



Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
Doutorado em Ciências da Informação

Interatividade e relacionamento de operadoras de saúde brasileiras por
meio do *Facebook*: estratégias para promoção da saúde

Universidade Fernando Pessoa,
Porto, 2017

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
Paola Lanzalotta Marcelino

Interatividade e relacionamento de operadoras de saúde brasileiras por
meio do *Facebook*: estratégias para promoção da saúde

Universidade Fernando Pessoa,
Porto, 2017

Paola Lanzalotta Marcelino

Interatividade e relacionamento de operadoras de saúde brasileiras por
meio do *Facebook*: estratégias para promoção da saúde

Assinatura: _____

Tese apresentada à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para obtenção do grau de
doutor em Ciências da Informação, sob orientação
Professor Doutor Jorge Pedro Sousa e sob co-
orientação do Professor Doutor Mazahir Salomão
Bruck.

Universidade Fernando Pessoa,
Porto 2017

RESUMO

PAOLA LANZALOTTA MARCELINO:

Interatividade e relacionamento das operadoras de saúde brasileiras no *Facebook*:
estratégias para promoção da saúde

(Sob orientação do Prof. Doutor Jorge Pedro Sousa e co-orientação do Prof. Doutor
Mozahir Salomão Bruck)

O advento da Web 2.0 trouxe uma concepção mais dinâmica da internet, intensificando o seu modo de interagir e colaborar através de uma comunicação multidirecional, possibilitando o surgimento dos Sites de Redes Sociais (SRS), dentre eles o *Facebook*. O crescimento dessas redes interativas tem determinado todo um campo discursivo e institucional, quando se pensa a comunicação organizacional, sendo também determinante em muitos fatores para condutas humanas. Ao mesmo tempo, estudos recentes têm reiterado que a comunicação organizacional de muitas instituições parece não ter acompanhado a evolução de suas práticas estando, a despeito do aparecimento dos SRS's, em descompasso com sua capacidade de criar, bidireccionalmente, a comunicação interativa e participativa entre pessoas. Nesse contexto, os sites de redes sociais podem ser determinantes em ações que tem como primazia novas estratégias de promoção de saúde. Por esse motivo, muitas operadoras de saúde (OPS), empresas privadas que vendem seguros e planos de saúde, tem se aproveitado dos SRS's. Dessa forma, o objetivo da presente tese foi identificar como as OPS brasileiras estabelecem suas estratégias de promoção da saúde, através de relacionamento e interatividade, por meio do *Facebook*. Trata-se de um estudo comparativo, longitudinal, exploratório e descritivo. Foram analisadas as postagens no *Facebook* das três maiores operadoras de saúde do País. Para os dados quantitativos, tais como volume de posts e sua categorização, foi utilizada a Análise de conteúdo. Para os dados qualitativos, em que se observou o caráter relacional das mensagens, foi utilizada a análise do discurso. Análise de Reses Sociais foi utilizada para mapear padrões de utilização da página das operadoras e aspectos funcionais da rede de informação delas. Como resultado geral, pareceu que as informações aqui trazidas contribuíram para agregar mais conhecimento para a área da gestão da informação e sobre o uso do *Facebook* para estratégias de promoção da saúde. Mostrou também que, mesmo aparentando benefícios para promoção da saúde, há necessidade, por parte das operadoras, de um melhor manejo do conteúdo, da moderação das postagens e maior engajamento para esse fim, sobretudo focados numa visão mais ampla do conceito de promoção da saúde.

Palavras-Chave: Promoção da Saúde. Sites de Redes Sociais. Operadoras de Saúde. Saúde.

ABSTRACT

PAOLA LANZALOTTA MARCELINO:

Interactivity and relationship of Brazilian health insurance companies on *Facebook*:
health promotion strategies for

(Under the guidance of Prof. Dr. Jorge Pedro Sousa and co-supervision of Prof. Doctor
Salomão Mozahir Bruck)

The advent of Web 2.0 brought a more dynamic conception of the internet, intensifying its way of interacting and collaborating through multidirectional communication, allowing the emergence of Social Networking Sites (SRS), among them *Facebook*. The growth of these interactive networks has determined an entire discursive and institutional field when one thinks of organizational communication and is also determinant in many factors for human behavior. At the same time, recent studies have reiterated that the organizational communication of many institutions seems not to have followed the evolution of their practices, despite the emergence of SRSs, in disagreement with their capacity to create, in a bidirectional way, interactive and participatory communication between people. In this context, social networking sites can be determinant in actions that have as a priority new health promotion strategies. For this reason, many health care providers (OPS), private companies that sell insurance and health plans, have taken advantage of SRS's. Thus, the objective of this thesis was to identify how Brazilian OPS establish their health promotion strategies, through relationship and interactivity, through *Facebook*. It is a comparative, longitudinal, exploratory and descriptive study. The *Facebook* posts of the three largest health care providers in the country were analyzed. For the quantitative data, such as volume of posts and their categorization, Content Analysis was used. For the qualitative data, in which the relational character of the messages was observed, discourse analysis was used. Social Security Analysis was used to map user page usage patterns and functional aspects of their information network. As a general result, it appeared that the information provided here contributed to adding more knowledge to the area of information management and to the use of *Facebook* for health promotion strategies. It also showed that, despite the benefits of health promotion, there is a need on the part of the operators for a better management of content, moderation of posts and greater engagement for this purpose, especially focused on a broader vision of the concept of health promotion.

Keywords: Health Promotion. Social Networking Sites. Health Operators. Health.

RÉSUMÉ

PAOLA LANZALOTTA MARCELINO:

L'interactivité et la relation des compagnies d'assurance de santé brésiliens sur
Facebook: des stratégies de promotion de la santé pour

(Sous la direction du Prof. Dr Jorge Pedro Sousa et co-direction du Prof. Docteur
Salomão Mozahir Bruck)

L'avènement du Web 2.0 a apporté une conception plus dynamique de l'Internet, en intensifiant sa façon d'interagir et de collaborer à travers une communication multidirectionnelle, ce qui permet l'émergence de sites de réseautage social (SRS), y compris *Facebook*. La croissance de ces réseaux interactifs a donné tout un champ discursif et institutionnel, quand vous pensez à la communication organisationnelle et aussi décisive dans de nombreux facteurs du comportement humain. En même temps, des études récentes ont rappelé que de nombreuses institutions de communication de l'organisation semble avoir suivi l'évolution de son être pratique, malgré l'apparition de SRS de l'étape avec sa capacité à créer, une communication bidirectionnelle, interactive et participative entre les gens. Dans ce contexte, les sites de réseaux sociaux peuvent être décisifs dans des actions dont la primauté de nouvelles stratégies de promotion de la santé. Pour cette raison, de nombreuses compagnies d'assurance santé (OPS), des sociétés privées offrant des régimes d'assurance et de santé, a profité des SRS de. Ainsi, l'objectif de cette thèse était de déterminer comment OPS Brésil établir leurs stratégies de promotion de la santé par la relation et l'interaction via *Facebook*. Ceci est une comparaison longitudinale, descriptive et exploratoire. postes ont été analysés sur *Facebook* des trois plus grandes compagnies d'assurance-maladie dans le pays. Pour les données quantitatives, telles que le volume des postes et leur catégorisation, nous avons utilisé l'analyse de contenu. Pour des données qualitatives, qui ont noté la nature relationnelle des messages, nous avons utilisé l'analyse du discours. L'analyse des Reses sociaux a été utilisé pour cartographier les modes d'utilisation des opérateurs de page et les aspects fonctionnels de leur réseau d'information. En conséquence, il est apparu que les informations portées ici ont contribué à ajouter plus de connaissances à la zone de gestion de l'information et l'utilisation de *Facebook* pour les stratégies de promotion de la santé. Il a également montré que même des avantages pour semblants promotion de la santé, il est nécessaire pour les opérateurs, une meilleure gestion du contenu, la modération des messages et un plus grand engagement à cet effet, en particulier l'accent sur un concept plus large de la vision de promotion de la santé.

Mots-clés: Promotion de la santé. Sites de réseautage social. Opérateurs de santé. Santé.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais: amor incondicional e estímulo maior para todas as realizações.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Doutor Jorge Pedro Sousa, orientador desta tese, agradeço pela confiança, aprendizado e profissionalismo.

Ao Prof. Doutor Mozahir Salomão Bruck, co-orientador desta tese, agradeço pela acessibilidade e engajamento contínuos.

Ao Prof. Doutor Rudimar Baldissera, agradeço pela gentileza e valiosa participação.

Ao mestre K, agradeço pela sinergia e partilha de conhecimentos.

Ao Paulo, agradeço pela amizade, ajuda e valiosas dicas.

A Dani, agradeço pela disponibilidade e talento.

Ao Tico, meu marido, agradeço pelo cuidado, companheirismo e amor.

A minha querida mãe, agradeço pelo incentivo, exemplo de determinação e, especialmente, por me fazer acreditar que tudo é possível.

Ao meu pai, agradeço pelos ensinamentos, oportunidades e confiança.

A minha irmã Paloma, agradeço por tonar minha caminhada sempre mais leve e agradável.

Ao Vinícius, agradeço pela vida da minha espetacular sobrinha.

A Vivi, irmã do coração, agradeço pelo carinho, paciência e fé.

A Lulu, Joelma, Kiki, Zazá, Feijão, Bola e Bela, agradeço pela companhia e energia.

INDÍCE GERAL

RESUMO.....	VI
ABSTRACT.....	VII
RÉSUMÉ.....	VIII
DEDICATÓRIA.....	IX
AGRADECIMENTOS.....	X
LISTA DE ABREVIATURAS.....	XXIII
INTRODUÇÃO.....	- 1 -
1.1 Contextualização do estudo.....	- 4 -
1.2 Abordagem do Trabalho.....	- 6 -
1.3 Objetivos e Contribuições.....	- 7 -
1.3.1 <i>Objetivo geral:</i>	- 7 -
1.3.2 <i>Objetivos específicos:</i>	- 7 -
1.4 Estrutura da Tese.....	- 8 -
CAPÍTULO I - AS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL.....	- 11 -
1.1. Histórico do sistema de saúde suplementar no Brasil e seu marco regulatório.....	- 11 -
1.2. Conceituações e notas de entendimento sobre o sistema de saúde brasileiro.....	- 18 -
1.3. Formas de organização dos sistemas de saúde.....	- 21 -
1.3.1. <i>Organização do sistema brasileiro e breve contraponto com outros sistemas.....</i>	- 21 -
1.3.2. <i>Sistemas privados e as possibilidades de coexistência de sistemas mistos.....</i>	- 25 -
1.4. As principais modalidades empresariais do sistema de saúde privado no Brasil....	- 29 -
1.4.1. <i>O segmento das autogestões.....</i>	- 31 -
1.4.2. <i>O segmento dos planos administrados.....</i>	- 32 -
1.4.3. <i>O segmento das cooperativas médicas.....</i>	- 33 -
1.4.4 <i>O segmento das seguradoras especializadas em saúde.....</i>	- 35 -
1.4.5. <i>O segmento das medicinas de grupo.....</i>	- 37 -

1.5. Aspectos preliminares de discussão e apontamentos sobre as operadoras de saúde.....	- 39 -
1.5.1. Aspectos preliminares sobre as operadoras de saúde.....	- 39 -
1.6. Caracterizando as três maiores empresas brasileiras seguradoras de saúde ..	- 43 -
1.6.1. A Amil Assistência Médica Internacional.....	- 43 -
1.6.2. Bradesco Saúde	- 45 -
1.6.3. Hapvida Assistência Médica (Medicina de Grupo / abrange-Fenasaúde)	- 45 -
 CAPÍTULO II: O FACEBOOK COMO AMBIENTE DE ESTRATÉGIAS DE RELACIONAMENTO	- 47 -
2.1. O Facebook, redes sociais e sites de redes sociais	- 47 -
2.1.1. Histórico dos conceitos sobre redes sociais.....	- 48 -
2.1.2. Diferenciações conceituais e percursos dos estudos nas ciências da informação.....	- 53 -
2.1.3. Principais tipos conceituais de redes sociais	- 57 -
2.2. Histórico da internet e dos sites de redes sociais online: o caso do Facebook-	64 -
2.2.1. “Outros avanços” na comunicação: a Internet e a Web 2.0	- 64 -
2.2.2. Os sites de redes sociais: pontos de vista conceituais e raízes históricas.....	- 69 -
2.2.3. Os sites de redes sociais e suas raízes históricas	- 74 -
2.2.4. O fenômeno Facebook.....	- 77 -
2.3. Potencialidades e limitações dos sites de redes sociais.....	- 82 -
2.3.1. Os sites de redes sociais e o processo de comunicação empresarial em rede	- 83 -
2.3.2. Sites de redes sociais e a promoção da saúde.....	- 87 -
 CAPÍTULO III - PROCESSOS DE COMUNICAÇÃO E AS OPERADORAS DE SAÚDE	- 91 -
3.1. Comunicação organizacional e processos de comunicação em saúde	- 91 -
3.1.1. Notas sobre os paradigmas da comunicação	- 92 -
3.1.2. Aspectos nocionais acerca da comunicação organizacional	- 95 -
3.1.3. Comunicação em saúde	- 102 -
3.2. Sociedade da informação: comunicação em rede e interatividade.....	- 107 -

3.3. Interatividade e políticas de relacionamento nos sites de redes sociais	- 114 -
CAPÍTULO IV - A PROMOÇÃO DA SAÚDE E OS SITES DE REDES SOCIAIS.....	- 120 -
4.1. Origens e conceituações sobre a Promoção da saúde	- 120 -
4.1.1. <i>Orientações históricas e conceituais</i>	- 120 -
4.1.2. <i>Diferenciações conceituais</i>	- 128 -
4.2. A promoção da saúde no Brasil	- 132 -
4.3. Promoção da saúde e empoderamento	- 139 -
4.3.1. <i>Os sentidos de empoderamento para o campo da saúde</i>	- 139 -
4.3.2. <i>Empoderamento, estratégias e o sistema de saúde brasileiro</i>	- 146 -
4.4. Promoção da Saúde e a Saúde Suplementar	- 150 -
CAPÍTULO V – METODOLOGIA DE PESQUISA	- 155 -
5.1 Orientações gerais e conceituais	- 155 -
5.2. Modelo conceitual.....	- 159 -
5.3. Marcos teóricos e conceituais	- 160 -
5.3.1. <i>Interatividade</i>	- 160 -
5.3.2. <i>Relacionamento</i>	- 160 -
5.3.3. <i>Redes Sociais</i>	- 161 -
5.3.4. <i>Sites de Redes Sociais</i>	- 161 -
5.3.5. <i>Operadoras de planos de saúde</i>	- 162 -
5.3.6. <i>Comunicação em saúde</i>	- 163 -
5.3.7. <i>Promoção da saúde</i>	- 163 -
5.3.8. <i>Empoderamento</i>	- 164 -
5.4 Análise de Conteúdo	- 164 -
5.4.1. <i>Contexto teórico da Análise de Conteúdo</i>	- 164 -
5.4.2. <i>Abordagem para a Análise de Conteúdo para a presente pesquisa</i> -	168 -
5.5. Análise do discurso	- 169 -
5.5.1. <i>Perspectivas teóricas sobre Análise do discurso</i>	- 169 -
5.5.2. <i>Abordagem para a Análise de discurso para a presente pesquisa</i> ..	- 174 -
5.6. A Análise de Redes Sociais - ARS	- 175 -
5.6.1. <i>Contextualização teórica da ARS</i>	- 175 -
5.6.2. <i>Abordagem para a ARS na presente pesquisa</i>	- 178 -

5.7 Aspectos metodológicos.....	- 179 -
5.7.1. Escolha da Amostra.....	- 179 -
5.7.2. Unidades de coletas de dados.....	- 180 -
5.7.3. Número amostral e corpus de análise	- 180 -
5.7.4 Categorias para a Análise do conteúdo	- 183 -
5.7.4.1. Categoria: Postagens dispareas e/ou não se enquadram.....	- 184 -
5.7.4.2. Postagens para informação, propaganda e/ou para venda de produtos	- 186 -
5.7.4.3 Postagem hibrida (informativa em saúde e de propaganda de produtos).....	- 188 -
5.7.4.4 Postagens de promoção da saúde.....	- 190 -
5.7.5 Subcategorias e temas	- 191 -
5.7.6 Categorias de análise: Análise do discurso	- 194 -
5.7.7 Coleta e quantificação dos dados.....	- 196 -
5.7.7.1. Grelhas para Análise de Conteúdo.....	- 197 -
5.7.5.2. Coleta de dados e quantificação para ARS	- 199 -
5.7.8. Forma de codificação.....	- 199 -
5.7.9. Análise dos dados	- 200 -
5.7.10. Apresentação dos dados	- 201 -
5.8 Análise de SWOT e Questionários	- 201 -
5.8.1 A SWOT	- 203 -
5.8.2 O Questionário	- 203 -
5.8.3 Passos metodológicos de aplicação das ferramentas	- 203 -
CAPÍTULO VI – RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	- 205 -
6.1 Notas sobre o recorte amostral.....	- 205 -
6.2 Resultados da Análise do conteúdo.....	- 208 -
6.2.1 Postagens dispareas e Postagens informativas.....	- 209 -
6.2.2 Postagens híbridas.....	- 213 -
6.2.3 Postagens de promoção da saúde.....	- 218 -
6.2.4 Aspectos gerais sobre a análise de conteúdo	- 232 -
6.3 Resultados da Análise do discurso	- 234 -
6.3.1 Comparativos de respostas e reações dos usuários	- 236 -
6.3.2 Notas preliminares: sobre o uso do Facebook.....	- 247 -

6.3.3	<i>Comentários não pertinentes</i>	- 248 -
6.3.4	<i>Comentários pertinentes</i>	- 251 -
6.3.4.1	<i>Resultado da Análise do discurso: Amil</i>	- 252 -
6.3.5	<i>Resultado da Análise do discurso: Bradesco</i>	- 256 -
6.3.6	<i>Resultado da Análise do discurso: Hapvida</i>	- 260 -
6.4	Análise do discurso e ARS: aspectos da rede estabelecida pelas postagens.	- 270 -
6.4.1	<i>Mapas das redes das operadoras</i>	- 275 -
6.5	A análise de SWOT.....	- 282 -
6.6	Deolutivas dos questionários.....	- 285 -
6.6.1	<i>As operadoras de saúde</i>	- 285 -
6.6.2	<i>Respostas do especialista</i>	- 286 -
6.7	Discussão.....	- 289 -
CAPÍTULO VII – CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....		- 299 -
7.1	Primeiro, segundo e terceiro objetivos: conteúdos e estratégias de comunicação para promoção da saúde.....	- 301 -
7.1.1	<i>Recomendações e sugestões</i>	- 304 -
7.2	Quarto objetivo: elementos do comportamento moderador e da interatividade.....	- 306 -
7.2.1	<i>Recomendações e sugestões</i>	- 308 -
7.3	Quinto objetivo: engajamento na promoção da saúde através da comunicação e da construção de relacionamentos.....	- 310 -
7.3.1	<i>Recomendações e sugestões</i>	- 312 -
7.4	Sexto objetivo: impacto das atividades de promoção da saúde.....	- 313 -
7.4.1	<i>Recomendações, sugestões e limitações</i>	- 318 -
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		- 320 -
APÊNDICES.....		- 335 -
Apêndice 1 - Questionário para as operadoras.....		- 335 -

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa da taxa de cobertura dos planos de assistência médica por Unidade da Federação.	- 41 -
Figura 2: Exemplo de um grafo eurliano.	- 49 -
Figura 3: Exemplo de um sociograma.	- 50 -
Figura 4: Rede de dois modos onde os nós pretos significam eventos e os brancos atores.	- 63 -
Figura 5 - Ilustração do modelo de triangulação metodológica da presente pesquisa elaborado pela autora.	- 157 -
Figura 6 – Modelo conceitual da investigação. Fonte: Autora da pesquisa, 2016....	- 159 -
Figura 7 – Esquema para a Análise do discurso. Fonte: Autora da pesquisa, 2006.	- 174 -
Figura 8 - Exemplo de Postagens díspares / informativa de produtos diversos da Bradesco.....	- 185 -
Figura 9 – Exemplo de mensagem para informação, propaganda e/ou para venda de produtos utilizada pela Hapvida.....	- 187 -
Figura 10 – Exemplo de mensagem de propaganda ou venda de produtos utilizada pela Bradesco.....	- 187 -
Figura 11 – Exemplo de Postagem híbrida relacionado a projetos esportivos associados a promoção da marca da Hapvida.	- 188 -
Figura 12 – Exemplo de Postagem Híbrida com reflexos na informação em saúde e venda de seguros de proteção à família utilizada pela Bradesco.	- 189 -
Figura 13 – Exemplo de postagem em promoção da saúde, com foco na atividade física, utilizado pela Amil.....	- 190 -
Figura 14 – Interface do Gephi.....	- 201 -
Figura 15 – Modelo para análise de SWOT.....	- 202 -
Figura 16 - Exemplo de Postagens díspares e/ou que não se enquadram, de produtos diversos da Bradesco.....	- 211 -
Figura 17 – Exemplo de mensagem de informação utilizada pela Hapvida.....	- 215 -
Figura 18 – Exemplo de Postagem Híbrida com reflexos na informação em saúde e venda de seguros de proteção à família utilizada pela Bradesco.	- 215 -

