em curso alguns processos de reestruturação da produção do cuidado, e os aspectos relacionais têm sido priorizados nesses programas. Essas ações configuram-se em dispositivos biopolíticos conduzindo formas de viver. É importante a existência de equilíbrio entre as práticas desses poderes e a produção de liberdade, atentando para que não haja intervenções biopolíticas arbitrárias e autoritárias na produção das ações de saúde.

► **Palavras-chave:** saúde suplementar; promoção da saúde; prevenção de doenças; autonomia.

¹ Enfermeira, mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Endereço eletrônico: paulinhassf_enf@yahoo.com.br

² Enfermeira, mestre em Saúde Coletiva pela UFES. Endereço eletrônico: talitashawrtz@gmail.com

³ Professor adjunto da Universidade Federal Fluminense (UFF); doutor em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública / Fundação Oswaldo Cruz. Endereço eletrônico: dimasribeiro@cremerj.org.br

⁴ Professor adjunto e coordenador do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFF; doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Endereço eletrônico: tuliofranco@uol.com.br

⁵ Professora adjunta na UFES; doutora em Saúde Coletiva e Epidemiologia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Pós-doutorado em Epidemiologia pela Johns Hopkins University; bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq. Endereço eletrônico: emaciel@ndi.ufes.br

⁶ Doutora em Saúde Coletiva pela UNICAMP; professora associada II do Departamento de Enfermagem e no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva na UFES. Endereço eletrônico: ritacd@uol.com.br

Recebido em: 13/03/2010.
Aprovado em: 25/02/2011.

Introdução

A convivência e interdependência do setor público e privado de saúde no Brasil são antigas. Diversos autores se dispuseram a analisar historicamente os formatos, as tensões, as disputas e as interfaces desse mosaico da assistência pública e privada à saúde no Brasil ao longo da história (ACIOLE, 2006; HEINANN; IBANHES; BARBOZA, 2005). É importante ressaltar os modelos e arranjos percorridos durante esse *mix* público e privado na saúde, que constituíram o alicerce para um sistema fragmentado de saúde na atualidade, visto que o setor privado operava bem antes da formulação do Sistema Único de Saúde - SUS (GERSCHMAN, 2008).

Convive-se com um sistema de saúde dicotomizado e atípico, pois existe um sistema universal que cobre toda a população, o SUS, e um sistema suplementar, no qual uma parcela da população tem acesso aos serviços de saúde por meio de planos privados, ou o atendimento em caráter particular, em que os usuários pagam diretamente pelos serviços prestados. O Brasil é exceção com referência à importância de cada substrato desse sistema, visto que tanto o setor público quanto o privado são importantes, diferindo-se da maioria dos países, onde há predomínio de apenas um setor (LOBATO; GIOVANELLA, 2008; CECHIM, 2008).

Diante desse sistema misto de saúde, o Estado, de forma ambígua, divide sua responsabilidade (saúde como um dever do Estado) com o setor privado. Após a criação do SUS, exacerbou-se a problemática para a concepção de práticas regulatórias desse sistema suplementar, com vistas a preservar os direitos do usuário a uma assistência de qualidade à saúde. Na busca por estabelecer políticas setoriais em harmonia com a política pública de saúde, dez anos após a criação do SUS (1998), foi aprovada a Lei nº 9.656, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde (BRASIL, 1998).

Na prática, o setor atuava sem regulamentação efetiva do Estado, e os usuários continuavam à mercê de regras do mercado de consumo (ALBUQUERQUE, 2008). Em resposta a pressões sociais lideradas pelo Instituto de Defesa do Consumidor (IDEC) e pelo Programa de Orientação e Proteção ao Consumidor (PROCON), foi criada, em 2000, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), na esfera do Ministério da Saúde, garantindo o direito dos usuários e protegendo os interesses públicos na assistência suplementar (CAMPOS, 2004).

Mesmo diante de uma arena permanente de conflitos e disputas, a ANS, como órgão estatal regulamentador da Saúde Suplementar, inicia sua prática

macrorregulatória, e atualmente tem investido em induzir mudanças nas práticas assistenciais, visando a modificar o modelo vigente no setor (médico-assistencial privatista) (SANTOS; MALTA; MEHRY, 2008). Para isso, tem estimulado o desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças pelas operadoras de planos privados de saúde, em busca da racionalização dos modos de produção do cuidado (BRASIL, 2007; BRASIL, 2008). Tais ações podem servir como elementos essenciais para o desenvolvimento do setor saúde e do alcance de resultados positivos para os diversos atores do mercado de saúde suplementar (SILVEIRA, 2004).

As ações de promoção e prevenção podem ser consideradas como um conjunto heterogêneo de estratégias de extrema importância na consolidação de políticas que visem à saúde da população e devem ser utilizadas na implementação de modelos de atenção à saúde baseados na produção do cuidado integral e autonomizador. Nessa direção, o setor suplementar tem sido tensionado a se tornar um ambiente de produção de ações de saúde nos territórios da promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos indivíduos (BRASIL, 2007).

Em resposta a esse movimento, e na procura por modelagens alternativas das práticas assistenciais, sob a ótica da racionalidade econômica, a saúde suplementar tem incorporado gradativamente esses programas e pode estar conformando um processo de reestruturação produtiva, definido por Franco e Merhy como dinâmica de importantes mudanças no modo de produção do cuidado, mas que não necessariamente rompe com os paradigmas do modelo médico-assistencial privatista e das regras mercadológicas que operam na saúde privada (FRANCO; MERHY, 2008).