Figura 19 – Exemplo de Postagem Híbrida relacionado a projetos esportivos associados a promoção da marca da Hapvida.....	- 217 -
Figura 20 – Exemplo de postagem em promoção da saúde, com foco na saúde bucal, utilizado pela Amil.....	- 222 -
Figura 21 – Exemplo de mensagem em promoção da saúde com o tema maternidade, utilizado pela Hapvida.	- 223 -
Figura 22 – Exemplo de postagem em promoção da saúde com em datas comemorativas de saúde, da Bradesco.....	- 225 -
Figura 23 – Exemplo de postagem em promoção da saúde com em campanhas de saúde, da Amil.....	- 226 -
Figura 24 – Exemplo de postagem em promoção da saúde mesclando informações de diferentes aspectos em saúde, da Hapvida.....	- 227 -
Figura 25 – Exemplo de postagem em promoção da saúde sobre uma doença rara, da Hapvida.....	- 229 -
Figura 26 – Exemplo de postagem em promoção da sobre o uso da pílula anticoncepcional, da Hapvida.....	- 230 -
Figura 27 – Exemplo de postagem em promoção da saúde de conteúdo misto da Amil....	- 231 -
Figura 28 – Exemplo de postagem em promoção da saúde sobre a globalidade da noção de saúde, da Amil.....	- 232 -
Figura 29 - Exemplo de comentário de autopromoção, não pertinente ao objetivo do post sobre promoção da saúde da Hapvida.....	- 248 -
Figura 30 - Exemplo de comentário não pertinente contendo reclamações sobre a operadora de saúde.....	- 249 -
Figura 31 - Exemplo de comentário não pertinente de elogios sobre a operadora de saúde Amil.....	- 250 -
Figura 32 - Exemplo de orientação do correto espaço pra reclamação, feito por mensagem automática, num post de promoção da saúde da Amil.....	- 251 -
Figura 33 - Exemplo de post de promoção sobre cuidados maternos da Amil.....	- 252 -
Figura 34 - Exemplo de comentários post de promoção da saúde sobre o tema da maternidade, na Amil.....	- 253 -
Figura 35 - Exemplo de post e comentários na página da Amil que estimulam o bom uso do <i>Facebook</i>	- 255 -

Figura 36 - Exemplo de comentários post de promoção da saúde sobre o tema da maternidade da Bradesco.	- 256 -
Figura 37 - Exemplo de comentários e um post de promoção da saúde sobre hábitos saudáveis da Bradesco.	- 258 -
Figura 38 - Exemplo de comentários em post de promoção da saúde sobre o tema da amizade, da Bradesco.....	- 259 -
Figura 39 - Exemplo de comentários em post de promoção da saúde em que há autopromoção de vendedores de planos, no site da Hapvida.....	- 271 -
Figura 40 – Exemplo de comentários em post de promoção da saúde lúdico e alguns de seus comentários, no site da Hapvida.	- 272 -
Figura 41 – Exemplo de post de promoção da saúde mostrando o abandono de moderação, da Hapvida.....	- 276 -
Figura 42 – Exemplo de comentários em post sobre o evento Hapvida+1k.....	- 279 -
Figura 43 – Exemplo de comentários em post de promoção da saúde utilizando-se smiles, da Hapvida.	- 280 -
Figura 44 – Exemplo de post de promoção da saúde com papel informativo.....	- 272 -
Figura 45 – Gráfico de um post da Amil mostrando a tendência de formação da rede de usuários.	- 276 -
Figura 46 – Grafo da Amil mostrando a tendência de formação de sua rede de usuários..	- 279 -
Figura 47 – Grafo da Bradesco mostrando a tendência de formação de sua rede de usuários.	- 280 -
Figura 47 – Grafo da Hapvida mostrando a tendência de formação de sua rede de usuários.	- 280 -

LISTA DE QUADROS

Quadro1- Organização dos Sitemas Nacionais de Sáude. - 24 -

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Beneficiários de planos de assistência médica por modalidade da operadora (Brasil-junho/2010 – dezembro/2014).....	- 40 -
Gráfico 02 – Pirâmide etária do percentual de beneficiários de planos de assistência médico-hospitalar por tipo de contratação do plano e sexo (Brasil-março/2015)	- 41 -
Gráfico 3: Taxa de surgimento de sites de redes sociais e as relações com o desenvolvimento tecnológico. Fonte: Kim et al., 2013.	- 77 -
Gráfico 3 – Comparativo do número de seguidores das operadoras no <i>Facebook</i> ..	- 206 -
Gráfico 4 – Comparativo de comentários e acordo com as operadoras no <i>Facebook</i>	- 206 -
Gráfico 5 – Dados gerais sobre média de postagens das operadoras no <i>Facebook</i> .	- 207 -
Gráfico 6 – Dados gerais sobre reações e usuários atuantes nas postagens das operadoras no <i>Facebook</i> .	- 207 -
Gráfico 7 – Comparativo das postagens díspares e para informação das operadoras.....	- 210 -
Gráfico 8 – Porcentagem de mensagens sobre promoção da saúde das operadoras no <i>Facebook</i>	- 220 -
Gráfico 9 – Postagens de promoção da saúde por subcategorias de acordo com as operadoras no <i>Facebook</i> .	- 220 -
Gráfico 10 – Postagens de promoção da saúde em hábitos saudáveis por operadoras no <i>Facebook</i>	- 221 -
Gráfico 11 - Postagens de promoção da saúde em prevenção de doenças das operadoras no <i>Facebook</i>	- 222 -
Gráfico 12 – Respostas e reações dos usuários das operadoras no <i>Facebook</i> .	- 237 -
Gráfico 13 - Postagens de promoção da saúde das operadoras no <i>Facebook</i>	- 238 -
Gráfico 14 – Curtidas nas mensagens das operadoras no <i>Facebook</i> .	- 238 -
Gráfico 15 – Números de comentários das operadoras no <i>Facebook</i>	- 239 -
Gráfico 16 – Número de compartilhamento das operadoras no <i>Facebook</i> .	- 240 -
Gráfico 17 – Número de posts por subcategoria das operadoras no <i>Facebook</i> .	- 241 -
Gráfico 18 – Curtidas por subcategorias nas postagens das operadoras no <i>Facebook</i> .	- 242 -

Gráfico 19 - Compartilhamentos por subcategorias nas postagens das operadoras no <i>Facebook</i>	- 242 -
Gráfico 20 – Comentários por subcategorias nas postagens das operadoras no <i>Facebook</i>	- 243 -
Gráfico 21 – Postagens na categoria Híbrida, por subcategoria das operadoras no <i>Facebook</i>	- 245 -
Gráfico 22 – Comentários nas postagens híbridas das operadoras no <i>Facebook</i>	- 245 -
Gráfico 23 – Curtidas por subcategorias nas postagens das operadoras no <i>Facebook</i>	- 246 -
Gráfico 24 – Compartilhamento em postagens híbridas das operadoras no <i>Facebook</i>	- 246 -

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Amostra Inicial de Postagens.....	- 180 -
Tabela 2 – Número de Amostral com Recorte.....	- 183 -
Tabela 3 – Grelha de categorização para Análise do conteúdo	- 197 -
Tabela 4 – Dados gerais sobre as operadoras no <i>Facebook</i>	- 205 -
Tabela 5 – Número de Postagens de cada Operadora.....	- 209 -
Tabela 6 – Dados numéricos das operadoras na categoria Postagens híbridas.....	- 214 -
Tabela 7 – Dados numéricos das operadoras na categoria Postagens para promoção da saúde.	- 214 -
Tabela 8 – Postagens das operadoras na categoria Postagens híbridas.	- 214 -
Tabela 9 – Número de respostas e reações dos usuários nas subcategorias das postagens de promoção da saúde.....	- 240 -
Tabela 10 – Número de respostas e reações dos usuários nas subcategorias das postagens híbridas.....	- 244 -

LISTA DE ABREVIATURAS

AD	Análise do Discurso
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ARPA	Agência de Investigação de Projetos Avançados dos Estados Unidos.
ARPANET Rede.	Agência de Investigação de Projetos Avançados dos Estados Unidos/ Rede.
ARS	Análise de Redes Sociais
ASL	Assistência à Saúde Ltda.
CAPS	Caixas de Aposentadorias e pensões
CERN	Centre Européen por la Recherche Nucléaire
CF 88	Constituição Federativa do Brasil de 1988.
CID	Classificação Internacional de Doenças
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
CONSU	Conselho de Saúde Suplementar
CSNET	Computer Science Network
EUA	Estados Unidos da América
HTML	HyperText Markup Language
HTTP	Hypertext Transfer Protocol
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IDSS	Índice de Desempenho da Saúde Suplementar
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
ISO	Instituto Santista de Oncologia
MS	Ministério da Saúde
NHS	National Health System ou Service

NSFNET	National Science Foundation Network
OECD	Organização de Cooperação para o Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPS	Operadoras de Saúde
PACS	Programa de Aceleração do Crescimento da Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PNAN	Plano Nacional de Alimentação e Nutrição
PNPCAF	Plano Nacional de Práticas Corporais e Atividade Física
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNUD	Programa Nacional de Promoção da Saúde
PPA	Plano Plurianual do Ministério da Saúde
PS	Promoção à saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RN	Resoluções Normativas
SP	São Paulo
SRS	Site de Redes Sociais
SS	Sistema de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados
SHI	Social Health Insurance
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats
TCP-IP	Transmission Control Protocol - Internet Protocol
TIC	Tecnologias de Informação e de Comunicação
URL	Uniform Resource Locator
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
UF's	Unidades Federativas

WWW World Wide Web

INTRODUÇÃO

A palavra *saúde* sempre suscita interesse das pessoas, sendo um dos assuntos que mais desperta atenção da sociedade na atualidade e, por isso, é sempre muito divulgado. Raras são as mídias que não incluem no seu conteúdo a referência à descoberta de novos vírus, novas doenças, novas intervenções médicas, assim como tratamentos e soluções medicamentosas para várias dessas afecções (Aroso, 2013). O fato é que a saúde individual e coletiva, nunca envolveram tanta informação como na atualidade. Não é de surpreender que o tema ocupe também cada vez mais destaque nas mídias sociais da internet.

Marco na evolução tecnológica e comunicacional, em meados da primeira década dos anos 2000, o advento da Web 2.0 trouxe nova concepção, mais dinâmica de uso da internet. Ela intensificou o modo de interagir e colaborar através de uma comunicação multidirecional (Gold et al., 2012; Park, Rodgers, Stemmler, 2011; Ramanadhan, Mendez, Rao, Viswanath, 2013). No desdobramento dessa nova abordagem do ambiente cibernético, houve o surgimento dos Sites de Redes Sociais (SRS). Em sua essência, são ferramentas que permitem aos indivíduos manter vínculos de relacionamentos, além de possibilitar troca de mensagens públicas e privadas, postagem de fotos e de vídeos e compartilhamento de outros conteúdos. O *Facebook*, *Twitter*, *LinkedIn* e *MySpace* são os exemplos mais populares mundialmente (Gold et al., 2012).

De seu surgimento até hoje, o crescimento dessas redes interativas tem determinado, assim, todo o campo discursivo e institucional, quando se pensa a comunicação organizacional, sendo também determinante em muitos fatores para condutas humanas, como, por exemplo, na disseminação de informações sobre doenças, tratamentos, etc. ou em novas definições para a realização de intervenções de em saúde. Entretanto, a ideia de saúde vai além dessa relação doença e tratamento.

O conceito é definido pela Organização Mundial de Saúde [OMS] (2003), como sendo "um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não

apenas a ausência de doença ou enfermidade". Com base nessa noção ampla, um marco conceitual e estratégico, no sentido da melhoria da saúde da população, foi estabelecido a partir da ideia de promoção da saúde. Esta é entendida por O'Donnell (2008, p. 2) como a ciência e arte de ajudar as pessoas a mudar seu estilo de vida para se moverem em direção a um estado de saúde ideal, que se constitui num processo de engajamento por um equilíbrio dinâmico entre as dimensões física, emocional, social, espiritual e intelectual e a descoberta da sinergia entre os seus aspectos mais positivos. A promoção da saúde, por isso, enseja uma participação mais ativa dos cidadãos nos determinantes sociais que condicionam a saúde.

Ao mesmo tempo, teóricos têm reiterado o fato de que a comunicação organizacional de muitas instituições parece não ter acompanhado a evolução de suas práticas estando, a despeito do aparecimento dos sites de redes sociais, em descompasso com elas. Para esses autores, essa comunicação é, ainda, marcada por um viés predominantemente tecnicista, gerencial e prescritivo. Por isso reforçam a necessidade de adoção de uma nova perspectiva que permita a conexão e a relação entre os interlocutores (Baldissera, 2010; Lima, 2008;. Oliveira e Paula, 2005).

Apesar de primordial, a comunicação organizacional, nesse tipo de perspectiva anterior era, muita vez, se dá pela cristalização de condutas e conceitos que, como se sabe, é parte do que orienta os preceitos por trás de uma organização. Quanto a isso, estudos têm notado a importância de avanços nos padrões e visões organizacionais que se adequem a atual conjuntura, trazida pelo instante tecnológico comunicacional, bem com a suplantação do paradigma clássico, que envolvia figuras estáticas de organização, e era calcada num tipo de comunicação organizacional de um emissor ativo e um público como receptor inerte (Albuquerque e Rodella, 2012; Baldissera, 2010; Gold et al., 2011; Gold et al., 2012).

Estudos mais recentes sobre a *world wide web* têm demonstrado que a internet hoje imputa sua dinamicidade rumo ao entendimento da comunicação pelo viés relacional, que implica concebê-la como um processo dinâmico de construção conjunta entre interlocutores (sujeitos sociais), a partir de discursos (formas simbólicas que trazem as

marcas de sua produção, dos sujeitos envolvidos e do contexto), em situações singulares (dentro de um determinado contexto) (França, Motta, Paiva e Weber, 2002; França, 2001; Lima e Abbud, 2015). Para Lima (2008, p. 10), baseando-se em Mead (1962), as configurações dialógicas, como as suscitadas na internet, tornam as interações ações reciprocamente referenciadas que, juntas, fundam, num mesmo movimento, indivíduo e sociedade.

Não só isso. Num sentido dado por Lévy (1999), as novas tecnologias podem estimular uma comunicação comunitária, transversal e recíproca, em contraposição ao vetor de transmissão como indo da organização para seus públicos-alvo. Assim, enquanto o paradigma antigo considera a comunicação com algo a ser administrada, gerenciada, em que a organização transmite suas mensagens (normalmente lineares, impositivas, monológicas e fragmentadas), a lógica relacional da rede, além dinamizar a comunicação entre as pessoas e as instituições com as quais se relacionam na contemporaneidade (Albuquerque e Rodella, 2012; Baldissera, 2010; Cardoso, 2006; Lima e Abbud, 2015), pode proporcionar ganhos para as organizações, por meio, por exemplo, de processos de qualidade estabelecidos em sites de redes sociais, através de modelos diferenciados de relacionamento e interatividade (Gold et al., 2011; Ramanadhan et al., 2013).

Com vista nessa dinâmica, Ramanadhan *et al.* (2013) e Thackeray *et al.* (2013) perceberam que o valor da mídia social, como os sites de redes sociais, é a sua capacidade de criar, bidireccionalmente, a comunicação interativa entre duas ou mais pessoas contribuindo com o alcance dos objetivos por parte das organizações através da renúncia do controle sobre o conteúdo e de uma abordagem mais participativa .

Nesse contexto, os sites de redes sociais podem ser determinantes em ações que tem como primazia novas estratégias de promoção de saúde. Por esse motivo, muitas operadoras de saúde (OPS), empresas privadas que vendem seguros e planos de saúde, tem se aproveitado dos SRS's, tanto para promoção de suas marcas e para venda de produtos, assim como promover saúde, criando perfis nesses sítios, como no *Facebook*. E, também se aproveitando desse instante tecnológico.

Isso suscita grandes oportunidades adicionais a serem exploradas pelas OPS, ao alavancar o relacionamento e a interação com os sujeitos procurando, cada vez mais, se ajustar ao potencial do *Facebook*, em prol da promoção da saúde do indivíduo e da sociedade. Deste modo, e dada a necessidade de profundo estudo e discussão, por tratar-se de um tema tão complexo, seria pertinente debater-se sobre como tal fenômeno pode contribuir para tais objetivos, onde essa reflexão busque possibilidades de sua interface com a promoção da saúde por meios digitais pelas maiores OPS brasileiras.

1.1 Contextualização do estudo

No Brasil, o atual sistema de saúde se conforma, como mencionou Alciole (2006), em dois subsistemas de saúde: o público estatal, que se pretende universal, gratuito e equânime, através do Sistema único de Saúde (SUS); e o subsistema privado, que atua de maneira complementar ao sistema público, composto pelas Operadoras de Planos de Saúde. E um e outro subsistema se imbricam.

A classificação das operadoras de saúde se baseia nas relações entre clientes, provedores de serviços e empresas de planos e seguros saúde, especialmente nas formas de organização do trabalho médico. Pode-se tipificá-las em três categorias: (1) as Seguradoras, “que analisam e subscrevem riscos de vários ramos de seguro”; empresas como as de (2) “medicina de grupo e cooperativas médicas, que fundamentalmente provêm assistência médico-hospitalar”; e as de (3) autogestão, “que financiam e organizam redes de atendimento médico-hospitalar para os empregados de uma determinada empresa” (Bahia, 2001, p. 223).

Dessa forma, nota-se que o setor de saúde suplementar é composto por ações e serviços de saúde prestados pela iniciativa privada, ao mesmo tempo em que a qualidade promoção da saúde pelas operadoras tende a ser reflexo da conjuntura legal e histórica que as cercam. Isso porque a conformação dessas empresas é reflexo dessa conjuntura, resultado de um longo processo pelo qual se estabeleceu o modo atual do sistema de

saúde brasileiro, que, por sua vez determina a forma e o campo de atuação das operadoras de saúde.

Mas, conforme mencionou Alcirole (2006), as diferenças entre os subsistemas vão além da gratuidade e pagamento, pois a dificuldade de acesso ao sistema público no Brasil, em decorrência da grande demanda, escassez de profissionais e poucos locais de atendimento levam os brasileiros a se inscreverem, mesmo a um alto custo, nos planos de saúde privada vislumbrando um serviço de potencial capacidade como o sistema público de saúde, mas com maior segurança no que tange a agilidade do atendimento.

Isso tem importância não somente como crítica ao sistema, mas pela compreensão que dá ao setor de saúde complementar e para entendê-lo melhor quando se tem em mente aspectos de promoção de saúde. No caso do presente trabalho, terá valor estratégico quando o objetivo é caracterizar os usuários e os modos como isso pode ser feito, já que a conformação tem impacto nos tipos de pessoas alvo e nas formas para quem a promoção da saúde se direciona.

A falha no sistema público é apenas uma contraparte da complexidade do problema, por isso não se resumindo somente aos aspectos aqui brevemente tratados. Tudo isso será mais bem discutido ao longo da presente tese. Entretanto, já se pode supor uma importância da internet nessa dinâmica, pensando o aporte possível das OPS's e sua contraparte na dinâmica da promoção da saúde. Mas por sua vertente privada, tende a incorrer em falhas devido a própria dinâmica interna do sistema, sobretudo a questão do lucro.

Ainda assim, a Web 2.0 propiciou o advento dos Sites de Redes Sociais (SRSs), e essas são ferramentas que permitem aos indivíduos e grupos sociais manter contatos que podem ser determinantes para a promoção da saúde. Esses sites também potencializam essa possibilidade por suas funcionalidades de envio de mensagens, de postagens de fotos e de vídeos e compartilhar diversos que podem ser direcionados a essa promoção. Dessa forma, o *Facebook*, o mais popular mundialmente deles, tende a ter importância

estratégica por isso, como vetor de promoção da saúde (Gold et al., 2011; Gold et al., 2012; Ramanadhan et al., 2013; Stotz, 2009).

Se parece haver necessidade de políticas sociais, aqui no Brasil, que avancem para superar espaços de interpenetração do Estado e do setor privado, já que este vem tendo um lugar privilegiado na formulação de políticas, como quer I. S. Santos, Ugá, and Porto (2008), parece também que, a partir de tudo isso, abre-se espaço para atores interessados que possam atuar na promoção da saúde e que podem representar importante papel nesse cenário. Assim, conforme indicou Aroso (2013), reforçando a ideia acima, as mídias digitais devem ser utilizadas como agentes promotores de saúde e tem sido objeto de interesse de investigadores e, cada vez mais, entidades de saúde as têm explorado com objetivos de promoção da saúde.

1.2 Abordagem do Trabalho

Esse estudo comparativo e longitudinal, que se insere no campo das Ciências da Informação. Como tal, buscou analisar a interatividade e o relacionamento das três maiores operadoras de saúde do Brasil, por meio do *Facebook*, identificando suas principais estratégias para a promoção da saúde.

A opção pelas três operadoras de saúde, em detrimento das demais modalidades (cooperativas médicas, autogestões, filantrópicas, etc.) e demais empresas médicas deveu-se ao fato delas serem as detentoras da maior fatia do mercado da saúde suplementar no país, favorecendo assim a lógica dedutiva delas serem um referencial para o segmento em termos das atuais práticas, potencialidades e fragilidades do uso dessa rede de relacionamento.

Para tal intento, serão usadas, além de pesquisa bibliográfica, a Análise do Conteúdo, a Análise do Discurso, com aporte adicional na Análise de Redes Sociais, além da aplicação de questionários para atores relacionados à comunicação organizacional e de saúde, conformando a metodologia de pesquisa.

1.3 Objetivos e Contribuições

1.3.1 Objetivo geral:

- Identificar como as OPS brasileiras estabelecem suas estratégias de promoção da saúde, através de relacionamento e interatividade, por meio do *Facebook*.

1.3.2 Objetivos específicos:

1. Identificar os tipos de conteúdo de promoção da saúde, tipicamente, compartilhados pelas maiores OPS brasileiras através do *Facebook*;
2. Mensurar a resposta ao conteúdo de promoção da saúde compartilhado pelas maiores OPS brasileiras por meio do *Facebook*.
3. Analisar as estratégias de comunicação adotada pelas maiores OPS brasileiras ao promoverem a saúde por meio do *Facebook*;
4. Identificar quais os elementos de comportamento moderador e participante estimula e mantém a interação nas estratégias de promoção da saúde realizadas pelas maiores OPS brasileiras através do *Facebook*;
5. Investigar se as maiores OPS brasileiras tem usado o *Facebook* como via de compartilhamento de informação e de comunicação e se estão, realmente, engajadas em promover a saúde através da construção de relacionamentos;
6. Avaliar o impacto das atividades de promoção da saúde, realizadas através do *Facebook*, pelas maiores OPS brasileiras.

A partir dos objetivos específicos, foram levantadas as hipóteses de pesquisa, descritas a seguir:

Hipótese 1. O tipo de informação prevalente nos conteúdos de promoção da saúde, tipicamente compartilhados pelas maiores OPS brasileiras através do *Facebook*, baseia-se em “informação em saúde”.

Hipótese 2. A comunicação do tipo informativa é a que tem sido, predominantemente, adotada pelas maiores OPS brasileiras em suas estratégias de promoção da saúde através do *Facebook*.

Hipótese 3. O *Facebook*, por meio de seu caráter interativo e relacional, permite que as OPS brasileiras propaguem as suas estratégias de promoção da saúde.

Hipótese 4. As maiores OPS brasileiras têm adotado o *Facebook* mais como via de compartilhamento de informação e para promoção de seus produtos do que para a construção de relacionamentos e efetiva promoção da saúde.

Hipótese 5. As estratégias de promoção da saúde adotadas pelas maiores OPS brasileiras, através do *Facebook*, têm sido direcionadas ao público em geral.

Hipótese 6. As OPS brasileiras estão conquistando novos públicos estratégicos e aumentando sua resposta às informações compartilhadas por adotarem uma estratégia comunicativa que aproveita as potencialidades do *Facebook*.

Das conclusões apresentadas, espera-se que estas possam contribuir para um maior conhecimento na área da gestão da informação e de uso do *Facebook* para estratégias de promoção da saúde, sobretudo no universo brasileiro, com foco na OPS's. Espera-se também, com isso, aprofundar a discussão sobre a promoção da saúde no Brasil, bem como sugerir recomendações de atuação futura nos Sites de Redes Sociais aos diferentes atores que medeiam o processo investigado e sugerir linhas para futuras investigações.

1.4 Estrutura da Tese

A presente introdução buscou mapear brevemente o aporte teórico que a presente tese se baseia, sintetizando também sua estruturação. Para isso contextualizou brevemente o estudo em sua dinâmica histórica e conjectural, bem como indicou sua abordagem de pesquisa e objetivos. Além disso, apresentou resumidamente em que se constitui o todo que ela será.

No Capítulo I buscou-se o enquadramento teórico em torno do tema das operadoras de planos saúde de saúde no Brasil. Para isso, foi feito um histórico da criação e estabelecimento do sistema de saúde no Brasil, centrado na diferenciação entre os dois

subsistemas de saúde, o público e o privado, explicitando as diferenças entre o modo de funcionamento deles. Além disso, pretendeu caracterizar e diferenciar as modalidades de operadoras de saúde no Brasil, notando o enquadramento e a importância econômica dessas organizações. Por fim, fez um breve histórico e apresentou as três operadoras que foram analisadas na presente tese.

No Capítulo II foi empreendido um levantamento teórico sobre a noção de redes sociais, ao mesmo tempo em que foi introduzida a metodologia de estudo desse fenômeno social, a Análise de Redes Sociais. Buscou-se também diferenciar esses fenômenos sociológicos dos Sites de Redes Sociais, este último visto com ferramentas online de criação de páginas de relacionamento que podem propiciar o surgimento de redes sociais, *strictu sensu*. Também foi feito um breve histórico da internet e dos sites de redes sociais, em especial o *Facebook*, além de debater potencialidades e limitações dos sites de redes sociais em termos comunicacionais.

A partir daí, no Capítulo III, buscou-se discutir os processos de comunicação que envolvem as operadoras de saúde, além de outros temas, como a comunicação em saúde e na promoção da saúde, por sua prática através do *Facebook*. A comunicação organizacional e processos de comunicação em saúde tiveram destaque no capítulo, por representarem importante contraponto para a discussão. Para finalizar, buscou-se apresentar temas sobre a interatividade e políticas de relacionamento nos sites de redes sociais, como modo explicitar como as mudanças advindas da internet e o impacto delas nos SRS's configuram a atual tese.

No Capítulo IV, último capítulo conceitual, foram apresentadas as origens e as bases para o entendimento do conceito de promoção da saúde, ressaltando sua legitimidade e importância para a mudança do panorama da saúde no Brasil. Por isso, tentou-se resgatar também seu surgimento e seu estabelecimento em terras brasileiras, por isso já antecipando parte da discussão que foi empreendida no Capítulo VI. Discutiu-se a noção de empoderamento na promoção da saúde, os sentidos de empoderamento para o esse campo, pensando questões estratégias no sistema de saúde brasileiro. Finalmente, discutiu a Promoção da saúde no campo da Saúde Suplementar, encaminhando a tese para os objetivos formais que pretendia analisar.

No Capítulo V, foi abordada a metodologia da investigação. Nele foram mostradas as matrizes conceituais, as hipóteses da pesquisa, descrição dos métodos nela adotados, abarcando desde os recortes metodológicos, passando pela forma de análise e coleta de dados, modelo conceitual e marcos teóricos. Também se buscou nesse capítulo apresentar conceituações sobre os métodos de Análise do Conteúdo e Análise do Discurso, retomando e trazendo novos dados sobre a Análise de Redes Sociais. Para os dois primeiros, foram estabelecidas as bases das categorias que seriam analisadas, além do ser apresentado o recorte do *corpus* de análise.

No Capítulo VI, foram apresentados os resultados do estudo, desde aqueles colhidos a partir dos desempenhos das operadoras de saúde no *Facebook*, bem como pela Análise do Discurso e do Conteúdo, pretendendo para isso mostrar o modo como as operadoras tem adotado o *Facebook* para a promoção da saúde, bem como a forma com que tem estabelecido relacionamento e fomentado a interatividade nesse SRS. Apresenta, em cada subseção, breves discussões sobre os resultados, a cada passo dado, com uma última subseção dedicada exclusivamente para apresentar uma discussão mais ampla empreendida a partir dos resultados gerais encontrados.

No último, o Capítulo VII, passou-se em revista as principais conclusões da investigação feita, buscando sintetizá-las e formalizá-las a partir dos objetivos propostos. Com isso, viu-se o que pode ser alcançado e o que não pode ser inferido, a partir do que foi encontrado no capítulo anterior e a partir de todo o apanhado teórico. Foram feitas, também aí, recomendações para melhoria da qualidade comunicacional para promoção da saúde pelas SRS's, além de orientações para possíveis pesquisas futuras, com base nos resultados encontrados.

CAPÍTULO I - AS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL

1.1. Histórico do sistema de saúde suplementar no Brasil e seu marco regulatório

A qualidade da promoção da saúde pelas operadoras tende a ser reflexo da conjuntura legal e histórica que as cercam, já que a conformação dessas empresas, resultam também de tais processos. E os desdobramentos disso são tipos específicos de prestação de serviço e formas organizacionais específicas de cada uma. Assim, parece apropriado um breve apanhado sobre os eventos históricos que contribuíram para a formação das empresas de saúde suplementar no Brasil. Além disso, quando mais adiante forem feitas as análises dessas empresas, poderemos ter uma visão mais correta do quadro geral onde elas estão inseridas, bem como poderemos melhor entendê-las dentro dos objetivos traçados na presente pesquisa. Primeiramente, seria importante caracterizá-las brevemente.

O setor de saúde suplementar no Brasil é composto pelas ações e serviços de saúde prestados pela iniciativa privada. Assim,

O mercado de planos de saúde se caracteriza pela atuação das seguradoras de saúde, das empresas de medicina de grupo, das cooperativas médicas e das entidades de autogestão. Na qualidade de terceiro-pagador essas organizações vendem planos de pré-pagamento, que intermediam o financiamento do acesso aos serviços privados de saúde, protegendo os segurados do risco associado ao custo de adoecer. Isso permite, ademais, uma queda do montante do desembolso direto das famílias, pois seu gasto potencial pode ser dividido entre um conjunto de segurados (Ocké-Reis, Andreazzi, Silveira, 2006, p. 159).

Tais serviços e as atuais conformações, enquanto resultados de ocorrências históricas e econômicas, mostram os movimentos que resultam no atual *status* do sistema de saúde no Brasil e que redundará também na estruturação das Operadoras de Saúde. Hoje, o sistema de saúde brasileiro é constituído por uma variedade de organizações públicas e privadas estabelecidas em diferentes períodos históricos.

Quanto a isso, sabe-se que a assistência médica foi incorporada como benefício a grupos de trabalhadores do Brasil, a partir da década de 1930 (Carvalho e Oliveira Cecílio, 2007), junto com o sistema de proteção social brasileiro que se expandiu e mudou durante o governo do Presidente Getúlio Vargas (Paim, Travassos, Almeida, Bhaia, & Macinko, 2012). Dentre as mudanças, ele substituiu o antigo sistema de previdenciário de aposentadoria, as chamadas Caixas de Aposentadorias e pensões (CAPs), organizadas por empresas e empregados, promovendo uma reestruturação as substituiu pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), doravante autarquias nacionais centradas no governo federal. As IAPs se organizavam, cada uma, a partir de categorias profissionais e da filiação dos seus respectivos profissionais. Entre os anos 1930 e 1960 foram instituídas em torno de dez organizações desse tipo, (Bertolozzi e Greco, 1996).

Como reforça o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), no que concerne à evolução do sistema de saúde nacional, da previdência social brasileira e o estabelecimento de planos de saúde,

desde a estruturação da saúde previdenciária, prevalecia o modelo do seguro social organizado em torno dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Esses institutos, representantes de diversas categorias de trabalhadores urbanos, para a organização da oferta de saúde, em sua grande maioria, compravam a prestação de serviços de consultórios médicos ou de estabelecimentos hospitalares. Paralelamente aos IAPs, surgiram nos anos 1940, as caixas de assistência, que beneficiavam os empregados de algumas empresas por meio de empréstimos ou reembolso pela utilização de serviços de saúde externos à Previdência Social, ainda que estes serviços pudessem ser prestados por ela. Foi nesta época, por exemplo, que ocorreu a criação da Caixa de Assistência de Funcionários do Banco do Brasil (Cassi) (Brasil e CONASS, 2007b, 20).

Concomitante a esses eventos, ocorria a expansão do capitalismo industrial no período pós-Segunda Guerra Mundial, e que terá forte impacto na economia do Brasil, que se desdobrará em importantes mudanças na conjuntura do país, com influência no sistema de saúde, a partir da instalação de grandes empresas transnacionais na região sudeste do país, em torno de centros urbanos, como São Paulo (Silva e Rodrigues, 2015). Um pouco mais a frente, por meio dessas influências, o sistema de saúde brasileiro passaria por outras grandes transformações, a partir da década de 1950, com o desenvolvimento da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos. Para Braga e Paula (1981 *cit. in*

Sestelo, Souza e Bahia 2014), todos esses eventos irão gerar um novo perfil de demandas no consumo de bens e produtos de saúde, e por isso, o grupo de prestadores de assistência à saúde foi pressionado em direção a uma maior expansão.

Simultaneamente,

as caixas de assistência e os sistemas patronais também estendiam seus credenciamentos para atender a demanda cada vez maior por atendimentos externos à Previdência Social. O crescimento dos credenciamentos gerou conflitos no âmbito da categoria médica, que entendeu a situação criada segundo duas vertentes de análise: uma, que pretendia preservar a prática liberal da Medicina; outra, que defendia a prática médica voltada para o mercado que se apresentava. Originaram-se assim, duas modalidades de empresas médicas: as cooperativas médicas, que prestavam atendimento nos consultórios dos próprios profissionais e as medicinas de grupo, responsáveis pelos atendimentos hospitalares (Brasil e CONASS, 2007b, p. 22)¹.

Esse evento teve impacto na estruturação do quadro do sistema de saúde nacional, assim como outro que ocorrera em 1964. Nesse ano, foi instaurado o novo governo decorrente do golpe militar. Como nota Bertolozzi and Greco (1996), a primeira medida do Ministério do Trabalho em 1964, após o golpe, foi a intervenção nos Institutos de Aposentadorias e Pensões, com a suspensão da participação dos representantes dos empregados e empregadores no desenvolvimento dos programas de saúde. Além disso, foi criada uma comissão com o objetivo de reformular o sistema previdenciário. Uma das consequências desses eventos é que, em 1967, foi criado do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), que unificará todos os IAPs, concentrando recursos financeiros e ampliando a compra de serviços da rede privada.

É assim que, para Cordeiro (1984 *cit. in* Sestelo, Souza e Bahia 2014), esse novo governo fará uma clara opção pela expansão da rede de assistência, por meio do estímulo a empresas médicas conveniadas ao sistema público de saúde. Ao mesmo tempo, as iniciativas inovadoras de prestação de assistência a trabalhadores da indústria serão indiretamente favorecidas por essa política, por meio do pré-pagamento de planos de saúde, que, como se notou mais acima, teve forte crescimento no final dos anos

¹ Ao longo do texto, e mais a frente, essas diferenciações serão mais bem esclarecidas.

1950. Desenvolveu-se, assim, uma rede de prestadores de serviços privados, ligados, simultaneamente, ao sistema público e ao esquema de comércio de planos de saúde.

Desta forma, ao longo dos anos 1960, trabalhadores de estatais, bancários, algumas instituições do governo federal, entre outros, já possuíam planos. Estudos do CONASS mostram que, dentro dessa conjuntura,

este período é, sem dúvida, um marco na história da Saúde Suplementar no Brasil. Podia ser observada a co-existência (sic) de várias possibilidades de assistência médica oriundas de contratos coletivos: a rede do INPS, com unidades próprias e credenciadas; os serviços credenciados para atendimento de trabalhadores rurais; os serviços credenciados das empresas médicas e as empresas com planos próprios – as autogestões. De uma forma geral, esses planos ofereciam a mesma cobertura para todos os empregados, independente do nível hierárquico ocupado por eles na empresa. Já no caso dos planos contratados às cooperativas médicas e as medicinas de grupo, a assistência prestada variava segundo o nível hierárquico, caracterizando a segmentação dos planos e uma profunda mudança no caráter mutual das caixas de assistência, introduzindo no mercado de planos a lógica de benefício e mérito (Brasil e CONASS, 2007b).

Em fins da década de 1960, um número ainda maior e crescente de trabalhadores passou a ter cobertura pelos planos de saúde, seja mediante a celebração de contratos individuais, seja pela adesão a um contrato empresarial ou associativo. Mais que isso, é bom que se note, a assistência à saúde se transformará em um bem de consumo – ou melhor, “um bem de consumo médico no âmbito do mercado de trabalho” (Ocké-Reis et al., 2006).

Para Menicucci (2011), a saúde suplementar no Brasil viabilizou-se definitivamente durante os anos de 1970, a partir da crise do modelo médico previdenciário e pelo forte incremento da modalidade convênio-empresa. De 1970 a 1974,

foram disponibilizados recursos do orçamento federal para reformar e construir hospitais privados; a responsabilidade pela oferta da atenção à saúde foi estendida aos sindicatos e instituições filantrópicas ofereciam assistência de saúde a trabalhadores rurais. Os subsídios diretos a empresas privadas para a oferta de assistência médica a seus empregados foram substituídos por descontos no imposto de renda, o que levou à expansão da oferta dos cuidados médicos e à proliferação de planos de saúde privados. A maior cobertura da previdência social e um mercado de saúde baseado em pagamentos a prestadores do setor privado com base nos serviços realizados

(*fee for service*) geraram uma crise de financiamento na previdência social, que, associada à recessão econômica da década de 1980 (Paim et al., 2012, pp. 18-19).

Estes eventos, conjuntamente com outros, alimentou os anseios pela reforma do sistema de saúde brasileiro, anseios que já existiam entre diversos setores do campo saúde, “num movimento político em torno da remodelação do sistema de atenção à saúde” (Malta, 2004, p. 7). Entrementes, o movimento da reforma sanitária cresceu e formou uma aliança com parlamentares progressistas, gestores da saúde municipal e outros movimentos sociais, no sentido de estabelecer um sistema de saúde representando uma política favorável à construção da justiça social e do bem-estar para os brasileiros, de caráter universalista. No entanto, “a reforma do setor de saúde no Brasil estava na contramão das reformas difundidas naquela época no resto do mundo, que questionavam a manutenção do estado de bem-estar social” (Paim et al., 2012, p. 18).

Como reforça G. W. d. S. Campos (2007), no viés do que se buscava na reforma brasileira, se destacam alguns fenômenos históricos de relevância que servem para melhor compreender o período da reforma sanitária. Por um lado, tem-se a ocorrência concomitante de uma crise das políticas públicas em países capitalistas, por outro se tem a derrocada do comunismo. Ainda assim, no Brasil logrou-se a construção de uma política de saúde ampliada, nos moldes almejados pelos precursores da reforma, marcada pelo surgimento do SUS – Sistema Único de Saúde, não sem que antes houvesse ocorrências que fortalecessem seu estabelecimento.

Nesse sentido, Paim et al. (2014, 18) notará que, de 1979 em diante foram realizadas reuniões de técnicos e gestores municipais, e em 1980, constituiu-se o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)². Todo esse contexto, aliado às pressões políticas decorrentes do processo de redemocratização subsequente, alimentaria ainda mais o ambiente propício ao desenvolvimento de reforma do sistema público de saúde (Farias e Melamed, 2003).

² O CONASS é uma entidade brasileira de direito privado, sem fins lucrativos, que se pauta pelos princípios que regem o direito público e que congrega os Secretários de Estado da Saúde e seus substitutos legais. Hoje tem como objetivo de promover a articulação e a representação política da gestão estadual do SUS.