Com o intuito de compreender o caráter dessa mudança no modo de produção do cuidado, por ações de promoção e prevenção, pretende-se analisar se essas propostas se conformam em dispositivos biopolíticos, que podem ser disparados nesse processo. O termo *biopolítico* corresponde a um dispositivo cuja finalidade é “fazer viver e deixar morrer” ou, em outras palavras, produzir a vida ou formas de vida determinadas, num processo generalizado de politização da vida, combinando tecnologias de disciplina – centradas no corpo individual – e tecnologias de segurança – dirigidas às populações (FOUCAULT, 1999; AGAMBEN, 2004).

Para Pelbart (2003), o biopoder se estrutura com base em um poder disciplinar que normatiza os corpos e regula seus modos de vida, e a biopolítica controla a

vida das populações no aspecto da saúde, doença e modos “de andar a vida”. A biopolítica, a princípio, representa a ação de um poder soberano sobre a vida, no caso o Estado, que dita as formas em que a vida deve ser vivida. Isso se faz, sobretudo, pela prescrição de “uma vida saudável”, mesmo que sob restrição de liberdade, de opressão desta mesma vida. Sob esse parâmetro, biopolítica é um dispositivo de regulação da vida.

Entende-se dispositivo com o mesmo sentido de agenciamento. Segundo Baremlitt (1992), é algo que produz acontecimentos e devires. Sendo assim, um dispositivo atua modificando a paisagem social. Dizer que biopolítica é um dispositivo é o mesmo que admitir que ela atua na realidade produzindo o meio social no se insere. Portanto, o problema central deste estudo é interrogar se os programas de promoção da saúde operam uma biopolítica, agenciando certos modos de vida, e como isso se dá, de forma prescritiva ou por hegemonia, ou seja, o consenso gerado com base na ação dos próprios programas.

O objetivo deste estudo é analisar os programas de promoção e prevenção de uma operadora de autogestão atuante no Estado do Espírito Santo, buscando apreender se as ações desenvolvidas são dispositivos dessa biorregulamentação. Pretende-se analisar a inserção do usuário nessas teias, a partir de sua participação na produção do cuidado. O intuito é observar o quanto o beneficiário está implicado e disputa poder nesse processo com outros produtores de atos de saúde, sob a ótica de conceitos de produção do cuidado, cuidado de si e autonomia.

Metodologia

Trata-se de um estudo de caso de abordagem qualitativa. Os sujeitos do estudo são usuários dos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças de uma empresa de autogestão atuante no Estado do Espírito Santo. O critério de escolha foi baseado nos dados fornecidos pela ANS, privilegiando a operadora com um dos maiores números de beneficiados inscritos dentro da modalidade nesse estado.

Operadoras na modalidade autogestão normalmente são dirigidas por associações e fundações sem fins lucrativos para prestação de serviços de saúde a determinada população e não atuam no mercado comercializando planos de saúde (BRASIL, 2007). Seus serviços de assistência são operados por intermédio do Departamento de Recursos Humanos. Responsabilizam-se pelo plano

privado de assistência à saúde dos empregados ativos, aposentados, pensionistas, ex-empregados e respectivos grupos familiares (CECHIN, 2008).

Para que os dados contemplassem a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo, o dimensionamento da quantidade de entrevistas seguiu o critério de saturação, que compreende o conhecimento formado pelo pesquisador no campo de que conseguiu compreender a lógica interna do grupo de estudo (MINAYO, 2006). Com base nesses critérios, o número de usuários entrevistados totalizou três. Para preservar o anonimato dos participantes, eles foram caracterizados por números. Dessa forma, a Usuária 1, com 69 anos, no plano de saúde há 44 anos, é participante do programa de qualidade de vida; a Usuária 2, com 73 anos, no plano há 30 anos, é também participante do programa de qualidade de vida; já a Usuária 3, com 69 anos, no plano há 40 anos, participa do programa de gerenciamento de crônicos. Os usuários foram entrevistados em suas respectivas residências ou na sede da operadora, de acordo com sua disponibilidade.

A partir desses critérios, os profissionais dos programas de promoção e prevenção indicaram possíveis entrevistados. Os critérios de inclusão foram baseados no tempo de adesão ou inclusão do usuário nos programas. Usuários acima de um ano inseridos nesses programas e com maior frequência de acesso ao serviço foram selecionados para entrevista.

Um aspecto relevante a ser registrado preliminarmente diz respeito ao fato de os profissionais da operadora serem responsáveis pela indicação dos usuários, podendo constituir um viés para este estudo, visto que existe uma tendência implícita de indicar usuários mais adaptados ao programa ofertado pela operadora. Apesar dos esforços da pesquisadora para minimizar essa situação, possivelmente esse viés pode ter acontecido e, de certa forma, contribuído para que usuários mais questionadores e que tensionam os programas não fossem indicados para participar da pesquisa.

A técnica escolhida para a coleta de dados foi a entrevista, com a finalidade de obter informações contidas nas falas dos participantes, relatadas conforme a realidade vivenciada. Essas entrevistas seguiram um roteiro contendo perguntas semiestruturadas, que buscaram desvendar a percepção do usuário dos programas de promoção e prevenção em que estão inseridos.

As entrevistas foram realizadas individualmente, em local definido previamente, e optou-se por gravar as entrevistas em voz com gravador digital e, *a posteriori*, efetuou-se transcrição, seguindo rigorosamente a estrutura da fala dos usuários, de forma a preservar a fidedignidade dos depoimentos. Os dados foram coletados no período de abril a julho de 2009, com duração média de 40 minutos para cada entrevista.