Cinco anos depois, em 1985, inaugurou-se a “Nova República”, fase demarcatória do encerramento da ditadura militar, e imprescindível para a saúde pública brasileira. No ano seguinte, em março de 1986, aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) embasada nas discussões do movimento sanitário, no acúmulo histórico de lutas e propostas convergentes à criação de um projeto alternativo ao modelo médico-assistencial (Brasil, 2006). Nele também foi aprovado

o conceito da saúde como um direito do cidadão e delineou os fundamentos do SUS, com base no desenvolvimento de várias estratégias que permitiram a coordenação, a integração e a transferência de recursos entre as instituições de saúde federais, estaduais e municipais. Essas mudanças administrativas estabeleceram os alicerces para a construção do SUS (Paim et al., 2012, p. 18).

No ano de 1988, após grande mobilização pela cidadania e durante a Assembleia Nacional Constituinte (1987-88)³, o movimento para mudança do sistema de saúde, garantiu a aprovação da reforma (Paim et al., 2012) e o direito universal à saúde foi inserido na Constituição brasileira como um dos direitos sociais. Foi assim criado o Sistema Único de Saúde (SUS) como meio de viabilizá-lo (E. B. Carvalho & Oliveira Cecílio, 2007).

De forma simplificada, o SUS seria a contraparte pública do atual sistema, e tem

como função realizar ações de promoção de saúde, vigilância em saúde, controle de vetores e educação sanitária, além de assegurar a continuidade do cuidado nos níveis primário, ambulatorial especializado e hospitalar, [...] financiado por meio de impostos gerais, contribuições sociais (impostos para programas sociais específicos), desembolso direto e gastos dos empregadores com saúde (Paim et al., 2012, p. 18).

Mas como notou Silva e Rodrigues (2015, 159), a Constituinte de 1988 assegurou também à iniciativa privada, o direito de prestar serviços de saúde de forma

³ Em 1985, o então presidente José Sarney, deu início aos debates sobre a convocação de uma nova Assembleia Nacional Constituinte, cuja função seria a de elaborar e aprovar um novo texto constitucional, após 21 anos de regime militar. Ela foi instalada no Congresso Nacional, em Brasília, no dia 01 de janeiro de 1987, e composta por 559 membros, sendo 487 deputados e 72 senadores. Os trabalhos da Constituinte foram encerrados em 22 de setembro de 1988, após a votação e aprovação do texto final da nova Carta Magna brasileira.

complementar ao SUS, desde que ela esteja de acordo com as diretrizes e princípios do sistema público. Ou seja, ao mesmo tempo em que define as ações e serviços de saúde como relevância pública, a Constituição Federal “delega ao Estado sua regulamentação, fiscalização e controle, ainda que sua execução não se efetive diretamente pelo poder público, mas por meio de contratados ou conveniados, pessoas físicas ou jurídicas de direito privado”.

Dessa forma, quando o SUS foi instituído,

já havia uma estrutura importante de empresas ligadas ao comércio de planos que atuavam sob um padrão de regulação estatal restrito a políticas fiscais e subsídios à demanda pontuais. Contudo, denúncias de negação de atendimento a pacientes gestantes de risco, idosos e HIV positivos por essas empresas repercutiram no noticiário, deram grande visibilidade à situação dos planos de pré-pagamento naquele momento (Sestelo et al., 2014, p. 608).

Esse e outros fatores levaram à discussão a necessidade de regulação do setor. Um dos fatores foi o aumento da concorrência no setor suplementar, com a entrada no mercado de duas grandes seguradoras para disputar os clientes, o que exigiu regras de competição mais claras que permitissem a entrada de empresas de capital estrangeiro (Brasil e CONASS, 2007b). Pode-se observar também que, durante a década de 1990, o setor de Saúde Suplementar teve um crescimento desordenado e desregulado.

Entre os fatores que levaram a este crescimento, está o fato de ter sido esse um período em que a conjuntura internacional vivia uma onda conservadora de reformas, em vários países, nos planos econômico, social e político, com reflexos no Brasil. Isto vem acompanhado de uma redução do papel do Estado nas políticas sociais e com a deterioração dos serviços públicos de saúde (Brasil e CONASS, 2007b, p. 27).

Todos esses eventos acabaram por desencadear o processo que levaria à edição da lei relativa à regulação do setor de saúde suplementar e dos planos de saúde. Por seu turno,

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

estratégias nacionais de regulação do setor suplementar (K. L. Silva & Rodrigues, 2015, p. 194).

Com o decorrer do tempo após a publicação, ocorreram alguns acréscimos legais ao marco regulatório para melhor discipliná-lo. Assim, o conjunto normativo composto pela Lei n. 9.656/98, e pela série de medidas provisórias posteriores que adicionam elementos a esta lei e pela Lei n. 9.961/2000, em síntese:

- Estabelece normas para a constituição de operadoras de planos e seguros de saúde.
- Obriga o registro de produtos, isto é, as características dos planos comercializados.
- Estabelece planos de referência hospitalar, ambulatorial e odontológica, com garantias de cobertura a todas as doenças e problemas de saúde incluídos na Classificação Internacional de Doenças (CID).
- Determina regras para períodos de carência de cobertura, doenças preexistentes, limitação de tempos de internação, aumento de preços entre outros aspectos.
- Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vinculada ao Ministério da Saúde, para supervisionar e expedir normas complementares para a regulação do setor.
- Cria o Conselho de Saúde Suplementar (Consu) constituído pelo Ministro da Saúde, Justiça e Fazenda e autoridades da Fazenda e da Saúde (Noronha, Lima e Machado, 2004 cit. in CONASS 28).

Ainda que a regulação das operadoras de saúde por meio da ANS se trate de um tema controverso, há consenso de que ela é determinante para o processo de estruturação do atual sistema de saúde, já que ANS assume todas as atribuições de regulação do setor (Andreazzi, 2004; Noronha et al., 2004; R. M. L. d. Souza, 2015). Assim, é a agência que em parte orienta as disposições e relações das operadoras com o sistema de saúde em geral. Surge daí, uma conjunção na relação público-privada específica para o sistema de saúde público brasileiro, “fundado como sistema nacional de saúde que, entretanto, apresenta uma estrutura fortemente moldada na participação do setor público e do privado”, herdada do modelo anterior e dos eventos históricos que a fundamentam (Santos, Ugá e Porto, 2008, p. 1432).

1.2. Conceituações e notas de entendimento sobre o sistema de saúde brasileiro

Como visto, os desdobramentos históricos, iniciados pelo movimento da reforma sanitária, resultaram na Constituição Federal de 1988, pela opção de um modelo

inspirado nos sistemas nacionais de saúde de acesso universal e integral. No entanto, viu-se que, no plano prático, existia um setor privado robusto, tanto na prestação de serviços (com um parque hospitalar predominantemente privado), como no asseguramento privado (por meio de seguradoras e operadoras de planos privados de saúde), (Viacava et al., 2004, p. 1432).

Para Paim et al. (2012, pp. 19-20), mais que isso, no seu processo histórico

as políticas de saúde estimularam o setor privado no Brasil e promoveram a privatização da atenção à saúde, seja por meio de credenciamento de consultórios médicos, seja pela remuneração e criação de clínicas diagnósticas e terapêuticas especializadas, hospitais, ou ainda mediante incentivos às empresas de planos e seguros de saúde. O subsistema privado de saúde se imbrica com o setor público oferecendo serviços terceirizados pelo SUS, serviços hospitalares e ambulatoriais pagos por desembolso direto, medicamentos e planos e seguros de saúde privados. Parte dessa oferta é financiada pelo SUS e o restante, por fontes privadas. A demanda por planos e seguros de saúde privados vem especialmente de trabalhadores de empresas públicas e privadas que oferecem tais benefícios a seus funcionários.

Desta forma, estabeleceu-se no Brasil um sistema de saúde nacional peculiar, com feições específicas.

Um Sistema de Saúde (SS), segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é

um arranjo de pessoas, instituições e recursos com políticas, que tem por objetivo melhorar a saúde da população à qual o sistema se destina, responder às suas expectativas e protegê-la do custo da doença por meio de atividades que objetivem a melhoria da saúde (Santos, 2009, 48).

Ou seja, é um conjunto de atividades com propósito principal de promover, restaurar e manter a saúde de uma população, enquanto respostas sociais organizadas deliberadamente para responder às necessidades, demandas e representações das populações, em determinada sociedade e determinado tempo (Viacava et al., 2004).

Sob o ponto de vista da atenção primária a saúde, o CONASS conceitua um sistema de saúde como

um conjunto articulado de recursos e conhecimentos, organizado para responder às necessidades de saúde da população. A condição de sistema é fundamental para que todos os problemas de saúde possam ser enfrentados. Um sistema de saúde é entendido como uma rede horizontal interligada por pontos de atenção à saúde. Um ponto de atenção à saúde é um local de prestação de serviços (C. Brasil, 2007a, p. 22).

Já Viacava et al. (2004), referenciado na clássica definição de Roemer (1991), segundo as funções, sugere que um sistema de saúde é

uma combinação de recursos, organização, financiamento e gerenciamento que culmina na prestação de serviços de saúde para a população. Entretanto, essas cinco grandes categorias que integram a definição não possibilitam a compreensão do funcionamento dos SSs nem dos seus resultados, pois não são explicitadas as relações entre elas.

Para Field (1973 *cit. in* Viacava et al. 2004), os sistemas de saúde se definem

como um mecanismo societal, que transforma recursos generalizados (ou *inputs*) em resultados especializados, na forma de serviços de saúde direcionados para resolver os problemas de saúde da sociedade, sendo provido de um mandato que usualmente concede ao sistema o “quase monopólio” na performance dos serviços de saúde, alinhado com a legislação e a regulação do sistema político. Outros *inputs* incluem o conhecimento científico e a tecnologia, que especialmente na medicina do século 20 foram extremamente poderosos. Médicos e outros profissionais de saúde são especialmente treinados e empregados no sistema e configuram componentes cruciais. Finalmente, recursos econômicos são necessários para financiar essa estrutura.

Note-se, como aponta também Santos (2009, 44), que a busca de categorias para tipificá-los, no caso do sistema de saúde, se baseia no delineamento do estudo ou no objetivo da conceituação, pois que é o que circunscreverá a definição, a partir daí. Assim, pode-se, como ela o faz, propor a definição de SS a partir das formas de seu financiamento e “de acesso aos serviços, a condição com que esse acesso se dá, como é feita a prestação dos serviços e como é organizado o sistema”. De uma forma ou de outra, cada sistema de saúde resulta de combinações de tais características que os tornam predominantemente de um ou outro tipo.

Reforçando essa ideia da problemática de tipificação dos sistemas de saúde, Viacava et al. (2004) lembra que não há concordância entre os autores sobre uma definição clara de sistema de saúde. Para esses pesquisadores, as definições trazem embutida uma perspectiva evolucionista e unidirecional, por não permitirem uma análise mais dinâmica dos sistemas de saúde, ou são parciais e baseadas em sistemas particulares, sem por isso poderem ser generalizadas. De tal forma apontam outras possibilidades de categorias de tipificação, ao se buscar a definição de um sistema de saúde. Assim,

as definições, conceitos e categorias analíticas usadas para definir ou analisar os SSs variam segundo valores, princípios e concepções sobre o que é saúde e qual o papel do Estado (responsabilidade) em relação à saúde das populações que vivem em seu território. Nessa perspectiva, podem mudar no tempo e no espaço, refletindo mudanças nas concepções dominantes. A maneira como os problemas de saúde das populações são estruturados, determinará os tipos de evidência que serão consideradas relevantes e o que será descartado (Viacava et al., 2004, p. 713).

O que pode ser observado a partir daí é que essa caracterização varia também de acordo com as características de cada país, características essas que se inter-relacionam para dar alguma resposta aos problemas de saúde de determinada população. Por isso mesmo, a estruturação dos sistemas de saúde é bastante complexa, compondo-se de diferentes elementos. No entanto,

essas relações não são harmônicas, mas sim dialéticas, fazendo com que os sistemas de serviços de saúde funcionem de forma conflitiva e segundo trajetórias bastante próprias, apesar dos problemas comuns a serem enfrentados por todos os SSs. Em geral buscam a consecução de um conjunto de objetivos compartilhados, o que lhes imprime uma direcionalidade intencionada (Viacava et al., 2004, pp. 713-714).

1.3. Formas de organização dos sistemas de saúde

1.3.1. Organização do sistema brasileiro e breve contraponto com outros sistemas

No Brasil, como se pode perceber, o atual sistema de saúde é estruturado dentro dessa complexidade, numa rede de prestadores e compradores de serviços que competem entre si, gerando a já citada combinação público-privada financiada, sobretudo, por

recursos privados (Paim et al., 2012). Deste modo, o sistema como um todo se subdivide em três subsistemas, ou subsetores:

o subsetor público, no qual os serviços são financiados e providos pelo Estado nos níveis federal, estadual e municipal, incluindo os serviços de saúde militares; o subsetor privado (com fins lucrativos ou não), no qual os serviços são financiados de diversas maneiras com recursos públicos ou privados; e, por último, o subsetor de saúde suplementar, com diferentes tipos de planos privados de saúde e de apólices de seguro, além de subsídios fiscais. Os componentes público e privado do sistema são distintos, mas estão interconectados, e as pessoas podem utilizar os serviços de todos os três subsetores, dependendo da facilidade de acesso ou de sua capacidade de pagamento (Paim et al., 2012, p.19).

Do entendimento da conformação do sistema de saúde brasileiro para o desenvolvimento do setor de Saúde Suplementar, surgem contrapontos possíveis com as formas de organização de outros sistemas de saúde no mundo. Isso dá também uma melhor compreensão do sistema brasileiro e da complexidade que cerca a definição de sistema de saúde em geral.

Em outros países, como Espanha, Estados Unidos, por exemplo, existem grandes variações na constituição das bases de seus sistemas de saúde nacionais, com diversas possibilidades de composição entre os setores público e privado, resumidos a seguir, a partir de três tipos:

- Sistemas inteiramente ou majoritariamente públicos: sistemas de saúde de acesso universal, financiados pela totalidade da população através do pagamento de tributos e cuja provisão de serviços é pública.
- Sistemas de seguro social obrigatório: sistemas de saúde organizados pelo Estado e financiados pela contribuição de empregadores e empregados, com provisão de serviços privada.
- Sistemas de caráter privado: sistemas de saúde financiados por parte da população e pelos empregadores, sem obrigatoriedade de contribuição e cuja provisão de serviços é geralmente privada (Brasil e CONASS, 2007b p. 20).

Santos (2009), estende essa qualificação, e insere a problemática da prestação dos serviços e dos segurados. Para ela,

No caso do **Sistema Público**, também chamado de Sistema Nacional de Saúde (National Health System ou Service, NHS), a cesta de serviços

cobertos é abrangente e integral, para todos os níveis da atenção à saúde. O acesso aos serviços é gratuito e os serviços podem ser utilizados por qualquer cidadão, sem distinção, pois o direito à saúde é um direito de cidadania e, portanto, universal. A prestação dos serviços pode ser pública ou privada, mas na sua origem era pública. A organização do sistema é pública, feita pelo Estado (Santos, 2009, p. 48, grifo do autor).

No modelo de sistema de seguro social, a prestação dos serviços pode ser pública ou privada, onde os serviços são geridos por agências ou institutos de caráter semi-públicos, administrados por representantes dos trabalhadores e dos empregadores e, por vezes, do Estado. Nesses casos, o sistema de

Seguro Social (Social Health Insurance, SHI) tem uma estrutura de financiamento predominantemente vinculada ao emprego, por meio de contribuições do empregador e do empregado, e também pode ser complementado com recursos públicos. O seguro social é organizado por categoria profissional, pela afiliação à Caixa de Assistência à Saúde. A participação é compulsória e o acesso aos serviços é um benefício relativo às contribuições financeiras, exclusivo aos trabalhadores da categoria correspondente e aos seus dependentes. [...] A organização do sistema é semi-pública, feita segundo diretrizes e regulamentação do Estado e, também, pelas empresas que organizam as Caixas de Assistência (Santos, 2009, pp. 49-50, grifo do autor)

Por outro lado, existem países onde o financiamento do sistema é predominantemente privado e o acesso aos seguros pode ser feito por cada indivíduo e/ou pelas empresas empregadoras. O financiamento se dá pelo pagamento direto ao prestador, “também conhecido por Gasto/Desembolso Privado Direto (*Out-of-Pocket*), e/ou a uma empresa seguradora que intermedeia o pagamento do serviço ao prestador” (I. Santos, 2009, p. 50).

Em geral, a participação em um **Seguro privado** de saúde (Private Health Insurance) não é compulsória, quando também chamado de seguro privado voluntário (Voluntary Health Insurance). A participação pode ser individual (plano individual) ou por grupos (plano coletivo). O acesso aos serviços é condicionado pelo contrato do cliente com a empresa do seguro privado, o qual estabelece os critérios do uso do serviço. A prestação dos serviços é majoritariamente privada, embora haja casos de serviços públicos que atendem para seguro privado. A organização dos serviços é privada e pode ter regulação pública (Santos, 2009, p. 51, grifo do autor).

O quadro a seguir, mostra de forma esquemática, a organização de sistemas nacionais de alguns países segundo sua forma de financiamento, seguro e responsabilidade pela provisão dos serviços.

Quadro 1: Organização dos Sistemas Nacionais de Saúde.

País	Financiamento	Prestador
Bélgica, França, Alemanha, Austria, Japão, Luxemburgo.	Seguro social	Mix público/privado
Holanda	Mix seguro social/privado	Privado
Irlanda, Espanha, Reino Unido, Dinamarca, Finlândia, Grécia, Islândia, Portugal, Noruega, Suécia.	Recursos fiscais	Público
Canadá	Recursos fiscais	Privado
EUA, Suíça.	Seguro voluntário	Privado
Itália	Seguro social/ recursos fiscais	Público
Austrália, Nova Zelândia	Recursos fiscais	Mix público/ privado
Turquia	Não há fonte predominante	Mix público/ privado

Fonte: Chollet e Lewis (1997) apud Farias e Melamed (2003).

Ainda que se possam classificar os sistemas desses países, é importante especificar melhor as formas de organização de alguns deles, que apresentam fatores marcantes, diferenciadores ou similares ao do Brasil. A partir do quadro se vê que nos EUA, por exemplo, o sistema de saúde tem caráter predominantemente privado, mas

podemos encontrar segmentos populacionais atendidos pelo estado, à partir de medidas focalizadoras financiadas por meio de tributos, voltadas para a parcela pobre da população – *Medicaid* e para a de idosos – *Medicare*. No Japão, desde 1973, há um sistema público voltado para pessoas com mais de 70 anos. Na Espanha, onde predomina o sistema público, há um sistema privado de caráter suplementar, tal como no Brasil (Brasil e CONASS, 2007b, p. 21).

Desse modo, percebe-se que as classificações não são estanques, já que a inserção e estabelecimento dos sistemas nos países guardam nuances, que muitas vezes fogem à categorização. No que toca os sistemas privados, esses guardam também detalhes, que

serão expostos a seguir, e que darão uma maior dimensão de compreensão do setor de saúde privado no Brasil.

1.3.2. Sistemas privados e as possibilidades de coexistência de sistemas mistos

Segundo Farias e Melamed (2003, 558) é o modo como o Estado está organizado para produzir os serviços de saúde que, em grande parte dos casos, dará o contorno e a dimensão do setor privado. Para esses autores, a emergência desse setor parece ocorrer com a percepção coletiva de que o sistema público oferece serviços de baixa qualidade, a não possibilidade de escolha do provedor ou da necessidade de suprir tipos específicos de serviços. A partir disso, o papel do seguro privado no sistema de saúde pode ser de três tipos:

- 1) cobertura de indivíduos que são inelegíveis ao seguro público. Neste caso, o principal exemplo são os EUA onde apenas uma parte da população é elegível (idosos e pobres);
- 2) cobertura de indivíduos que optam por retirar-se do programa de seguro público universal, por exemplo, a Alemanha;
- 3) cobertura suplementar de serviços coexistindo com um sistema público universal, por exemplo, Reino Unido e Brasil.