Para início da análise, foi realizada a transcrição integral das falas dos usuários. O tratamento do material seguiu o método de análise de conteúdo. Optou-se por utilizar a análise temática, que consiste em desvendar os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja frequência signifique algo para o objeto analítico visado (MINAYO, 2006; BARDIN, 2009). Inicialmente, partiu-se de uma leitura de primeiro plano das falas e depoimentos, buscando atingir maior grau de profundidade. A análise perpassou pelos passos de ordenação dos dados, classificação e análise final com plena observação das implicações dos achados com o quadro teórico elaborado.

Esta pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, registrada sob o número 057/2009. Todos os entrevistados aceitaram participar voluntariamente deste estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados e discussões

Modelagens e aspectos organizacionais dos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças

Algumas características merecem ser destacadas em relação ao perfil dos beneficiários: todos os sujeitos da pesquisa são oriundos da mesma operadora, que atende a servidores de órgão público, estáveis de longa data, seus dependentes e os aposentados, constituindo uma carteira com número expressivo de idosos, pois esse fato se alia ao aumento da longevidade da população brasileira.

No que tange à prestação de assistência de serviços de saúde aos idosos, existe uma premissa técnica para a otimização de custos: a utilização de programas de gerenciamento de crônicos, de grupo de risco e programas de promoção e prevenção. Essas estratégias possibilitam que os idosos vivam mais e com mais qualidade (CECHIN, 2008). Correspondendo a essa premissa, o convênio

oferece duas modelagens de programa distintas: um Programa de Gerenciamento de Casos (PGC) e um Programa de Qualidade de Vida.

O PGC possui características de um programa de prevenção de doenças por meio da produção de cuidado na atenção domiciliar. É direcionado aos pacientes que possuem alguma limitação para se deslocarem aos serviços que a operadora oferece. A equipe multiprofissional é composta por médicos, enfermeiras, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas e fonoaudiólogos e, conforme a necessidade dos beneficiários, as visitas domiciliares se efetivaram. A fala da Usuária 3 retrata claramente essa situação:

Eles me acharam no hospital, eu fiquei internada por quatro meses e começaram a cuidar de mim. Vêm enfermeiros, médicos e terapeutas na minha casa. Os médicos e enfermeiros, que são os gerenciadores de caso, vêm uma vez ao mês.

Contrariando a conformação da atenção à saúde centrada no saber e na pessoa do médico, o PGC tem uma importante característica multiprofissional. Contudo, na multidisciplinaridade, não há cooperação e interligação entre as disciplinas. Cada profissional utiliza seu saber instrumental para solucionar as demandas do usuário (JAPIASSU, 1976) constituindo-se em um modelo insuficiente para superar os problemas de fragmentação do cuidado.

O programa de qualidade de vida tem características de estratégia de promoção da saúde e possui a seguinte modelagem: médicos vinculadores assistenciais (MVA), que são responsáveis por um número específico de beneficiários. Esses profissionais normalmente têm formação generalista, ou são geriatras, acompanham e monitoram o beneficiário e, quando necessário, encaminham o paciente para o médico especialista.

Os usuários referem que os MVAs possuem capacidade de acolhida e escuta, o que é um componente diferencial na produção do cuidado integral e autonomizador. O olhar focado na integralidade também corrobora para que a formação de vínculo e confiança entre profissional e usuário se solidifique, conforme nos indica a Usuária 1:

Gostei demais da MVA. Ela trata de uma forma geral. Eu vou mais ou menos de quatro em quatro meses e é ela que define esse prazo. Eu acho que essa médica é completa, cuidando do cliente de um modo geral. Por exemplo, eu fui no ortopedista porque eu tava com uma dorzinha na perna, ele olhou só aquilo ali. Já o tempo de consulta com minha MVA demora 40 a 50 minutos, ela conversa bastante e quer saber de tudo.

Fica claro que a “superespecialização” dos profissionais de saúde não garante a satisfação do usuário, pois a fragmentação do cuidado, no qual o ser humano é tratado como um “saco de órgãos”, constitui-se em uma situação profundamente danosa, uma prática de dissecação do corpo de sinais e sistemas orgânicos que têm sido característica preponderante para potencializar a fragmentação do cuidado (CECCIM; CARVALHO, 2005). O olhar generalista e o tempo da consulta citado pela usuária como prática da MVA denotam que, para a produção do cuidado, é necessário escutar, pois não é um membro do indivíduo que adoce e sim várias dimensões. A doença significa um dano à totalidade da existência. Não é o joelho que dói, é a totalidade existencial em desequilíbrio (FREIRE, 1996). Nesse sentido, torna-se necessário repensar e ressignificar o processo de formação do profissional de saúde, articulando sua relação não só com os aspectos da doença, os conhecimentos técnico-científicos e as ferramentas de gestão, mas também com a saúde, a vida, a felicidade, o afeto e a produção do cuidado fomentador de cidadania, a solidariedade e a inclusão dos atores envolvidos (LIMA, 2009).

O programa de qualidade de vida oferece palestras com diversos profissionais, enfocando o autocuidado e mudanças no estilo de vida. Também são proporcionadas diversas atividades: ioga, ginástica laboral, aula de artesanato, dança de salão, coral, *Ikebana*, passeios culturais, contador de histórias e convênio com a Faculdade da Terceira Idade na Universidade Federal do Espírito Santo (UNATI): A ampliação do universo para além da doença e para a produção de autonomia e encantamento é um forte componente que comparece nas falas dos usuários como nos diz a Usuária 1: “Eu acho o coral maravilhoso, é o dia mais feliz porque eu vou cantar”.

A expressão artística, o trabalho com abordagens corporais e mesmo outros dispositivos terapêuticos são estratégias ímpares na construção da pluralidade dialógica em busca de rearranjos tecnológicos e enriquecimento da racionalidade médica no sistema de saúde. Com a abertura de espaços assistenciais e a incorporação de outras ciências e saberes, pode-se superar a conformação individualista rumo a âmbitos que privilegiem a coletividade (AYRES, 2004).

Nesse cenário diferenciado de terapias, os beneficiários consideram como principais fatores de adesão ao programa de qualidade de vida a busca por um momento para si e formas de lazer, grupos de amizade, momentos para esquecer

os sofrimentos da vida e os problemas de doença, conhecer pessoas, praticar exercícios, sair de casa e reativar a memória. Estar inserido, para os usuários, é uma forma de promoção da vida, de parcerias e compartilhamentos de alegrias e tristezas e formas de enfrentar algum tipo de sofrimento. Para a Usuária 1:

Lá, na UNATI, eu conheci outras pessoas. Você começa a perceber que você passa por um momento de tristeza, mas você conhece a história do outro e vê que aquilo que você passou não é nada e começa a dar mais valor pra sua vida.

Percebe-se que a necessidade do beneficiário e o motivo de adesão ao programa estão, fundamentalmente, voltados a terapêuticas relacionais, na medida em que possibilitam ver a si e ao outro como igual e, nesse processo, os encontros vão permitir a ambos serem acolhidos e criar vínculos sociais que valorizam a vida e até mesmo transpor os obstáculos que são parte do viver como potência de vida e não de morte.

Os usuários buscam muito mais que resolver dores físicas. Procuram criar vínculos e laços de afetividade que os ajudem a alcançar seu equilíbrio. Portanto, para a Usuária 1, estar no programa significa ter possibilidades de superação:

Eu entrei porque, há seis anos, eu tive uma passagem muito triste na minha vida. Eu fiquei muito angustiada, então procurei a assistente social e expliquei a situação. Ela me convidou a fazer parte do coral, daí eu não parei mais. A gente passa a ser outra pessoa. Esse programa me levantou muito.

Independentemente da ótica redutora de custos e de consumo que motivam a operadora a ofertar essa modelagem de cuidado, há uma nova relação com o campo das necessidades dos usuários, pois quando se sentem desprotegidos e pouco acolhidos, eles tendem a buscar novamente os serviços, duplicando, assim, o trabalho e os custos assistenciais. Reduzir custos operacionais da saúde está intimamente ligado ao maior cuidado, no sentido do cuidado acolhedor, o que deve significar maiores graus de autonomia do usuário (MERHY; FRANCO, 2006).

Reestruturação assistencial em saúde e a produção de vínculo como prática do cuidado

As mudanças ocasionadas pela oferta de modelagens alternativas de cuidado merecem ser consideradas, porém cada programa deve ser analisado distintamente em decorrência de suas diferenças estruturais.

No PGC, a MVA e a enfermeira responsável conduzem o projeto terapêutico e os outros profissionais fazem atendimentos conforme a patologia do usuário.

Nessa vertente, o espaço do domicílio torna-se o lugar do encontro, sobretudo na dimensão relacional, em que o vínculo é indicador de positividade nas relações de cuidado, constituindo uma alteração no modo de produzir saúde e no processo de trabalho (MERHY; FRANCO, 2006), mesmo que o *modus operandi* continue operando fortemente na dependência do saber técnico e instrumental de cada profissional que faz a visita domiciliar, como se pode notar na seguinte fala da Usuária 3:

[...] quando eu preciso ir ao hospital ou no consultório eles me levam. Eles fazem pra mim tudo que uma pessoa doente precisa. Eu fico muito feliz quando eles chegam na minha casa, conversam comigo e me tiram da solidão. Eles me entendem quando eu não quero fazer um exercício da terapia.

Já a Usuária 1 relata: “A minha médica me ouve, me olha, quer que eu fale tudo que estou sentindo”.

E a Usuária 2 reforça esse sentimento: “Todos eles me tratam com muito carinho”.

No caso do PGC, o processo em curso indica uma reestruturação produtiva, sem uma inversão das usuais tecnologias utilizadas no processo de produção do cuidado, ou seja, o modelo continua médico-hegemônico e o trabalho centrado na lógica instrumental. Já no programa de qualidade de vida, nota-se que também há um processo de reestruturação produtiva em curso, conduzindo a uma transição tecnológica, que pode ser compreendida como um novo padrão de produção da saúde que modifica não apenas o modo de organização do processo produtivo, mas inverte o núcleo tecnológico do cuidado, configurando hegemonia das tecnologias mais relacionais a partir de novos sujeitos, capazes de disparar processos de subjetivações que afetam os outros e, ao mesmo tempo, constroem a si mesmos como sujeitos desse processo (FRANCO, 2003).

Os locais de encontro com os profissionais não são percebidos como o lugar de tratar a doença, mais sim de produção de novas sociabilidades ao possibilitar fazer amigos, construir vínculos, aprender coisas novas e ser feliz. O foco das atividades está em capacitar e autonomizar os usuários a lidar com os condicionantes do processo saúde-doença, lidar com sua doença, sua saúde e a produção de se fazer viver. Houve clara inversão da busca do usuário, que anteriormente procurava por exames, medicamentos e diagnóstico, e agora encontra escuta e laços de afetividade nos quais são disparados processos de subjetivação. É à potência dada pelo sentimento de pertencimento, de não ser mais um na multidão que a Usuária 2 se reporta:

Quando eu participo e convivo com outras pessoas, eu me considero uma pessoa saudável. Antes eu não ficava mais doente, mas eu ficava mais triste e eu já tive um problema de depressão, e agora não. Eu não tomo um remédio, eu não tomo mais nada.