Geralmente, a adesão ao seguro privado nesses países, exceto nos EUA, cumpre a função de complementar o sistema público de saúde, mas variando de país a país, incluindo serviços especializados não cobertos pelo setor público, taxas extras de consultas e hospitalização que excedem o pagamento efetuado através de credenciamento público, ou indivíduos que optem por estar fora do sistema público, como é o caso da Alemanha (Farias e Melamed, 2003). Além disso, como no Brasil,

o seguro privado de saúde raramente é a principal fonte de financiamento dos serviços no setor. Atua como sistema suplementar, crescendo em consequência da cobertura de segmentos não incluídos pelo seguro social ou pacote básico de benefícios. Em outros casos atua adicionalmente aos serviços financiados pelo sistema público existente. Nesses países, os planos de seguro privado com frequência excluem doenças crônicas ou as que exigem tratamentos prolongados e custosos; apresentam baixo teto de benefícios (em termos de número de dias de hospitalização ou dispêndio total) (Farias e Melamed, 2003, p. 558).

Além das possibilidades de organização, Santos et al. (2008) observam ainda a necessidade de compreensão da forma em que se insere o seguro privado no sistema de saúde, quando o intuito é entender a lugar do subsetor privado no sistema de saúde brasileiro. Para esses autores, na linha de análise que foi proposta por Farias e Melamed (2003), isso se daria pelo marco conceitual desenvolvido pela Organização de Cooperação para o Desenvolvimento Econômico (OECD), que observa quatro definições possíveis de inserção (em parte também econômica) desse subsetor: suplementar, substitutivo, complementar ou primário.

No primeiro caso, no suplementar,

o seguro privado comercializa planos de saúde que oferecem serviços já cobertos pelo sistema público de cunho universal ou pelo seguro social de adesão compulsória. O que caracteriza essa forma de inserção do seguro privado é, portanto, a cobertura *duplicada* de serviços de saúde que dele decorre. Isso não impede que, em alguns casos, o seguro privado suplementar ofereça alguns elementos adicionais, tais como diferenciação na hotelaria, livre escolha de prestador e/ou acesso mais ágil que no sistema estatutário. Ele também pode eventualmente prover alguns serviços não cobertos pelo sistema estatutário e que não são considerados como fundamentais para a saúde – por exemplo, cirurgia estética. O seguro suplementar está presente em diversos países, tais como Reino Unido, Irlanda, Finlândia, Portugal, Espanha, Itália e Grécia (Santos et al., 2008 ,p. 1342, grifos do autor).

O seguro privado atua como substitutivo quando o indivíduo deve optar entre ele e o sistema público. Esse tipo se verifica em países com sistema de seguro social no formato posterior às reformas dos anos 1990, tais como Alemanha, Holanda, Bélgica e, na América Latina, o Chile (Santos et al., 2008).

Já quando as pessoas adquirem o seguro para complementar o acesso a serviços que não são cobertos pelo sistema estatutário, ou o são apenas parcialmente, o seguro privado pode ser complementar ao sistema estatutário. Isso ocorre já que o seguro privado complementar se destina a cobrir co-pagamentos impostos pelo sistema estatutário, como ocorre na França, por exemplo (Santos, Ugá e Porto 2008 ,p.1342).

Já “o seguro *privado* atua como sistema primário quando ele é o elemento preponderante do sistema de saúde, como no caso estadunidense” (I. S. Santos et al., 2008 , 1342, grifo do autor). Note-se que a definição “privado” muitas vezes se confunde em algumas categorizações, tanto quando classifica todo o sistema, como quando esse tem caráter primário, assim como designa parte do sistema de saúde de um país, como no Brasil. Ou seja, o sistema de saúde complementar no Brasil tem caráter privado, embora sua forma de inserção seja complementar⁴.

Ainda Santos et al. (2008, p. 1342-1343), nos casos onde o segmento de planos e seguros de saúde é suplementar (e, portanto, associado a uma duplicação de cobertura), como no Brasil,

importantes problemas são introduzidos, tanto no que diz respeito a desigualdades no acesso a serviços de saúde, como ao gasto (tendo em vista que, nesses casos, o gasto público não é inferior, em termos de porcentagem do PIB, ao dos países nos quais o seguro privado está ausente), como mostram os dados da OECD. Efetivamente, essa publicação evidencia que, por um lado, os detentores de esquemas privados de asseguramento continuam utilizando serviços públicos e que, por outro, o seguro privado tem frequentemente adicionado gasto à despesa total em saúde (e não substituído o financiamento público). Além disso, esse segmento econômico vem recebendo, em grande parte dos países, subsídios referentes à dedução dos gastos em seguros de saúde no imposto de renda devido, como acontece também no nosso país.

Para esses autores, vem daí o fato de que não era furtivo os embates que se seguiram em relação à denominação do segmento de planos privados e seguros de saúde no Brasil durante Constituição Federal brasileira de 1988. Ou seja, a partir da tipologia da OECD, a definição de suplementar confirmaria

o caráter incremental do seguro em relação ao sistema nacional de saúde brasileiro constituído pelo Sistema Único de Saúde (SUS), cujo acesso é universal e integral. Entretanto, uma vez consagrado que o segmento de planos e seguros de saúde oferece serviços paralelos aos do SUS – diferenciados apenas em termos de hotelaria e, no que tange ao acesso, da maior facilidade para agendar o atendimento, da maior possibilidade de escolher medicamentos não genéricos –, verifica-se que, além da função de suplementar aos serviços do SUS, o nosso segmento de seguros privados

⁴ No presente trabalho, buscaremos na medida do possível, respeitar a essa classificação, embora, como se vê, algumas vezes os termos possam ser usados indistintamente, dado seu caráter ambíguo.

também é duplicado quanto à cobertura de serviços de saúde (Santos, Ugá e Porto 2008, p.1343).

Pelo ponto de vista social, pode-se observar assim que, em decorrência da peculiar inserção do setor de planos e seguros de saúde no Brasil, que oferecem cobertura suplementar e duplicada, são extremamente importantes as desigualdades observadas na oferta e utilização de serviços a favor da população com plano de saúde, principalmente, de equipamentos de alta complexidade muito superior à do SUS (I. S. Santos et al., 2008). Constatações parecidas são também dadas por outros estudos, sobretudo quando se leva em conta a questão da duplicação, nessa interpenetração dos sistemas público e privado, de usuários dos dois sistemas, sob a concepção de “*mix* público privado” (Santos, 2009).

Segundo Mendonça (2008 *Cit.in* Marcelino 2014), a Constituição Federal e as leis orgânicas da saúde (Lei n. 8.080/90 e Lei n. 8.142/90) concretizaram a Reforma Sanitária brasileira. Mas, existem pontos críticos da implementação do SUS, e são necessários avanços sociais no Brasil, sem os quais essas premissas não se assentam. Pontos como a globalização capitalista e os efeitos de ampliação da massa de excluídos, as restrições legais, as estratégias de enfrentamento da minimização do papel do Estado através de privatizações e terceirizações, a ausência de prioridade das políticas públicas sociais e o desafio da redução dessas desigualdades, precisam ser superados.

Isso tem importância não somente como crítica ao sistema, mas pela compreensão que dá ao setor de saúde complementar e para entendê-lo melhor quando se tem em mente aspectos de promoção de saúde. No caso do presente trabalho, terá valor estratégico quando o objetivo é caracterizar os usuários e os modos como isso pode ser feito, já que a conformação tem impacto nos tipos de pessoas alvo e nas formas para quem a promoção da saúde se direciona.

Em outro sentido, mas que completa a ideia apontada acima, Santos et al. (2008, p. 1439) ilustram a ambiguidade no Brasil, assim como a questão da duplicação nos serviços prestados, já que

a utilização de serviços de saúde (internações e atendimentos), correspondentemente às diferenças na oferta, é muito maior, também, na população detentora de planos de saúde, provavelmente devido, adicionalmente, a diferenças existentes em outros fatores determinantes do uso de serviços, tais como níveis de educação e renda.

Para Viacava et al. (2004, p. 714), se os objetivos dos sistemas de saúde variam de um país para outro, variam também as concepções dos respectivos sistemas de serviços de saúde,

ainda que se explicitem valores subjacentes bastante semelhantes, tais como o alcance da equidade (ou superação das desigualdades) e o bem-estar de toda a população. Na realidade, muitas vezes, apesar da explicitação desses valores, a estruturação e o funcionamento dos sistemas de serviços de saúde estão longe de cumprirem com os requisitos mínimos para alcançá-los. Além disso, ainda que os objetivos e valores se mantenham, as propostas de reforma e de mudanças nem sempre possibilitam transformações positivas.

Há assim necessidade de políticas sociais, aqui no Brasil, para superar espaços de interpenetração do Estado e do setor privado, já que este vem tendo um lugar privilegiado na formulação de políticas.

1.4. As principais modalidades empresariais do sistema de saúde privado no Brasil

À margem da discussão política e social, o setor suplementar no Brasil não tem somente importância estratégica na constituição do sistema de saúde, mas têm também importante impacto na economia. Além disso, como já reiterado, sua inserção no universo brasileiro está imbricada por uma variedade de organizações públicas e privadas, com arranjos complexos estabelecidos por quase seis décadas de história, e que conformaram o atual setor de Saúde Suplementar (Brasil e CONASS, 2007b).

Esses arranjos, entre outros motivos, criaram segmentações empresariais nesse ramo. O setor privado, assim exhibe diferenciações nas modalidades de assistência de cada operadora, com grupos de classificação estabelecidos de acordo com características relacionadas também com a sua forma de organização (Brasil e CONASS, 2007b).

Importante observar que essas classificações (que serão apresentadas nas próximas páginas) nem sempre são claras, dada as profundas distinções que existem entre as formas jurídico-institucionais das empresas de assistência suplementar ou que muitas vezes guardam indiferenciação funcional, além de sobreposição de estrutura e, por conseguinte, classificação. Como mostra Bahia (2001, p. 224),

A indiferenciação funcional que marca as empresas de assistência médica supletiva no Brasil, caso consideradas apenas a operação de planos e seguros saúde, tem suas origens na intervenção estatal que alavancou as empresas médicas nos anos 60 e na peculiaridade das relações entre bancos e seguradoras também incentivada pelo governo durante os anos 70 e 80.

Ainda assim, uma via de classificação se baseia nas relações entre clientes, provedores de serviços e empresas de planos e seguros saúde, especialmente nas formas de organização do trabalho médico. Para Bahia (2001, p. 223), a partir daí, pode-se tipificá-las em três categorias: (1) as Seguradoras, “que analisam e subscrevem riscos de vários ramos de seguro”; empresas como as de (2) “medicina de grupo e cooperativas médicas, que fundamentalmente provêm assistência médico-hospitalar”; e as de (3) autogestão, “que financiam e organizam redes de atendimento médico-hospitalar para os empregados de uma determinada empresa”.

Essa classificação é reforçada por outros pesquisadores, com pequenas alterações (Alcirole, 2006; Balzan, 2003; Brasil e CONASS, 2007b; Malta et al., 2004). Mas Malta (2004) e Malta et al. (2004) propõe uma pequena correção: coexistiriam dois grupos de análise na saúde suplementar. O primeiro grupo das operadoras seria composto pelos *subsegmentos comerciais*, formados pelas cooperativas médicas, as medicinas de grupo e as seguradoras. O segundo seria o *segmento não-comercial*, que Bahia (2001) denominará de mutualista, e que seria composto pelos planos de autogestão. Além disso, alguns autores, como Alcirole (2006); Balzan (2003); Kornis and Caetano (2002), sugerem, nesse segmento, a diferenciação entre os grupos de autogestão e os planos administrados⁵, embora não conste essa diferenciação para a maioria dos outros pesquisadores. Todos esses segmentos serão tratados com mais cuidado, a seguir.

⁵ Usaremos essa diferenciação, optando por rapidamente especificar e caracterizar os planos administrados, diferenciando-os dos de autogestão.

1.4.1. O segmento das autogestões

O segmento das autogestões, como o próprio nome indica, é composto por planos próprios de empresas dos diversos setores do mercado, que administram programas de assistência médica para seus funcionários (Alciole, 2006). Assim, a autogestão

é a maneira pela qual as empresas administram, sem fins lucrativos, seus próprios programas de saúde, gerenciando a participação financeira do beneficiário no plano, a implantação e o controle da rede assistencial, o controle da qualidade dos serviços prestados pelos diversos prestadores de serviços médicos, entre eles hospitais, clínicas, consultórios e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e o gerenciamento da utilização dos recursos, por parte dos usuários. O desenho do programa assistencial é feito a partir das necessidades dos usuários e da própria patrocinadora e as condições, definidas pela empresa, são negociadas com seus funcionários (Balzan, 2003, pp. 4-5).

Desse modo, os planos podem ser organizados diretamente pelos próprios empregados, por meio de caixas de assistência ou pelas próprias empresas, por meio de um departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado (Balzan, 2003; Brasil & CONASS, 2007b). Algumas vezes, esses planos responsabilizam-se pela assistência à saúde destinado também aos grupos familiares dos empregados contemplados, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim (Balzan, 2003; Brasil & CONASS, 2007b). Além disso, podem ser coordenados planos para uma ou mais empresas, “ou ainda a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados” (Balzan, 2003, p. 4).

Como já dito, outros pesquisadores (Malta, 2004; Malta et al., 2004), por sua vez, delineiam o caráter não lucrativo das autogestões, impondo a elas uma tipificação especial, chamada “subsegmento não-comercial”, no mercado de planos e seguros. Essa diferenciação abre ensejo para uma diferença fundamental entre os demais segmentos. Segundo o CONASS, reforçando o caráter não comercial, sugerido por Malta (2004),

qualquer autogestão está, por fim, vinculada a um grupo pré-determinado de associados ou beneficiários: *não sendo organizações que atuem no mercado, nem comercializando planos para empresas, nem vendendo planos*

individuais ou familiares. Os provedores dos serviços assistenciais são médicos, hospitais e unidades de apoio diagnóstico e terapêutico geralmente credenciados. As principais organizações que representavam as autogestões eram o Ciefas e Abraspe. Atualmente, após fusão dessas entidades, todo o segmento é representado pela Unidas (Brasil e CONASS, 2007b, p. 25, grifo nosso).

Para Malta (2004, p. 7), “o grupo é heterogêneo, incluindo as grandes indústrias de transformação, entidades sindicais, empresas públicas, até empresas com pequeno número de associados”. Como mostrou Bahia (2001, p. 335), esse caráter do setor o faz englobar desde grandes indústrias de transformação, como a Volkswagen, até entidades sindicais,

com um número relativamente pequeno de associados que representam categorias com alta capacidade de vocalização de demandas, como os auditores fiscais. Aproximadamente metade dos planos de autogestão é administrada por instituições sindicais ou por entidades jurídicas paralelas às empresas empregadoras, como as caixas de assistência, caixas de previdência e entidades fechadas de previdência, integradas por representantes dos trabalhadores e da parte patronal. [...] Os planos de autogestão organizam suas redes de serviços, fundamentalmente, mediante o credenciamento de provedores e provêm, em geral, coberturas para muitos dos procedimentos de alto custo e, em alguns casos, atendimento para problemas mentais.

Para Bahia (2001, p. 335), suas entidades de representação teriam o propósito precípua de fortalecer o poder de barganha de seus associados na negociação de valores de remuneração de procedimentos médicos e hospitalares. Além disso, essas entidades defenderiam, ao lado dos técnicos do Ministério da Fazenda e do Ministério da Saúde, “as proposições de ampliação de cobertura, a abertura do segmento ao capital estrangeiro, o ressarcimento ao SUS e a não aplicabilidade às empresas com planos próprios de regras para comprovação de solvência e reservas financeiras”.

1.4.2. O segmento dos planos administrados

Como sugerido por alguns autores (Alciole, 2006; Balzan, 2003; Lopes, 1999), haveria uma diferenciação no segmento de empresas de saúde sem fins lucrativos. Para Alciole (2006), nessa diferenciação os planos administrados seriam compostos pelos grupos não-comerciais, de caráter filantrópico, sem fins lucrativos. Para (Lopes, 1999), os

planos administrados, como o próprio nome indica, vem da iniciativa de grandes empregadores que gerenciam os planos de saúde, contratam médicos, fazem convênios com hospitais, ente outras ações.

Como se pode perceber, essas características não parecem diferenciá-lo, em grande medida, da autogestão. Kornis e Caetano (2002, 42), sugerem outra diferenciação, mais esclarecedora. Para eles, as empresas não-comerciais

tanto podem administrar programas de assistência médica para seus funcionários (autogestão), como podem contratar terceiros para administrá-los (planos de administração); no primeiro caso, não existem intermediários entre o usuário (empregados e dependentes) e o prestador de serviços de saúde, e as empresas administram programas de assistência diretamente, ou via Caixas e Fundações.

Estes planos adotam regimes de credenciamento (convênios) ou de livre escolha (reembolso). De forma parecida com a autogestão, a empresa que implanta planos administrados estabelece o formato do plano, define o credenciamento dos médicos e dos hospitais, estabelece as carências e as coberturas (Kornis e Caetano, 2002).

Entretanto, quanto ao caráter não comercial, Balzan (2003, pp. 4-5) nota que as “Administradoras dos planos”, por seu turno, “são empresas com fins lucrativos, mas sem nenhum vínculo com o setor de atividade econômica da contratante”. Essas empresas são financiadas por operadoras e “não assumem o risco decorrente da operação desses planos e não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos”.

1.4.3. O segmento das cooperativas médicas

Outra modalidade na assistência médica é a das cooperativas médicas. Para Kornis and Caetano (2002), essas instituições são assim chamadas, pois são regidas e organizadas segundo as leis do cooperativismo, onde médicos (e outros profissionais da área da saúde) cooperados são, simultaneamente, sócios da cooperativa e prestadores de serviço. Ao mesmo tempo, eles recebem pagamento proporcional ao tipo e ao volume

do atendimento. Alciole (2006) acrescenta que o recebimento por produção tem por base a Tabela de Procedimentos elaborada pela Associação Médica Brasileira (AMB), acrescido de um valor que procede do rateio do lucro final das unidades de um dado município, ou em casos singulares.

Outra característica importante desses grupos é que, nas cooperativas médicas, a vinculação dos usuários se faz mediante pré-pagamento de planos individuais, familiares e empresariais. Estas cooperativas, embora presentes em quase todo território nacional, têm organização predominantemente local / municipal, sendo a quase totalidade deste segmento constituída pelas Unimed, organizadas, nacionalmente, pela Confederação das Unimed do Brasil (Kornis e Caetano, 2002, p. 41).

Segundo esse órgão,

a Unimed é o maior sistema cooperativista de trabalho médico do mundo e também a maior rede de assistência médica do Brasil, presente em 84% do território nacional. O Sistema nasceu com a fundação da Unimed Santos (SP) pelo Dr. Edmundo Castilho, em 1967, e hoje é composto por 351 cooperativas médicas, que prestam assistência para mais de 20 milhões de clientes em todo País (Unimed, 2016).

Entretanto, mesmo com números tão expressivos é preciso adiantar uma informação, que implica a presente pesquisa, e que dá característica peculiar a grupo de assistência médica⁶: o caráter de singularidade de cada unidade Unimed que compõe o grupo tem. Isto é embora seja um grupo que compartilha a marca e formas administrativas gerais, organizada por um órgão nacional, há a independência financeira e gerencial de cada uma, de acordo com a sua organização regional/local (Alciole, 2006). Isso faz com que esses indicadores econômicos sejam diluídos (fragmentado) ao tratarmos de uma Unimed específica (Campos et al., 2008).

De maneira geral, a administração dos planos se dá de maneira semelhante a das medicinas de grupo (que serão tratadas a seguir), existindo uma organização para gerir

⁶ Essas informações sevem também para que se possa entender porque as Unimed não forma escolhidas na seleção das empresas que serão analisadas no presente pesquisa. Tal fato é retomado no Capítulo 5, na metodologia de pesquisa.

os planos. Por outro lado, formaram-se cooperativas para fortalecer o profissional na sua relação contratual com essas empresas (Brasil & CONASS, 2007b). Ao longo do tempo,

as “cooperativas médicas” deixaram de vender exclusivamente os serviços médicos de seus cooperados e passaram a administrar planos – com contratos de rede tal qual as medicinas de grupo, independentemente de serem serviços ‘cooperados’ ou não.). A diferença encontra-se no fato de que estas organizações são formadas por profissionais vinculados a entidades, denominados cooperados, enquanto as chamadas ‘medicinas de grupo’ são empresas limitadas (Brasil e CONASS, 2007b, p. 24). P.24.

Como foi possível perceber mais acima,

o estímulo à formação de grupos médicos com bases empresariais mais sólidas é consequente às políticas governamentais de expansão de cobertura e incentivo à privatização dos serviços de saúde, configurada entre outras medidas pelos convênios-empresa mediados e financiados diretamente pela Previdência Social. [...] Esta marca de origem comum, que, por sua articulação com indústrias e estabelecimentos comerciais propicia um fluxo contínuo de pacientes pelos diversos segmentos do complexo médico empresarial, é o que leva à caracterização das cooperativas médicas não exatamente como empresas cujos dirigentes se apropriam do lucro, mas como uma reatualização da prática médica autônoma que se integra no processo de empresariamento da medicina (Bahia, 1999, p. 186).

Além disso, alguns autores mostram que as cooperativas de trabalho médico se organizaram a partir da iniciativa de médicos, em oposição às ameaças de perda da autonomia da prática médica e mercantilização da medicina, que optaram por se associar a entidades mais afeitas a preservação dos cânones liberais (Bahia, 2001; Malta et al., 2004). As Unimed's, hoje, possuem 30% do mercado nacional de planos de saúde (Unimed, 2016). Há ainda casos de cooperativas de municípios que possuem hospitais próprios, onde os médicos são cooperados (Brasil e CONASS, 2007b).

1.4.4 O segmento das seguradoras especializadas em saúde

O segmento das seguradoras, vinculadas ou não a bancos, representa a modalidade empresarial mais recente no mercado de assistência médica suplementar, abarcando 15% do contingente de pessoas cobertas por planos privados de saúde (Unidas, 2015), oferecendo ação intermediária de cobertura ou reembolso dos gastos com assistência

médica ao prestador ou ao segurado (Alcirole, 2006).

Segundo mostra Bahia (1999, p. 213), a entrada das seguradoras no ramo da saúde foi impulsionada por um instrumento legal promulgado pela Superintendência de Seguros Privados (Susep) do Ministério da Fazenda, que facultou a essas empresas a cobertura dos segurados através do “referenciamento” dos serviços, e que modificou não apenas a divisão anteriormente estabelecida das clientela, mas trouxe a público, o debate sobre a necessidade de regulamentação do segmento e o impôs na agenda governamental. “A agressiva comercialização de seguros semelhantes aos planos pelas grandes seguradoras, acrescida por uma determinação de regular o mercado à sua feição (como instituições financeiras) as tornaram importantes interlocutoras do governo no segmento da assistência médica suplementar”.

Sobre isso, nota o Brasil e CONASS (2007b, p. 24): antes de sua entrada no mercado, a lógica de funcionamento prevista no Decreto-Lei n. 73, de 1966 era exclusivamente de indenização (reembolso) de pagamentos efetuados na assistência médica. Progressivamente, “tal modelo – que independia de rede de atendimento – foi sendo ultrapassado até a criação pela Susep do ‘Seguro de Assistência Médica’, na década de 1980, onde o objeto da apólice é a garantia de assistência médica e não mais a indenização”.

Os clientes das seguradoras são indivíduos e empresas e, normalmente, o valor do reembolso tem teto pré-definido. Atualmente, “mais de 90% das despesas médico-hospitalares são pagas diretamente à rede, existindo centrais de atendimento e autorização para seus consumidores, entre outros mecanismos de contenção de custos”. A seguradora não pode, por lei, fazer prestação direta de serviços e a “principal organização representante é a Federação Nacional de Seguros (Fenaseg)” (Brasil e CONASS, 2007b, p. 24).

Como mostram Kornis and Caetano (2002, p. 40), o âmbito do subsetor da saúde sugere a inclusão de

empresas financeiras e não-financeiras a atuarem, direta ou indiretamente, na área de prestação de serviços médicos, serviços hospitalares, e serviços auxiliares de diagnóstico e terapêutica, à população; os serviços prestados por estas entidades são unicamente de natureza mercantil, isto é, a prestação dos serviços gera, necessariamente, uma receita.

No contexto desses segmentos, existiria a necessidade da intermediação financeira por uma entidade seguradora, que não existia antes do segmento se inserir no mercado. Embora ele não preste, diretamente, assistência médico-hospitalar, cobre – segundo os termos da apólice do segurado – os custos da assistência. Assim, o seguro pode ser feito tanto por pessoa física quanto jurídica (empresas, em favor de pessoas físicas). “O financiamento dessa modalidade também se dá através de um sistema de pré-pagamento, em que o contratante, paga antecipadamente, pelos serviços de assistência médica e tem direito à cobertura dos eventos previstos no contrato” (Kornis e Caetano, 2002, p. 42).

Uma das três empresas que serão estudadas na presente tese é pertencente a essa classificação, como se verá mais à frente.

1.4.5. O segmento das medicinas de grupo

As medicinas de grupo são formadas por empresas médicas que administram planos empresariais, individuais e/ ou familiares, geralmente com abrangência regional (Alciole, 2006). Para Malta et al. (2004), eram constituídas inicialmente por grupos médicos aliados ao empresariado paulista e elas são atualmente responsáveis por quase 40% dos beneficiários da assistência médica supletiva.

Ainda para esses pesquisadores, seguindo a linha das cooperativas de médicos, esse segmento

se organizou em torno de proprietários/acionistas de hospitais, criando redes de serviços e credenciando hospitais e laboratórios, já que existia um comprador de serviços que lhes garantia um mercado seguro. O surgimento do setor se deu a partir de meados da década de 1960, com o denominado convênio-empresa entre a empresa empregadora e a empresa médica (medicina de grupo), estimulados pela Previdência Social, que repassava

subsídios per capita pelo serviço prestado, prática essa que foi decisiva no empresariamento da medicina (Malta et al., 2004).

Na medicina de grupo, a gestão dos planos é feita por uma empresa privada, criada historicamente (mas não exclusivamente) por proprietários ou sócios de unidades hospitalares. Além disso, “os serviços podem ser prestados por unidades próprias, em que os profissionais de saúde são empregados da empresa de medicina de grupo, ou através de unidades credenciadas por esta”. Tal como nas cooperativas, as operadoras de medicina de grupo comercializam planos de saúde (Brasil e CONASS, 2007b, p. 23).

Além disso, como mostram Kornis and Caetano (2002), a medicina de grupo foi a modalidade pioneira no segmento da saúde suplementar no cenário brasileiro, que desde os anos 60 apresenta um meio de atenção às necessidades médico-hospitalares constituída por empresas médicas. Para eles, dado que essas empresas, em sua maioria, não dispunham de serviços próprios, normalmente contratavam serviços médicos de terceiros, dando ensejo a criação desses grupos.

Em sua estrutura existe também o credenciamento de médicos, de hospitais e de serviços auxiliares de diagnóstico e de terapêutica e

o acesso dos segurados a estes serviços está vinculado ao pré-pagamento de planos de empresas, e de planos individuais e familiares, com diferentes níveis de cobertura e de qualidade de serviço. O contratante paga antecipadamente pelos serviços de assistência médica e tem direito à cobertura dos eventos previstos no contrato; a cobertura pode dar-se tanto por intermédio de serviços próprios do contratado quanto através de uma rede conveniada, caso em que o contratado remunera os serviços profissionais e hospitalares prestados ao segurado (Kornis e Caetano, 2002, p. 41).

Essas empresas médicas funcionam, por esses fatores citados, como administradoras de planos de saúde de tipo diversificado, para contratantes diferenciados (empresas, indivíduos ou famílias) (Kornis e Caetano, 2002).

É desse segmento de onde contam duas empresas das três que serão analisadas, já que duas das operadoras de medicinas de grupo congregam respectivamente o maior e o

terceiro maior número de clientes por empresa, individualmente.

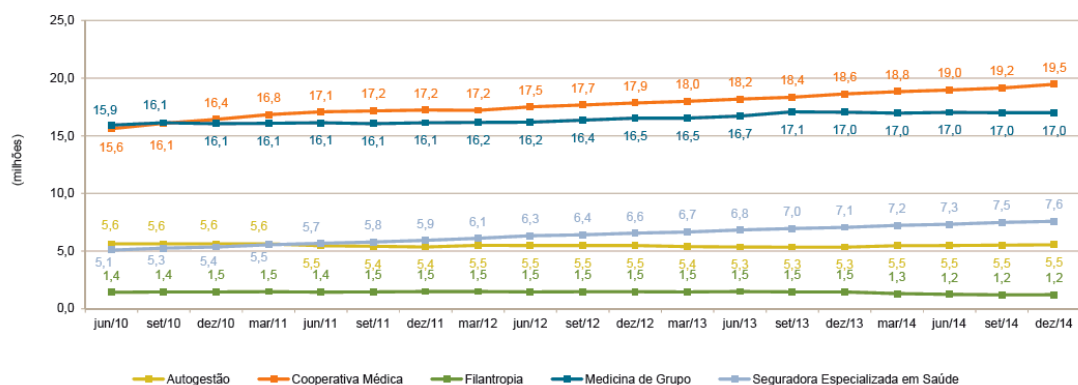
1.5. Aspectos preliminares de discussão e apontamentos sobre as operadoras de saúde

1.5.1. Aspectos preliminares sobre as operadoras de saúde

Alguns dados que cercam as operadoras de saúde dão dimensão de sua importância, além de propiciar uma melhor análise do perfil dos usuários, alvos de campanhas de promoção da saúde. Em dezembro de 2014, o cadastro da ANS registrou 50,8 milhões de vínculos a planos privados de assistência médica, tendo aumentado 2,55% em relação ao ano anterior. Os planos exclusivamente odontológicos, por sua vez, registraram 21,4 milhões de vínculos de beneficiários (Suplementar, 2015). No final de 2015, esse número alcançou a marca de havia 72 milhões de beneficiários das operadoras de saúde, sendo 50,5 milhões nos planos de assistência médica (70,1% do total) e 20,5 milhões nos planos exclusivamente odontológicos (29,9% do total) (FenaSaúde, 2016).

Mantendo uma tendência já observada anteriormente, o maior crescimento durante todo o ano de 2014 foi observado entre as Seguradoras Especializadas em Saúde, com um incremento de 7% (Suplementar, 2015).

Gráfico 1 – Beneficiários de planos de assistência médica por modalidade da operadora (Brasil-junho/2010 – dezembro/2014)



Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2014

Caderno de Informação da Saúde Suplementar - março/2015

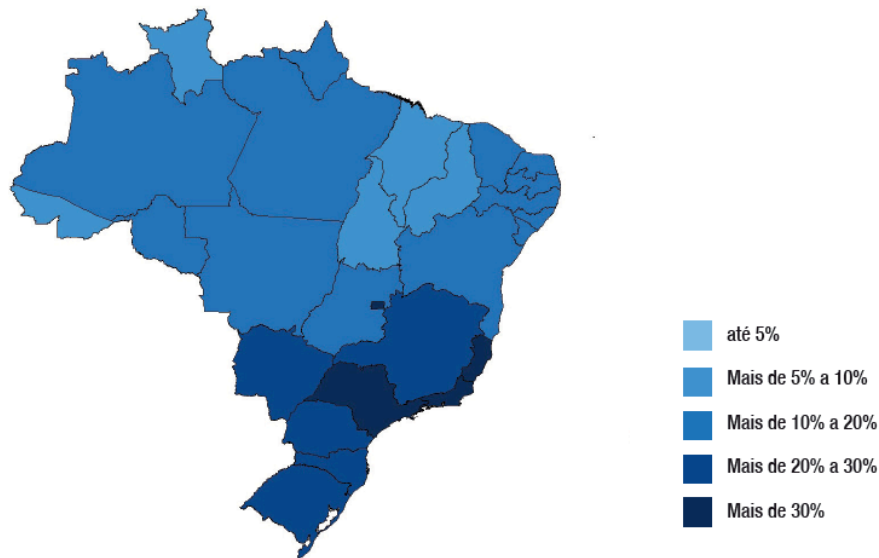
Notas: 1. O termo "beneficiário" refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.

2. Dados preliminares, sujeitos a revisão.

No que se refere à receita de contraprestações de operadoras médico-hospitalares, o montante ultrapassou R\$ 125 bilhões em 2014, dos quais R\$ 106 bilhões (85%) foram gastos com despesas assistenciais (Suplementar, 2015).

Em termos de taxa de cobertura dos planos privados de assistência médica por regiões e unidades da federação, é possível observar que as maiores taxas de cobertura encontram-se na Região Sudeste, seguidas pela Região Sul. As UFs com os maiores percentuais de cobertura são São Paulo (45,3%), Rio de Janeiro (38,6%) e Distrito Federal (35,0%). Já as unidades da federação com as menores taxas de cobertura estão distribuídas nas regiões Norte e Nordeste, Acre (6,2%), Tocantins (7,4%), Maranhão (7,4%) e Roraima (8,3%).

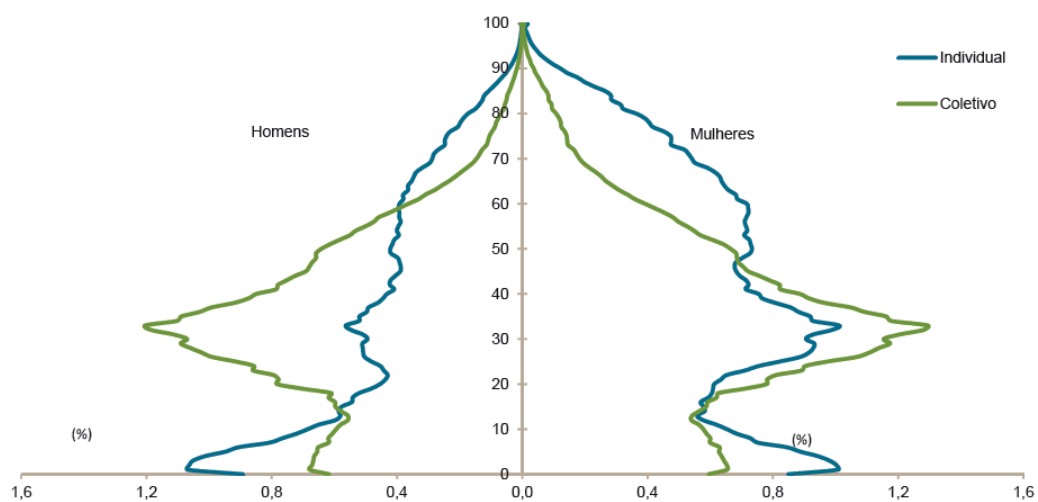
Figura 01 – Mapa da taxa de cobertura dos planos de assistência médica por Unidade da Federação.



Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2014 e IBGE - Estimativas populacionais de 2012 estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus. Caderno de Informação da Saúde Suplementar – Março/2015

Com relação a faixa etária e sexo dos beneficiários da saúde suplementar, observa-se que há maior participação de mulheres com 50 anos e mais em planos individuais, quando comparada à população masculina na mesma faixa etária. Por outro lado, nos planos coletivos a distribuição por idade e por sexo é similar (Suplementar, 2015, p. 24).

Gráfico 02 – Pirâmide etária do percentual de beneficiários de planos de assistência médico-hospitalar por tipo de contratação do plano e sexo (Brasil-março/2015)



Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2014 Caderno de Informação da Saúde Suplementar – Março/2015

De forma geral,

Todas as operadoras de grande porte do segmento comercial disponibilizam ao mercado planos coletivos e individuais de tipo executivo, intermediário e básico. [...] A grande maioria das medicinas de grupo e Unimed's é de pequeno porte e propicia coberturas contratualmente bastante homogêneas através de redes de serviços bastante diferenciadas e localizadas (Bahia, 2001, p. 335).

Assim, pode-se perceber que o mercado de Saúde Suplementar foi estruturado, em linhas gerais, a partir dos segmentos descritos anteriormente, cada um com suas características e formas de organização, inclusive com órgãos de representação social diferentes. No entanto, a natureza da atividade por elas desenvolvida é basicamente a mesma (Brasil e CONASS, 2007b). Dessa forma, pode-se afirmar que,

Independente da modalidade, todas as organizações do setor administram “pecúlios”, formados pelas contribuições diretas dos indivíduos ou dos seus empregadores, ou por ambos, e cujo objetivo é garantir assistência à saúde. Com o advento da Lei n. 9.656/98 e as regulamentações da ANS, as empresas comerciais – medicinas de grupo, cooperativas e seguradoras de saúde – passam a ter tratamento semelhante às empresas do sistema financeiro nacional. Para funcionar tem de ter autorização especial (capital mínimo e reservas financeiras), são monitoradas e tem de publicar seus balanços, podem sofrer intervenção (os regimes especiais), e são passíveis de liquidação extrajudicial (Brasil e CONASS, 2007b, p. 25).

Vê-se também que subsetor de assistência médica suplementar é diversificado. Por essa diversidade, forma um quadro diverso de setores da população, a partir de um conjunto de interesses desses vários setores. Em resumo,

os agentes desse subsetor pertencem a setores institucionais diversos: (a) empresas não-financeiras, a prestarem serviços médicos, hospitalares e diagnóstico-terapêuticos; (b) empresas não-financeiras, a prestarem serviços de venda de planos de saúde; (c) empresas financeiras (seguradoras), a prestarem serviços de venda de seguros de saúde; (d) governo, a prestar, à coletividade, o serviço de regulação da ação dos planos de saúde e das empresas a atuarem na área médica, hospitalar, e de serviços diagnóstico-terapêuticos; e, finalmente, (e) famílias, a pagarem pelos serviços das empresas de planos e seguros de saúde. As famílias são as usuárias e, únicas beneficiárias, dos serviços de assistência médica (Kornis e Caetano, 2002, pp. 42-43).

Todo este sistema atende ao preceito constitucional e desafoga o sistema público tanto no aspecto orçamentário quanto no quantitativo, principalmente nos itens de maior consumo em saúde, como as consultas nas áreas básicas e exames de diagnósticos considerados simples (Marcelino, 2012).

1.6. Caracterizando as três maiores empresas brasileiras seguradoras de saúde

Essas operadoras serão mais bem descritas nos próximos tópicos. As informações a seguir foram colhidas nos sítios das empresas, exceto aquelas discriminadas especificadamente por referências.

1.6.1. A Amil Assistência Médica Internacional



A Amil é uma empresa de medicina de grupo, fundada no início da década de 1970, no Rio de Janeiro. Nessa época, a partir da aquisição de um hospital, se tornou, em cinco anos, a maior maternidade privada no estado do Rio de Janeiro.

Em seguida, foram também adquiridas ao grupo as clínicas Somicol (atual Hospital de Clínicas Mário Lioni) e Santa Rita.

Para administrá-las, foi criada a Empresa de Serviços Hospitalares (Esho). Após a saída da São José, o grupo comprou a Policlínica São Sebastião, em Niterói, em 1976. Os recursos oriundos da Esho, permitiram a criação da Amil Assistência Médica Internacional, no Rio de Janeiro, em 1978.

Também nesse ano, ocorreu abertura da filial da Amil em São Paulo. Num curto espaço de tempo, a marca da Amil se consolida também na maior cidade do Brasil. Dez anos depois, foi elaborada uma estratégia de crescimento baseada totalmente num marketing agressivo, que comparava as vantagens e as facilidades da Amil em relação à concorrência. Isso permitiu que a Amil tivesse os maiores índices de crescimento de todo o mercado de saúde.

A partir de 1994, Amil passa a ser a primeira empresa do mundo a utilizar o sistema de franquias para ampliar a sua cobertura no país nas principais cidades do Brasil. No ano seguinte, tem início o processo de internacionalização da Amil com a conquista da licença para operar no fechado mercado de saúde norte-americano.

Em 2007, a Amil adquire a Blue Life, a Med Card e a Clinihauer, e a companhia passa por reestruturação societária e realiza sua abertura de capital, passando a se chamar Amil Participações S.A. Novas aquisições são feitas em 2008, com a compra da Ampla, da Life System e da Casa de Saúde Santa Lúcia. Já em 2009, a Amilpar adquire a Medial Saúde e se torna a maior empresa de saúde do Brasil. Sua participação de mercado atinge mais de 10%. No ano seguinte, a Amilpar adquire a ASL - Assistência à Saúde Ltda. - e a Saúde Excelsior, impulsionando as suas operações no Nordeste. Nesse ano inicia também operações em Belo Horizonte. Em 2011, a Amilpar adquire os hospitais Samaritano e Pasteur, ambos localizados no Rio de Janeiro, e a operadora Lincx Sistemas de Saúde.

O ano de 2012 marca profundamente a estruturação da Amilpar, que é comprada pela *United Health Group*, maior empresa norte-americana do setor de saúde. O grupo compra, em 2013, o Grupo HPP Saúde, de Portugal, do qual fazem parte seis hospitais e duas clínicas, e em novembro do mesmo ano adquire o Hospital Monte Klinikum, de Fortaleza (CE), consolidando ainda mais a sua presença no Nordeste.