(Des)cobrir a vida e valorizando o cuidado de si

Os programas ofertados pela operadora visam à qualidade de vida em saúde e à adoção de estilos saudáveis, com foco na capacitação da população para viver sem doenças ou para superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). O objetivo para o sujeito é a construção de sua saúde por meio do cuidado de si e do cuidado com os outros, utilizando essa capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Após a entrada no programa, os usuários afirmam que se sentiram mais seguros, autônomos e menos tímidos para tomar suas próprias decisões no modo como conduzem suas vidas. Referem ter aprendido a viver bem, a conviver com dores da alma e do corpo, que são inevitáveis, e a cuidar de si mesmos. Descobriram que se cuidar vai muito além de tomar medicamentos e existem outros modos de cuidar, como: viajar, passear e fazer amigos, como bem demonstra a Usuária 1:

Agora me sinto preparada para tomar decisões. Eu sempre fui muito tímida, e a timidez faz com que a gente fique um pouco retraída, e hoje não. Ontem a gente cantou na praça em uma viagem. Você vê as pessoas olhando para você e isso ajuda a sair daquela timidez.

Os usuários participantes do PGC, que possuem limitações para exercer sua autonomia e autocuidado, também declaram se sentir mais motivados em lidar com suas limitações. A Usuária 3 aponta para a luta pela vida com qualidade. A busca pela autonomia se expressa nas falas como um desafio a ser vencido:

Eu ainda não consigo cuidar de mim, não tenho força. Mas eu quero muito. Eu não tenho coordenação motora mais. É muito ruim ser inútil. Sinto-me assim porque eu não posso fazer nada, fico trêmula. Mas agora eu já me movimento mais.

Padecer de uma doença crônica não significa que a pessoa não possa gerir sua própria vida e ver o seu dia a dia de forma independente. O que pode haver são limitações na realização de atividades da vida diária, as quais necessitam ser trabalhadas para promover a independência possível (COSTA; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2007).

Percebe-se que, nesses programas, buscam-se capacitar os indivíduos e coletivos para responder aos desafios da vida social pelo compartilhamento de

poder entre os profissionais de saúde e os usuários nos modos de conduzir a vida. É entendida, ainda, como a possibilidade de ampliação do exercício das capacidades ou liberdades básicas dos sujeitos para realizar a forma de vida que escolheu para se engajar ou não em determinados projetos. Esse processo autonomizador Carvalho e Gastaldo (2008) denominam de *empowerment* e, com essa prática de poder, podem-se produzir sujeitos autônomos e críticos. Essa forma de poder pode ocorrer tanto no nível da promoção da saúde como da prevenção, reabilitação e cura (CARVALHO; GASTALDO, 2008; CARVALHO, 2007). Em conformidade com essa definição, Fleury-Teixeira et al. (2008) identificam a autonomia como categoria norteadora da atuação em promoção da saúde e consideram esta o cerne da proposição de *empowerment* individual e coletivo. Em suma, a produção do cuidado autonomizador visa a ampliar a capacidade dos indivíduos e coletivos para intervir sobre seus determinantes de saúde.

O grande risco da “capacitação” pelos programas é a tendência implícita de responsabilizar o indivíduo por não adotar um estilo de vida saudável e pela “piora” de sua doença, rotulando o doente como um desviante (LUZ, 2007). Com relação à autonomia, segundo percepção dos usuários, além de se sentirem mais autônomos, também possuem liberdade com os profissionais de saúde para posicionar-se quanto à forma como querem ser cuidados e até mesmo negar-se a uma proposta terapêutica ofertada pelo profissional, conforme relatos abaixo:

A gente tem a liberdade de falar com todos. A gente coloca o que a gente pensa, o que a gente quer, qual a ajuda a gente quer (Usuária 2)

Eles me entendem quando eu não quero fazer um exercício da terapia. Vinha nutricionista na minha casa, mas aí eu falei que eu não quero mais. Eles me respeitam. (Usuária 3).

A autonomia é a liberdade de agir do sujeito de acordo com seus valores, prioridades, desejos, crenças e autodeterminação, entretanto não se pensa autonomia somente nessa perspectiva, mas como um conceito complexo, relativo e construído sobre processos de interdependências. Esse cuidado autonomizador deve ser construído na relação entre profissional e usuário, com eixo na escuta como produtora da autonomia (FREIRE, 1996; MERHY, 2009). E além do eixo analítico da autonomia, há o cuidado de si, que se estrutura na produção do cuidado como expressão de formas de vida, em que o ser humano resulta da ocupação de si como resultado de si (AYRES, 2004).

O cuidado de si é uma categoria analisada por Foucault (2007) no momento em que sua produção filosófica se organiza em torno dos conceitos de biopoder e biopolítica, com nuança no cuidado do outro. É descrito como a parceria da alma com a razão para que se possa levar a vida da melhor forma, atendendo às necessidades físicas, mentais e espirituais, na busca do (re)estabelecimento de um estado de harmonia interna (AYRES, 2004; BUB et al., 2006).

Os usuários relatam que o tempo que passam envolvidos nas terapias alternativas ofertadas pelo convênio são momentos em que cuidam de si, um tempo destinado para eles, conforme a visão da Usuária 1:

Eu era muito ocupada, eu trabalhava muito. Eu acho que é o momento da gente se dar um pouquinho de tempo de lazer. A partir do momento que você trabalha, precisa parar um pouco, agora eu preciso e estou dedicando um tempo pra mim.

Também descrevem que, após a criação de laços de afetividade nos grupos, conseguem perceber a dor do outro e oferecer ajuda, pois esse “cuidado do outro” é uma forma como cuidam de si:

Minha qualidade de vida melhorou, sim, porque, a partir do momento que você convive com outras pessoas, vê o seu semelhante de forma diferente, aprende a tolerar mais as coisas e a ver a limitação de cada um, mas sempre ajudando naquilo que precisam de mim. Você acaba aconselhando e a qualidade de vida melhora, porque você se sente muito útil em ajudar alguém (Usuária 2).

Estimular a compreensão autônoma do mundo e o exercício da autonomia dos beneficiários, no que se refere ao seu processo de cuidar de si, é um componente ético do cuidado que deve ser constantemente estimulado pela apreensão do processo de constituição de si como sujeitos sociais (COSTA; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2007; CAVALCANTE JÚNIOR, 2009).

Dispositivos de poder na produção do cuidado

Buscou-se apreender se os programas de promoção e prevenção ofertados pela operadora estão operando como dispositivos biopolíticos. Dispositivo entendido como um campo de correlações de força, onde opera um contíguo específico de tecnologias e de práticas sanitárias, em que não há exterioridade entre técnicas de saber e estratégias de poder. A biopolítica é uma nova formulação de poder que se aplica à vida, com o propósito de conduzir a população e não mais o indivíduo, na perspectiva de “fazer viver e deixar morrer” (FOUCAULT, 1999). O eixo do seu conceito está posto sobre uma ótica positiva de poder e

dependendo da forma de utilização desse poder, pode produzir um poder não repressor, mas um poder libertador, e os seus instrumentos são o conhecimento e a retenção de saber (POGREBINSCHI, 2004).

Foucault (1984), ao falar sobre o desenvolvimento do capitalismo desde sua origem e das repercussões no processo saúde doença, alerta-nos sobre o controle da sociedade sobre os indivíduos e seus modos de operação. Para o autor, o controle se dá além da consciência ou pela ideologia. Na realidade, ele começa no corpo, com o corpo. O corpo é, assim, uma realidade biopolítica e, nesse contexto, a Medicina é uma estratégia biopolítica. E ela, de diferentes formas, utiliza-se dessas estratégias. Pode-se assim, identificar que a oferta de programas de prevenção e promoção da saúde se constitui numa dessas estratégias, pois a racionalidade do custo e da recuperação da força de trabalho está imbricada e sempre presente nessas ofertas pelas operadoras de saúde suplementar, conforme se pôde verificar neste estudo.

Os recursos utilizados são múltiplos e percebidos pelos beneficiários, via de regra, como algo positivo, bom, conforme pode ser atestado nas falas dos usuários dos programas estudados. Nota-se que existe procura em ampliar o cuidado de si e o conhecimento do grupo. São ofertadas palestras que ensinam formas de viver bem na terceira idade, adoção de estilos de vida saudáveis e o aprendizado das aulas de arteterapia. Além desses, o convênio com a Universidade Aberta da Terceira Idade (UNATI) é uma forma clara de estratégia de saber-poder, como aponta a Usuária 1:

Cada aula a gente aprende uma coisa, porque as palestras são todas com profissionais da saúde. Tudo que fala sobre doença e relacionado a benefício da terceira idade eles fazem.

Esse programa tem enfoque nas ações coletivas, configurando um dispositivo biopolítico. No caso das consultas com a MVA, o caráter assistencial é voltado para a disciplina, com monitoramento individual e regulação do processo saúde-doença. Assim, Foucault deixa claro que esses poderes se incorporam e um não substitui o outro, mas o interpenetra e o transforma, podendo ocorrer a manifestação dos dois poderes na produção do cuidado (FOUCAULT, 1999).

Para Foucault (2008), a moldura da biopolítica está no neoliberalismo, em que é balizada a produção de liberdade e práticas biorregulamentadoras. Regulamenta-se para assegurar a vida, para prevenir e preterir a morte (POGREBINSCHI, 2004). A estratégia biorregulamentadora que norteia as ações dessa operadora está calcada

na lógica da redução de custos, buscando também a longevidade e a postergação da morte com mecanismos que demarcam a otimização da vida com a regulamentação a partir do poder sobre a vida (FOUCAULT, 1999; PELBART, 2003).

O poder disciplinar, manifestado no programa de qualidade de vida na regulação das consultas individuais, materializa-se nos indivíduos por meio de técnicas normatizadoras, cuja finalidade está centrada na produtividade, voltada para o corpo como objeto e alvo de poder, buscando modelar, treinar, tornar competente, útil e inteligível, impondo-lhes restrições e vetos (POGREBINSCHI, 2004; FOUCALT, 2009).

Tudo isso ocorre de forma sutil, talvez imperceptível a princípio, porém nota-se que a intenção de monitorar é evidente, visto que quem define a peridiocidade da consulta é o médico, conforme maior ou menor necessidade de monitoramento. Assim, Foucault (2009) descreve que essa vigilância auxilia na verificação do número real de doentes e em suas identidades, para, posteriormente, regulamentar as idas e vindas. Nota-se, conforme a visão da Usuária 2, que o usuário acaba abandonando algumas práticas em prol de manter um corpo saudável conforme os estilos de vida preconizados:

Eu aprendi que tenho que sair, porque, para a saúde é importante, e também preciso tomar o medicamento. O colesterol tava muito alto porque eu tava comendo muito chocolate diet, mas eu aprendi que chocolate diet tem muita gordura, e aí eu parei de comer. Eu gosto de chocolate, mas você pode viver sem ele, para poder cuidar da sua saúde.