O ano de 2014 é marcado por uma série de aquisições no interior, no litoral e na Grande São Paulo: Instituto Santista de Oncologia (ISO) – atual Hospital Vitória Santos –, Hospital Carlos Chagas (Guarulhos), Hospital AMA (Alto do Tietê) – atual Hospital e Maternidade Ipiranga Arujá –, Hospital Madre Theodora (Campinas) e Hospital Saint Vivant (Sumaré), além das operadoras Next Saúde e Dental Center.

Assim, a Amil conta com filiais em Brasília, São Paulo, Curitiba e Fortaleza. Seus serviços podem ser de abrangência nacional ou regional e a operadora atua em planos ambulatoriais, mas a comercialização é feita apenas em locais onde a Amil possui sede.

1.6.2. Bradesco Saúde



A Bradesco Saúde é uma seguradora especializada em saúde, integrante do Grupo Bradesco, que atua desde 1984 na área de seguro-saúde. A empresa, líder no mercado de saúde suplementar brasileiro dentre as seguradoras, é especializada em planos corporativos e opera em atendimento médico-hospitalar. A venda de serviços é exclusiva para planos empresariais.

Conta com aproximadamente 4 milhões de segurados, sendo que, destes, 96% são de beneficiários de planos coletivos. Além de estar presente em todo o território nacional, com produtos criados para atender o segmento empresarial, apresenta diversidade dos produtos e de opções de contratação, além de abrangência da rede referenciada de profissionais reconhecidos.

A Bradesco Saúde é controladora integral da Mediservice, empresa dedicada à operação de planos de saúde na modalidade de administração por pós-pagamento.

1.6.3. Hapvida Assistência Médica (Medicina de Grupo / abrange-Fenasaúde)



A Hapvida Saúde é uma empresa de medicina de grupo e sua história tem início 1979, com a construção do Hospital Antônio Prudente, unidade considerada uma das mais importantes de Fortaleza até os dias de hoje.

A criação da Hapvida Saúde ocorre em seguida, a partir de plano moderno e acessível, com produtos diferenciados para mercado do Ceará. Com o plano de saúde, vieram a Clínica de Diagnóstico Vida & Imagem, o Laboratório Antônio Prudente e as Hapclínicas.

A empresa sempre prezou por uma estratégia focada na verticalização dos serviços médico-hospitalares. O Sistema Hapvida atende hoje em todo o território nacional e é a

maior operadora de saúde do Norte e Nordeste, com a maior rede de atendimento próprio das regiões, e uma das duas maiores operadoras com capital próprio e nacional, além de terceira maior do País em número de beneficiários. Atualmente, é composta por 17.000 colaboradores diretos, envolvidos na operação de 20 hospitais, 71 clínicas médicas, 17 Prontos-Atendimentos, 61 centros de diagnóstico por imagem e 57 laboratórios.

Durante mais de 20 anos, a Hapvida se dedicou a atender os moradores mais ricos de Fortaleza. Seu primeiro endereço, o Hospital Antônio Prudente, ficou conhecido pelos serviços de luxo e por ter feito o primeiro transplante de coração do estado. Até que, há cinco anos, o médico Jorge Pinheiro de Lima, filho do fundador, reposicionou a Hapvida para atender uma fatia da população das classes C e D, o que a impulsionou recentemente no mercado.

A Hapvida tem unidades em todos os estados do Nordeste e do Norte, exceto em Roraima, Amapá e Rondônia. O controle e a gestão ainda são totalmente familiares. Jorge é o presidente, seu pai, Cândido, é o presidente do conselho de administração, e o irmão, Cândido Júnior, é o responsável pela área comercial.

CAPÍTULO II: O *FACEBOOK* COMO AMBIENTE DE ESTRATÉGIAS DE RELACIONAMENTO

2.1. O *Facebook*, redes sociais e sites de redes sociais

O crescimento e afirmação dos sites de redes sociais na internet a partir dos últimos anos vêm trazendo incontestáveis mudanças no comportamento e impacto nas relações sociais. Como lembra (Marteleto, 2001), o conceito de redes sociais é onipresente nos dias de hoje, além de vir ocupando espaço crescente no discurso acadêmico, nas mídias, nas organizações ou no senso comum.

Assim, o tema tem gerado cada vez mais pesquisas que buscam entender tal fenômeno, reafirmando sua importância (Cogo e Dutra Brignol, 2011; Dias e Couto, 2011; Machado e Tijiboy, 2005). Por outro lado, existe grande oferta de serviços educativos, passando por negociações comerciais, recreação, jogos, meios de interatividade, entre outros, disponibilizada internet em sítios virtuais como o *Facebook*, consideradas redes sociais virtuais⁷, que vem expandindo suas capacidades e tornaram-se um fenômeno mundial, sobretudo após a popularização dos *smartphones* (Kim, et al, 2013).

Mas o interesse no estudo de redes vai mais além dessas formas virtuais, mais recentes, na internet. Ele permeia todo o século XX. Iniciado pelas ciências exatas, onde adveio as maiores contribuições para o estudo das redes, os conhecimentos produzidos foram posteriormente tomados pela sociologia para análise estrutural das redes sociais (Recuero, 2009).

São esses estudos que, a partir do conceito de rede, desdobraram em outros de origem sistêmica, originários do trabalho do biólogo Luwig Bertalanffy, que ainda na década de 1930 estabeleceu seus primados como forma de estudar organismos vivos (Recuero, 2004). Essas teorias são

⁷ Como será mostrado mais a seguir, há certo equívoco em se considerar esses sítios virtuais de inter-relação como redes sociais.

berço da maioria das teorias que procuram descartar o cartesianismo da análise da parte buscando a análise do todo, afirmando que este possui propriedades que vão além da mera soma dessas partes. Como essa visão possui uma característica intrinsecamente interdisciplinar, muitos passos importantes na descoberta de propriedades e leis dos fenômenos foram dados em outras ciências, como a biologia, a matemática e a física (Scharnhorst, 2003 *Cit. In. Recuero* 2009, 2).

As formulações teóricas dessas pesquisas, por sua vez, terão relações posteriores com estudos de diversas áreas, como nas teorias da complexidade, com a cibernética, psicologia social, com a comunicação e ciências da informação. Assim, buscaremos nesse subcapítulo estabelecer um histórico dos temas referentes às redes, como suporte teórico para problematização da possibilidade de uso das mídias sociais na internet, em especial o *Facebook*, como mediadoras da promoção da saúde.

Esse histórico é também elemento importante para o entendimento do que será proposto na metodologia, além de instrumental teórico para a discussão dos resultados da presente pesquisa.

2.1.1. Histórico dos conceitos sobre redes sociais

Ainda que nosso imaginário a respeito do conceito de rede esteja povoado por grupos sociais articulados na internet ou por encontros sociais com fins políticos, a ideia de rede é mais antiga e mais abrangente que isso. A acepção do termo, por si só, já trás diferentes implicações, com possibilidades semânticas e teóricas de abordagem. Como mostra Ferreira (2011, p. 210)

O termo rede tem origem etimológica no vocábulo latim *rete* e assume, hoje em dia, diversos significados. Pode significar espécie de malha formada por um entrelaçado de fios, cordas, arames ou outro material; artefato para fins de apresamento ou retenção do animal desejado; tecido de malha metálica usado para formar vedações. Pode significar, também, conjunto de pessoas, estabelecimentos ou organizações que trabalham comunicando entre si; organização de espionagem implantada em um país; entrelaçamento de nervos e fibras; conjunto de vias ou de meios de transporte ferroviário, rodoviário ou aéreo; sistema interligado de meios de comunicação; sistema interligado de computadores e seus periféricos e, em sentido figurado, pode, também, significar emaranhado de coisas ou de circunstâncias, complicação, cilada, engano ou logro.

Pesquisas que propõem uma linha histórica sobre o conceito são diversas no trato do tema, com versões e enfoques próprios, dependendo do autor (Ferreira, 2011; Recuero, 2012; Recuero, 2004; Scharnhorst, 2003). Para Raquel da Cunha Recuero (2004) e Raquel da Cunha Recuero (2006), como para muitos outros pesquisadores, os primeiros passos da teoria das redes encontram-se, como semente para uma abordagem científica, nos trabalhos do matemático *Ëuler*, no século XVIII. Ao criar o primeiro teorema da teoria dos grafos, ele fez uma representação de um conjunto de nós conectados por arestas, formando uma rede (Figura 1).

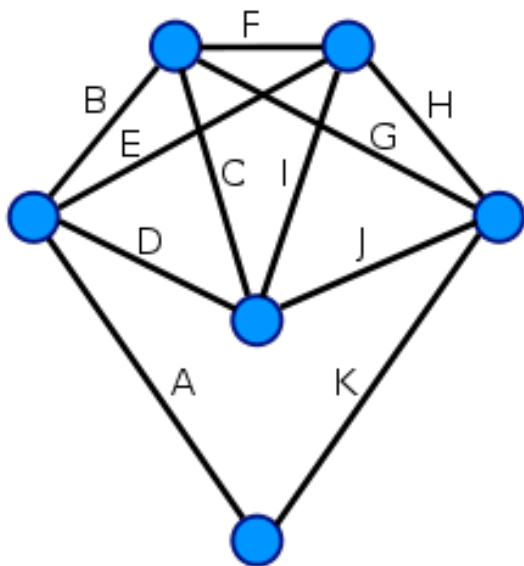


Figura 2: Exemplo de um grafo euleriano.
Fonte: https://pt.wikipedia.org/wiki/Caminho_euleriano.

Na sociologia, a teoria dos grafos é uma das bases do estudo das redes sociais, ancorado na chamada Análise Estrutural de Redes Sociais, como se vê em Degenne and Forsé (1999), decorrente de estudos das décadas de 60 e 70 que dedicaram especial atenção à pesquisa das estruturas sociais. Além disso, a importância dessa abordagem está, fundamentalmente, na sua origem sistêmica, além de “perceber os grupos de indivíduos conectados como rede social e, a partir dos teoremas dos grafos, extrair propriedades estruturais e funcionais da observação empírica” (Recuero, 2006, p. 23).

Ferreira (2011) também retoma os trabalhos de *Ëuler*, enquanto precursor da ideia de rede, da forma como a entendemos hoje. Além disso, explica que a metáfora de rede, tal

qual um tecido, foi inicialmente usada na sociologia, entre os anos 1920 e 1930, como associação entre o comportamento individual e a estrutura a qual ele pertence. Essas ideias transformaram-se mais tarde em uma metodologia denominada sociometria, ferramenta analítica para estudo de interações entre grupos, desenvolvida por Jacob Levy Moreno. Nela, o instrumento de análise se apresenta na forma de um sociograma, técnica que se configura como um gráfico dos emaranhados relacionais entre os sujeitos (Figura 2).

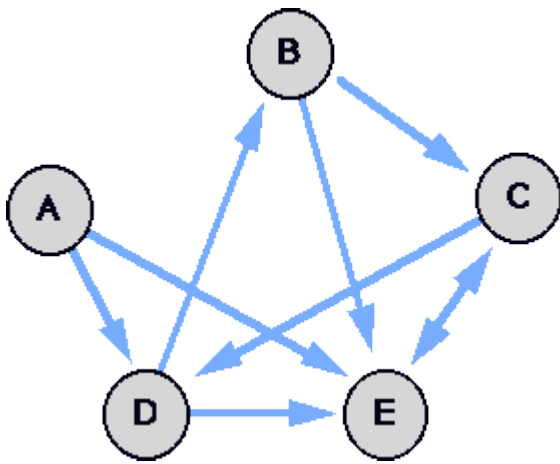


Figura 3: Exemplo de um sociograma.

Fonte: <http://doportugalprofundo.blogspot.com.br/2013/01/sociograma-do-sistema.html>

Para Marteleto (2001, p. 70), se por um lado essas incursões teóricas surgem como primeiras tentativas de explicar fenômenos em rede, por outro “o trabalho pessoal em redes de conexões é tão antigo quanto a história da humanidade, mas, apenas nas últimas décadas, as pessoas passaram a percebê-lo como uma ferramenta organizacional”.

Citando as pesquisas de Colonomos (1995), a autora afirma que as expansões dos estudos sobre essa temática aconteceram também por meio do

grande investimento acadêmico nos estudos de redes a partir do campo das relações internacionais, tendo significação na história recente das ciências políticas. A origem da reflexão se dá ao fim da II Guerra Mundial e tem progresso com o fim da Guerra Fria, quando há redefinição dos atores nas relações internacionais. Novos caminhos de pesquisa surgem, nascidos a

partir da reflexão de ordem e desordem nos sistemas políticos, ligados à elaboração da noção de globalização (Marteleto, 2001, p. 70).

Também sob o ponto de vista social, Tomaél, Alcará, and Di Chiara (2005) irão notar uma característica que se estende ao campo das Ciências Sociais, e por extensão como característica inerente a nós. Para eles,

a configuração em rede é peculiar ao ser humano, ele se agrupa com seus semelhantes e vai estabelecendo relações de trabalho, de amizade, enfim relações de interesses que se desenvolvem e se modificam conforme a sua trajetória. Assim, o indivíduo vai delineando e expandindo sua rede conforme sua inserção na realidade social.

Isto é, as redes sociais, para estes estudiosos, se constituiriam como uma das estratégias – que parece inata – subjacentes às utilizadas pela sociedade para o compartilhamento da informação e do conhecimento, mediante as relações entre atores que as integram (Tomaél et al., 2005).

Sob esse ponto, Marteleto (2010, p. 28) empreendeu uma pesquisa mais aprofundada sobre as origens do termo, mostrando que

o termo rede, no singular ou no plural, associa-se ao adjetivo “social” para especificar o campo, mas sem delimitar uma disciplina específica, uma vez que é empregado pela Antropologia, Sociologia, Economia, Ciências Políticas, Ciência(s) da Informação, Ciências da Comunicação, entre outras. Em linhas gerais, os estudos de redes sociais permitiram a construção de uma compreensão inovadora da sociedade, que ultrapassa os princípios tradicionais, nos quais o elo social é visto como algo que se estabelece em função dos papéis instituídos e das funções que lhes correspondem. De forma diferente, o conceito de redes sociais leva a uma compreensão da sociedade a partir dos vínculos relacionais entre os indivíduos, os quais reforçariam suas capacidades de atuação, compartilhamento, aprendizagem, captação de recursos e mobilização.

Estudos tendem a atribuir ao antropólogo John Barnes (1954), o primeiro uso do termo rede social (*social network*), que fora usado para mostrar os padrões dos laços humanos, incorporando os conceitos tradicionalmente usados, quer pela sociedade quer pelos cientistas sociais (Ferreira, 2011; Marteleto, 2001; Recuero, 2004; Raquel da Cunha Recuero, 2006). Nesse sentido, para Marteleto (2001, 28), o antropólogo buscava a

criação do conceito para estudar e descrever uma questão metodológica fundamental dos estudos desse campo, que é o da extensão e não finitude das redes sociais. Ao realizar uma etnografia sobre os princípios de estratificação social numa ilha norueguesa, esse antropólogo desenvolveu uma hipótese, segundo a qual todos seus habitantes estariam interligados uns aos outros por cadeias de interconhecimentos mais ou menos extensas que não se limitam aos limites da ilha, mas ligam seus habitantes a outros sujeitos fora de seu espaço social e geográfico de pertencimento.

Ainda para Marteleto (2001, pp. 28-29),

Outro marco fundador do conceito de redes sociais refere-se à pesquisa realizada, em 1957, pela antropóloga E. Bott (1957), sobre o elo entre as relações conjugais e as redes de referência do casal. À época, o estudo evidenciou que a lógica de compartilhamento e divisão de tarefas entre casais é influenciada pelo pertencimento a redes sociais e, sobretudo, pelas características de tais redes. Os casais caracterizados por forte divisão de tarefas e de papéis familiares pertenciam a redes sociais de estrutura densa (familiares, de vizinhança). Essa divisão de papéis é menos acentuada em casais pertencentes a redes com menor densidade, como colegas de trabalho, de associações, etc.

Além de Bott, há também os estudos de J. C. Mitchell (1969), outro antropólogo da escola estruturalista inglesa que tem importante papel nos marcos fundadores do conceito de redes sociais. Suas pesquisas de grupos de antropólogos na África Central, “elaborou a hipótese de que a rede social e seus elos podem ser empregados para compreender e analisar o comportamento dos indivíduos que fazem parte de uma mesma rede” (Marteleto, 2001, p. 29).

Assim, de forma geral, para Marteleto (2001, p. 72), existiriam diversas possibilidades de abordagens, já que

o conceito de redes é tributário de um conflito permanente entre diferentes correntes nas ciências sociais, que criam os pares dicotômicos - indivíduo/sociedade; ator/estrutura; abordagens subjetivistas/objetivistas; enfoques micro ou macro da realidade social -, colocando cada qual a ênfase analítica em uma das partes. Por exemplo, a antropologia estrutural entende as redes como descritivas, servindo para identificar o caráter perene das organizações e dos comportamentos sociais. Já a linha do individualismo metodológico desconstrói essa concepção, privilegiando o ponto de vista do agente que produz sentido, e as relações sociais na formação do seu agir. As

redes surgem como um novo instrumento face aos determinismos institucionais.

E os achados desses fundadores demarcam e estabelecem base para estudos de Análise de redes sociais⁸. Em resumo, seus traços comuns são que os estudos de redes sociais se dão na ênfase das relações sociais para estudar fenômenos sociais, culturais, econômicos ou políticos, o que constitui preocupação clássica e perene nas Ciências Sociais (Marteleteo, 2010). Isto é, as definições conceituais são resultado da evolução da metodologia de estudo das redes que, em geral, são um conjunto de métodos, conceitos, teorias e modelos das ciências sociais, com diferentes matizes disciplinares e epistemológicos, que conservam princípios comuns entre eles. O mais geral desses princípios consiste, cabe reforçar, no caráter relacional entre os indivíduos da rede social, na busca de “regularidades que apresentam, a fim de descrevê-las, dar conta da sua formação e de suas transformações, analisar os seus efeitos sobre os comportamentos individuais”. Isto é, fundamentado na Análise de redes sociais (Marteleteo, 2007).

2.1.2. Diferenciações conceituais e percursos dos estudos nas ciências da informação

Há no campo conceitual diversas definições sobre o que seriam redes sociais, assim como diferenciações sobre quais são e que tipos de rede existem⁹. Segundo Marteleteo (2001, p. 72),

desde os estudos clássicos de redes sociais até os mais recentes, concorda-se que não existe uma “teoria de redes sociais” e que o conceito pode ser empregado com diversas teorias sociais, necessitando de dados empíricos complementares, além da identificação dos elos e relações entre indivíduos.

⁸ A Análise de Redes Sociais – ARS – é um método de estudo de redes sociais que considera que estrutura das relações sociais determina o conteúdo dessas relações e que conformam a rede, e não atributos específicos dos membros. A análise de redes será novamente abordada no Capítulo V, na parte metodológica.

⁹ Como em outras partes do presente trabalho, opta-se aqui por não fazer um levantamento exaustivo dos conceitos, que não cabem nem condizem com o encaminhamento da pesquisa. São possíveis remissões à matemática, informática, psicologia social, etc., cada qual trazendo importantes achados para a compreensão do fenômeno. Entretanto, buscaram-se aqui aproximações com as ciências sociais e com a ciência da informação, de onde o presente trabalho mantém mais estreita relação.

E desse modo, também a análise de redes pode ser aplicada no estudo de diferentes situações e questões sociais.

Quanto a isso, como bem observou Raquel da Cunha Recuero (2006), “estes estudos enumeram significativa quantidade de conceitos e de aplicações desse domínio de estudos, caracterizando sua dispersão e vocação empírica. Trata-se de um campo que busca, ainda, assentar suas bases teóricas e conceituais”.

Ainda assim é possível encontrar acepções sobre redes sociais na literatura especializada. Para Mercklé (2004, p. 4 *Cit.In.* Marteleto 2007), uma rede social pode ser definida, “[...] como sendo constituída de um conjunto de unidades sociais e das relações que essas unidades sociais mantêm umas com as outras, direta ou indiretamente, por meio de encadeamentos de extensões variáveis”. Essas unidades, por sua vez, podem ser indivíduos, grupos informais ou estruturas mais formais como organizações, associações ou empresas.