Percebe-se que a disciplina atua na produção de corpos submissos e dóceis, potencializando as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e minimizando-as (em termos políticos de obediência), visando a vigiar o comportamento de cada um, apreciá-lo, sancioná-lo (FOUCAULT, 2009).

Já no programa de gerenciamento de casos, no qual diversos profissionais vão à casa do beneficiário ditar e prescrever cuidados, o poder disciplinar é visualizado como prática de produção de cuidado, visto que tudo que ocorre durante as visitas é anotado e transmitido aos superiores. São distribuídas orientações e exerce-se um controle regulador (FOUCAULT, 2009). Nesse processo, o usuário disputa poder e pode não aceitar algumas normativas dos profissionais. Se não quer, não faz a dieta alimentar prescrita, não faz alguns exercícios fisioterápicos, não obedece ao projeto terapêutico recomendado.

Partindo desses princípios, compreende-se que os programas de promoção e prevenção da operadora pesquisada atuam como dispositivos biopolíticos e também

disciplinares, utilizando práticas que conduzem a forma de viver do beneficiário, que podem estar baseadas em atos de controle, disciplina, mas ao mesmo tempo abre possibilidades para se promover a vida, a autonomia e a emancipação da população envolvida. O mais importante, nesse processo de disputas de poder, é a existência de um equilíbrio entre as práticas biorreguladoras e a produção de liberdade, para que o usuário se corresponsabilize pela sua saúde e seu cuidado, vinculado ao exercício da autonomia individual, atentando para não sofrer intervenções biopolíticas arbitrárias e autoritárias.

Considerações finais

Com o incentivo da ANS, programas de promoção e prevenção da saúde entraram na agenda da Saúde Suplementar, em específico das operadoras. Embora ainda se possam perceber limitações nesse setor, há que se reconhecer que importantes avanços já ocorreram nesse sentido, ao se observar o crescimento de programas por operadoras de saúde em todo o país, em diferentes estágios de implantação e funcionamento, diversificando o que até então era conhecido com um setor com processo de produção do cuidado fortemente medicalizado. Nesse sentido, observam-se muitas alternativas e caminhos para o cuidado integral, na medida em que alguns relatos apontam para a emergência de novas profissões na Saúde Suplementar, a partir da Promoção da Saúde. Os profissionais em geral se consideram implicados nesse processo, e utilizam a autonomia do seu trabalho vivo para trabalhar com os desejos e expectativas dos usuários nos contextos em que estão inseridos.

A integralidade do cuidado é um valor a ser defendido numa perspectiva que potencialize a realização de um projeto de vida e felicidade dos sujeitos e aumente a capacidade dos indivíduos para que consigam lidar com o que denominam de problema de saúde e necessidade de cuidado. A operadora analisada vem tendo avanços significativos na reestruturação da produção do cuidado e seus desdobramentos na incorporação de distintas tecnologias, embora os embates nos modelos imponham ao PGC ainda operar nos moldes hegemônicos na forma de cuidar, fazendo com que o poder disciplinar esteja muito implicado nas práticas que organizam a lógica da gestão e nos processos de trabalho nesse programa.

Esta é uma questão importante a ser considerada no estudo, ao se verificar o quanto o Programa de Promoção da Saúde é um dispositivo biopolítico, ou seja,

é utilizado como estratégia de poder no sentido de disciplinar os corpos para certos modos específicos de vida. Não há, nesse sentido, um julgamento de valor sobre estratégias biopolíticas na condução de casos, mas uma análise de que, por exemplo, no PGC dessa operadora, há elementos interessantes de mudança no modo de produzir o cuidado que ao mesmo tempo, encontram limites no trabalho instrumental, centrado nos núcleos profissionais, mesmo que sejam muitas as profissões envolvidas. Isso configura uma biopolítica que empodera esses núcleos, colocando um claro limite ao processo de reestruturação produtiva em curso, impedindo o processo de transição tecnológica, que significaria a inversão das tecnologias de cuidado, daquelas mais estruturadas, as tecnologias materiais, pela hegemonia das tecnologias não materiais, de função mais relacional, que são mais próprias ao campo da promoção da saúde.

O processo disciplinar, característico da biopolítica, em um programa de promoção da saúde, aparece muitas vezes de forma sutil, sob a “máscara” do autocuidado, quando de fato o cuidado de si, da forma como se entende o conceito em Foucault (2007), está vinculado ao conceito de liberdade e pressupõe, portanto, livre arbítrio para decidir o que fazer da vida. Em um programa de promoção da saúde, esse grau máximo de liberdade não existe, pois as amarras da regulação dos corpos e suas formas de vida são um imperativo mais forte.

Nota-se que os programas de promoção da saúde e prevenção das doenças têm balizado a corresponsabilização do usuário na produção do cuidado e nas práticas de produção de autonomia. É preciso manter um olhar crítico sobre a implementação desses programas, para que as práticas de cuidado produzidas nesse processo sejam também produtoras da emancipação dos próprios trabalhadores. Esses trabalhadores, na liberdade que têm no seu processo de trabalho, combinada com o autogoverno dos usuários, para que se constituam em partícipe do projeto terapêutico a ser ofertado pela operadora de saúde, acionam um processo de liberação tanto de usuários como dos profissionais de saúde. Dessa forma, alargam a possibilidade de compartilhamento de desejos e fusão de horizontes na perspectiva apontada por Ayres (2006), Merhy e Franco (2006), ao dialogarem sobre as possibilidades de cuidado autonomizador que não capturam o ser a ser cuidado, mas, ao contrário, permitem sua manifestação do como quer ser cuidado para ter uma vida digna e com qualidade e, assim, promover a vida como potência.

Referências

- ACIOLE, G.G. *A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado*. São Paulo: Hucitec, 2006.
- AGAMBEN, G. *Homo sacer: o poder soberano e a vida nua*. Belo Horizonte: UFMG, 2004.
- ALBUQUERQUE, C. et al. A situação atual do mercado de saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. *Ciência Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1421-1430, 2008.
- AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface, Comunicação, Saúde e Educação*, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004.
- BAREMBLITT, G. *Compêndio de análise institucional e outras correntes*. Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari, 1992.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70. 2009.
- BRASIL. Lei nº 9656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 4 de junho de 1998. Disponível em: < <http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 19 jun 2009.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar: manual técnico*. 2. ed. Rio de Janeiro: ANS, 2007.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Panorama das ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, 2008.
- BUB, M. B. C. et al. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, v. 15, p. 152-157, 2006.
- CAMPOS, C.J.G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 57, n. 5, p. 611-614, 2004.
- CARTA DE OTTAWA. *Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde*. Ottawa, 1986.
- CARVALHO, S.R. *Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
- CARVALHO, S.R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. *Ciência Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, Supl. 2, p. 2029-2040, 2008.
- CAVALCANTE JÚNIOR, J.G. *O cuidado de si: por uma hermenêutica mais próxima do sujeito*. Disponível em: < http://fap.com.br/fapciencia/002/edicao_2008/007.pdf>. Acesso em: 8 out. 2009.
- CECHIN, J. *A história e os desafios da saúde suplementar: 10 anos de regulação*. São Paulo: Saraiva, 2008.

CECCIM, R.B.; CARVALHO, Y.M. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B.; MATTOS, R.A. (Org.). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005. p. 69-92.

COSTA, V.T.; LUNARDI, V.L.; LUNARDI FILHO, W.D. Autonomia versus cronicidade: uma questão ética no processo de cuidar em enfermagem. *Revista de Enfermagem da UERJ*, v. 15, n. 1, p. 53-58, jan./mar. 2007.

FLEURY-TEIXEIRA, P. et al. Autonomia como categoria central no conceito de promoção da saúde. *Rev. Ciência Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, Supl. 2. p. 2115-2122, 2008.

FOUCAULT, M. *A hermenêutica do sujeito*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. *A história da sexualidade III: o cuidado de si*. Rio de Janeiro: Graal, 2007.

_____. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. *Microfísica do poder*. 4. ed Rio de Janeiro: Graal, 1984.

_____. *Nascimento da biopolítica: curso dado no Collège de France (1978-1979)*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 36. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1511-1520, 2008.

FRANCO, T.B. *Processo de trabalho e transição tecnológica na saúde: um olhar a partir do cartão nacional de saúde*; 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 39. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GERSCHAMAN, S. Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto de sistemas públicos de saúde: União Europeia e Brasil. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 13, n. 5, p. 1441-1451, 2008.

HEIMANN, L.S.; IBANHES, L.C.; BARBOZA, R. (Org.). *O público e o privado na saúde*. São Paulo: Hucitec, 2005.

JAPIASSU, H. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

LIMA, R.C.D. SUS e as teias de diálogos: (im)pertinentes para transformar a formação dos trabalhadores de saúde com vistas à humanização das práticas. *Revista Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, v. 13, supl. 1, p. 789-791, 2009.

LOBATO, L.V.C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 107-140.

- LUZ, M.T. É a promoção da saúde um novo paradigma. In: *Ordem social, instituições e políticas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. p. 217-225.
- MERHY, E.E. *O desafio da tutela e da autonomia: uma tensão permanente do ato de cuidar*. 2009. Disponível em: < <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados.11.pdf> >. Acesso em: 8 out. 2009.
- MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Reestruturação produtiva em saúde. In: FIOCRUZ. *Dicionário da Educação profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 225-230.
- MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
- PELBART, P.P. *Vida capital: ensaios de biopolítica*. São Paulo: Iluminuras, 2003.
- POGREBINSCHI, T. Foucault, para além do poder disciplinar e do biopoder. *Lua Nova*, Revista de Cultura e Política, São Paulo, v. 63, p. 179-201, 2004.
- SANTOS, F.P.; MALTA, D.C.; MERHY, E.E. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. *Ciência Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1463-1475, 2008.
- SILVEIRA, L.S. *Prevenção de doenças e promoção da saúde: diferenciais estratégicos na conjuntura do mercado de saúde suplementar*. 2004. 113 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Suplementar)- Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004.

Abstract

The users' perception of a health promotion and prevention program offer: a self-management operator case

The coexistence of public and private health care systems in Brazil is old and their arrangements have contributed to the construction of a fragmented system. In seeking to establish policies in agreement with the Brazilian Unified Health System, the National Agency of Supplemental Health insurance has encouraged the development of programs for health promotion and disease prevention on the private sector. These actions are a heterogeneous set of strategies to consolidate policies aiming at the population's health. This is a qualitative study that analyzes these preventive programs in a private health insurance agency, to understand whether they produce bio-political devices. Speeches were collected from users of the programs through a semi-structured script using the technique of content analysis. The results show that some restructuring processes of care production are ongoing, and relational aspects have been targeted in these programs. These actions are configured in devices leading biopolitical forms of life. It is important to have balance between these powers and the production practices of freedom, noting that there is no arbitrary and authoritarian biopolitical interventions in the production of health actions.

► **Key words:** health care providers; health promotion; disease prevention; autonomy.