Esses apontamentos têm em mente, mais proximamente, o campo das ciências sociais. Para Marteleto (2001, p. 73) isso explica por que esses conceitos sobre redes

designam normalmente – mas não exclusivamente – os movimentos fracamente institucionalizados, reunindo indivíduos e grupos em uma associação cujos termos são variáveis e sujeitos a uma reinterpretação em função dos limites que pesam sobre suas ações. É composta de indivíduos, grupos ou organizações, e sua dinâmica está voltada para a perpetuação, a consolidação e o desenvolvimento das atividades dos seus membros.

Além disso,

Nos espaços informais, as redes são iniciadas a partir da tomada de consciência de uma comunidade de interesses e/ou de valores entre seus participantes. Entre as motivações mais significativas para o desenvolvimento das redes estão os assuntos que relacionam os níveis de organização social-global, nacional, regional, estadual, local, comunitário. Independentemente das questões que se busca resolver, muitas vezes a participação em redes sociais envolve direitos, responsabilidades e vários níveis de tomada de decisões.

A autora conclui com apontamentos de Colonomos (1995), ao notar que, de forma diferente das instituições, em geral as redes não supõe um caráter hierárquico, uma centralidade de decisão e uma organização vertical, sendo definidas pela multiplicidade quantitativa e qualitativa de seus elos, estabelecidos por seus membros. A orientação por uma lógica associativa é outra de suas características, sendo, no entanto, que sua estrutura extensa e horizontal não exclui a existência de relações de poder e de dependência nas associações internas e nas relações com unidades externas (Marteletto, 2001).

Assim, como reforça Ferreira (2011, p. 213), essa estrutura social se conforma ao ser constituída por indivíduos, organizações, associações, empresas ou outras entidades sociais, designadas por atores, conectados por um ou vários tipos de relações, onde os atores sociais desencadeiam os movimentos e fluxos sociais partilhando crenças, informação, poder, conhecimento, entre outros.

Ao discutir os conceitos de informação, rede, conhecimento e saber, direcionando-se para a área das Ciências da Informação, Marteletto (2007) sugere que

pode-se imaginar que o saber, na sua organização abstrata e geral, toma a forma de uma rede, à qual as tecnologias modernas de organização e arquivamento podem conferir uma realidade concreta e palpável. No entanto, o saber, enquanto conjunto de conhecimentos teóricos reunidos em diferentes *corpus* (sic), não representa mais do que uma ínfima parte do sistema geral de produção de conhecimentos.

Parrochia (1993 apud Marteletto 2007), pensando a questão da gestão e construção do conhecimento, observa que a consideração da estrutura da pesquisa e da produção do que se denomina um “fato” científico, leva a ampliar a imagem da ciência nos tempos atuais e principalmente a dimensão sociológica dos conhecimentos. A partir disso, passando em revista as formas de acumulação de saberes ao longo dos tempos, Marteletto (2007) observa ainda que, dado o instante de troca informacionais, seria necessário um redimensionamento do conceito para a ideia de *redes sociais de conhecimentos*.

Isso fica sugerido em outro estudo, conduzido por Marteleto (2010, p. 36), que buscou mapear estudos sobre redes sociais. O que o trabalho mostra, por meio das pesquisas produzidas pela ciência da informação, durante a primeira década dos anos 2000 no Brasil, e que se reflete a produção em geral no resto do mundo, é que

os estudos de redes sociais no campo da informação iniciam com a temática da organização da sociedade civil e dos movimentos sociais para ações sociopolíticas. O intuito desses estudos [...] é analisar a centralidade do conhecimento e dos processos de apropriação de informações para a mobilização e a participação social. No entanto, em meados dessa mesma década, dois focos de pesquisa passam a se manifestar de forma expressiva: (a) os estudos associando a cientometria¹⁰ ao conceito de redes sociais para analisar as redes de pesquisadores e de colaboração na ciência, em sua maior parte empregando a análise de co-autorias; (b) as pesquisas dedicadas ao desenvolvimento socioeconômico local e à inovação, com ênfase nos arranjos produtivos locais e às redes sociais de empresas e atores políticos, sociais e econômicos.

Já mais recentemente, para a autora, “destaca-se a presença de estudos sobre as formas textuais e de linguagens na etiquetagem e no arranjo das informações na *web*”. Para ela, seria esse o lado mais promissor para as pesquisas em ciências da informação e que podem estabelecer mais “criatividade e versatilidade conceitual e metodológica em torno das novas modalidades de enredamento para a produção, expressão e apropriação de informações no ambiente virtual”. Além disso, “não menos importantes parecem ser as reflexões que se dedicam a rever e atualizar o alcance teórico das redes sociais, tanto no plano conceitual como metafórico, para o estudo das questões de informação em suas manifestações virtuais e / ou presenciais” (Marteleto, 2010, p. 36).

Em resumo, esse percurso sugere as principais vias de concepção e aplicação da noção de redes sociais nas ciências da informação:

- (a) Nas redes de organização e mobilização da sociedade para a participação dos atores sociais, em perspectiva interdisciplinar com as Ciências Sociais.
- (b) Nas redes socioacadêmicas e de ações colaborativas, aproximando os construtos das redes sociais aos instrumentos da cientometria.
- (c) Nas redes sociotécnicas e de inovação para o desenvolvimento local, reunindo uma economia e geopolítica da informação aos estudos sociológicos das redes de informação.

¹⁰ A cientometria trata do estudo da mensuração e quantificação do progresso científico, estando a pesquisa baseada em indicadores bibliométricos.

(d) Nas redes sociais na Internet, observando-se mudanças e permanências nas formas de sociabilidade, interação, aprendizagem e trocas comunicacionais e informacionais (Marteleteo, 2010, p. 38)

2.1.3. Principais tipos conceituais de redes sociais

Para Marteleteo (2000, 2006), as redes sociais configuram as seguintes dimensões essenciais:

1. A dimensão propriamente social e comunicacional, que permite traçar os elos, as interações e as motivações dos atores em função do convívio (concreto ou virtual) e dos interesses e dos objetivos compartilhados.
2. A dimensão linguística e discursiva, na qual se observam os diferentes recursos cognitivos e informacionais que os atores acionam no compartilhamento de questões e em suas soluções.
3. A dimensão de produção de sentidos, que se visualiza quando os elementos interativos, comunicacionais, informacionais e cognitivos clareiam uma zona de encaminhamento das ações individuais e coletivas.

Assim, tomado como ferramenta de análise, a aplicabilidade do constructo de redes sociais se torna ainda maior, se pensado através dos questionamentos teóricos sobre fluxos de informação e conhecimento, na questão da gestão do conhecimento, do progressivo aumento do uso das tecnologias de informação e comunicação, dentre outros (Cogo e Dutra Brignol, 2011; Rocha & Alves, 2010), e com a extensibilidade à aquisição, ao processamento, ao armazenamento e à distribuição da informação nos meios eletrônicos (Gouveia, 2012).

Para Mercklé (2004 *Cit. In.* Marteleteo 2010)

conceitos clássicos e tradicionais das Ciências Sociais, como sociabilidade, capital social, poder, autonomia e coesão social forneceriam os referenciais básicos para a compreensão da estrutura e do funcionamento das redes, conjugados com as medidas e com os conceitos próprios da análise de redes sociais. Dentre eles: densidade e conexividade, redes completas e redes pessoais, e redes densas e abertas.

Dessa forma, as redes sociais podem se configurar de diferentes formas, dependendo dos aspectos envolvidos nos meios, nos atores que a constituem, no tratamento das informações, nas formas de contato e nos laços entre os sujeitos, etc. E a propósito das reflexões de Mercklé, não se pode perder de vista essas classificações nos aspectos metodológicos das pesquisas sobre redes sociais.

Como bem notou Raquel da Cunha Recuero (2006, p. 42), “tanto a análise de rede social quanto a ciência das redes são baseadas em premissas, desenvolvidas por teóricos referenciados por uma ou por outra abordagem, e de ferramentas de análise desenvolvidas através dos anos”. Isso requereria esclarecer algumas dessas construções conceituais e metodológicas em trabalhos sobre esse tema.

A partir de Mercklé (2004), podemos tomar as primeiras diferenciações de classificação e de constituição, como as *redes densas*, configuradas por relações de proximidade, como entre familiares e vizinhos; e as *redes ampliadas (ou abertas)*, estendidas às relações de trabalho, relações associativas e participativas (Marteleto, 2010). Essas últimas, em especial, que caracterizam parte das relações na internet, são fundamentais. E tais diferenciações, sob o ponto de vista conceitual, se entrecruzam com outras, como a seguir.

Pesquisas da área tendem a atribuir à discussão a ideia de rede primária e rede secundária, sobretudo na literatura das Ciências Sociais (Stotz, 2009). As *redes primárias* são relativas às interações cotidianas entre as pessoas (familiaridade, parentesco, vizinhança, amizade, etc.) no processo de socialização. Este tipo de rede estabelece processos autônomos, espontâneos e informais de relação. Já as *redes secundárias* são estabelecidas na “atuação coletiva de grupos, organizações e movimentos que defendem interesses comuns e partilham conhecimentos, informações e experiências orientados para determinados fins” (Marteleto, 2010, p. 32).

Nesse sentido, para S. G. d. Abreu (2003, p. 70), “os conceitos de rede primária e de rede secundária assentam, basicamente, no tipo de vínculos relacionais existentes entre os membros da rede social, embora muitos outros aspectos os distingam”. Por isso, as

redes primárias fazem referência a um conjunto natural de indivíduos em interação, uns com os outros, formando a trama de base da sociedade e o meio de inserção do indivíduo nela. Isso acrescenta dois aspectos determinantes “para a sua conceptualização e distinção, relativamente às redes secundárias: são eles o tipo de afinidades (pessoais) e o nível de estruturação da relação (colocando-as num nível informal)”.

Já as redes secundárias, ainda segundo Abreu (2003, p. 71), com base nos estudos de Guédon (1984), se estabelecem por um conjunto de pessoas reunidas por uma mesma função, num quadro,

reportando organizações e instituições, ou seja, os membros da nossa rede com os quais estabelecemos relações num contexto formal e com objectivos funcionais. As instituições sociais poderão ser percebidas como redes sociais quando tratamos a sociedade sob a forma de uma análise de rede, pois são fundadas em relações entre unidades sociais (indivíduos ou grupos). Este tipo de rede social terá como objectivo essencial a resposta a exigências de natureza funcional, isto é, o fornecimento de serviços.

Assim, para Guédon (1984 *Cit. In. Abreu 2003, 71*), as redes secundárias podem ainda ser classificadas por formais ou informais, consoante o seu nível de estruturação, objetivos a cumprir e relações estabelecidas no seu seio. As redes secundárias formais têm

âmbito estruturado e de existência oficial, destinados a cumprir funções ou a fornecer serviços. Podemos, assim, considerar aqui todas as instituições ou as relações estabelecidas no seu enquadramento. Estas relações são relativamente estáveis e estruturadas, segundo normas precisas ditadas pelo papel e função atribuída ao indivíduo, não dependendo, para tal, do indivíduo em si.

Já as redes secundárias informais,

caracterizam-se pela inexistência do carácter oficial e estruturado e pela inexistência de uma divisão rígida de papéis, embora assumam um papel essencialmente funcional com vista a responder a uma procura ou a fornecer determinados serviços. Poderemos enquadrar nesta definição as redes primárias organizadas para o cumprimento de uma necessidade específica e funcional que visam a partilha de recursos e a criação de uma rede de apoio

colectiva (temos o exemplo de uma associação de bairro destinada a reivindicar uma determinada necessidade). Outro aspecto de distinção relativamente às formais prende-se com o facto de terem uma menor durabilidade e de funcionarem com base numa clientela mais restrita, estando, por isso, talvez mais adaptadas às necessidades dos indivíduos pois têm uma maior proximidade dos mesmos (Guédon, 1984 *Cit. In.* Abreu 2003, 71).

Outra caracterização, baseada na análise das redes sociais, nesse caso quanto ao objeto de estudo, classifica as redes em dois grandes grupos: as *redes inteiras* (*whole networks*) e as *redes personalizadas* (*personal networks*)¹¹ (Marteleto, 2010; Mercklé, 2004; Raquel da Cunha Recuero, 2004; Raquel da Cunha Recuero, 2006). Importante modo de abordagem metodológica, essa classificação está de acordo com estudos como o de Degenne and Forsé (1999); Watts (2004); Wellman et al. (2003). Segundo essa classificação, o primeiro foco da análise estaria na relação estrutural da rede com o grupo social. Isto é:

de acordo com esta visão, as redes pessoais são assinaturas de identidade social - o padrão de relações entre os indivíduos está mapeando as preferências e características de alguém, o centro da rede. O segundo foco estaria no papel social de um indivíduo, que poderia ser compreendido não apenas através dos grupos (redes) aos quais ele pertence, mas, igualmente, através das posições que ele ocupa nessas redes. A diferença entre os dois focos está no *corpus* da análise escolhida pelo pesquisador: a rede inteira foca em um grupo determinado, a rede personalizada, em um indivíduo (Recuero, 2004, p. 2).

Ou seja, o foco nas redes personalizadas, caracterizariam abordagens de estudo em redes sobre cada participante, ou como um conjunto de nós definidos a partir do ponto de vista da pessoa que está no centro. Já as redes inteiras seriam estudos de um grupo a partir do próprio grupo. Assim, “a rede inteira constitui-se naquela abordagem centrada em uma rede e suas relações, enquanto a ego é centrada em um indivíduo e suas relações. A diferença está na coleta dos dados que será realizada pelo pesquisador” (Recuero, 2006, p. 43).

Além disso,

¹¹ Também chamadas *redes pessoais* (Marteleto, 2010) ou *redes ego* (Raquel da Cunha Recuero, 2004).

Para ir além dos atributos individuais e considerar as relações entre os atores sociais, a análise das redes sociais busca focar-se em novas "unidades de análise" tais como: relações (caracterizadas por conteúdo, direção e força), laços sociais (que conectam pares de atores através de uma ou mais relações), multiplexidade (quanto mais relações um laço social possui, maior a sua multiplexidade) e composição do laço social (derivada dos atributos individuais dos atores envolvidos). O estudo de redes sociais procura também levar para a sociedade os elementos principais estudados em uma rede, tais como densidade da rede, clusterização etc. (Recuero, 2004, p. 3).

Na informática, os *clusters* são grupos de nós muito conectados. Mas quando se fala em redes sociais, eles são usados para classificar grupos sociais coesos e unidos a outros grupos através de laços individuais de seus membros (Recuero, 2004).

A partir do que mostra Raquel da Cunha Recuero (2004), pode-se se notar a extensão de diferenciações analíticas. E as duas últimas fazem lembrar as diferenciações, tomadas das propostas por Mercklé (2004), com as quais iniciamos esse subcapítulo. Isto é, aqueles conceitos próprios da análise de redes sociais, anteriormente descritos. Cabe, portanto, citá-los: eles seriam a *densidade* e a *conexividade* da rede, que traduzem o nível de interação entre seus atores.

A densidade, partindo da ideia de *clusterização*, trata da proporção de elos dos nós, e permite que se observe o quão coeso e conectado aquele nó se apresenta. Já a conexividade permite observar o quanto um grafo é conexo. Esse conceito transmite a ideia do quanto é possível a passagem de um vértice a outro, por meio das ligações existentes do garfo (Santos, 2013). Isso referenciaria o que, para Borgatti, Mehra, Brass, and Labianca (2009 *Cit. In.* Santos 2013) descreve outra importante contribuição para o campo de estudo das redes sociais. Qual seja, a influência dos *laços fortes* (relações mais próximas, como as de parentescos) e *laços fracos* (pessoas conhecidas), que retomam as noções de redes primárias e secundárias.

É assim que esses e outros conceitos fundamentais para o estudo de redes, assim como a conexividade e densidade, buscam, em vez dos efeitos independentes gerados pelos atributos dos indivíduos¹², a perspectiva de que as redes permitem investigar o

¹² Ver nota acima.

comportamento social baseado em modelos de interação entre atores sociais. Os laços na rede, compõe uma efetiva conexão entre os atores que estão envolvidos nas interações, sendo resultado da sedimentação das relações estabelecidas entre agentes e podem representar também os fluxos de informações de uma rede. Usualmente os estruturalistas têm associado “nós” com indivíduos, mas eles podem igualmente representar grupos, corporações, agregados domésticos ou outras coletividades. Os laços são utilizados para representar fluxos de recursos, relações simétricas de amizade, transferências ou relações estruturais entre os nós (Wellman et al., 2003 *Cit. In.* Santos 2013).

Além das já citadas classificações, Raquel da Cunha Recuero (2006, p. 44) ainda lembra outra divisão utilizada por diversos teóricos, baseada em Wasserman and Faust (1994), distinguindo as *redes de filiação* e as *redes de atores*. Esta divisão se baseia, por sua vez, em outra: nas *redes de dois modos* (também chamadas *redes bipartidas*). Ao contrário da maioria dos estudos, onde é medido apenas um tipo de variável,

nas redes de filiação existe apenas um conjunto de atores, “mas são redes de dois modos porque é estudado um conjunto de eventos aos quais um determinado ator pertence”. As redes dois modos são assim chamadas porque são medidas duas variáveis: além dos atores-indivíduos são observados também os eventos. “Cada um desses eventos é, ainda, um elemento de conexão de um conjunto de atores. As redes de filiação seriam, assim, constituídas de dois tipos de nós: os atores e os grupos. Esses nós se relacionariam por conexões de pertencimento” (Watts, 2004 *Cit. In.* Recuero 2006, 45).

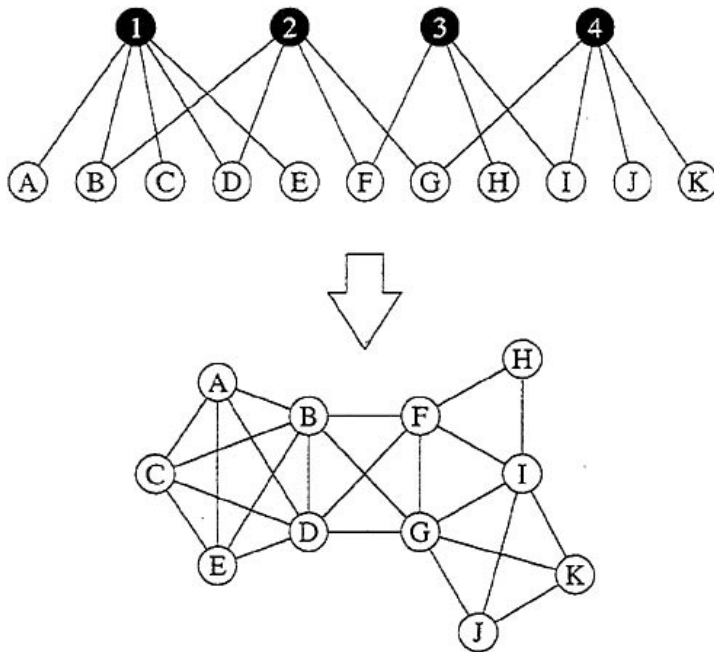


Figura 4: Rede de dois modos onde os nós pretos significam eventos e os brancos atores.

Fonte: Watts (2004 apud Recuero 2006, 45).

Para Watts (2004 *Cit. In.* Recuero 2006, 45), a rede de filiação é uma estrutura de grupo que não parte de laços sociais entre seus membros, mas que permite que as pessoas interajam e que estes laços sejam construídos.

Apesar de Watts considerar a rede de filiação como uma classe de redes sociais, para ele, essas redes surgem em relações não-sociais que podem ser socialmente interessantes. A relação que define uma rede de filiação é a relação de pertencimento, descolado de qualquer tipo de interação. Para ele, no entanto, essas redes permitiriam a inferência de laços sociais, uma vez que, quanto maior o número de contextos divididos pelos indivíduos, maior a possibilidade de que eles tenham algum tipo de relação social.

Desse modo, a rede de filiação consiste num tipo diferenciado, “uma vez que, normalmente, são estudadas redes de um modo e não de dois. Além disso, as redes de filiação constituem-se em uma forma de observar a rede e de coletar dados entre os grupos” (Watts, 2004, p. 45 *Cit. In.* Recuero 2006).

2.2. Histórico da internet e dos sites de redes sociais online: o caso do *Facebook*

É notável a quantidade de mudanças ocorridas recentemente na sociedade devido ao advento da internet e, mais recente, ao crescimento do uso de mídias sociais digitais. Mas quando se procura estabelecer um marco fundador sobre elas, percebe-se que, como para vários fatos históricos, cada tema remete a outro tema anterior, que remete a um evento que está ligado a outro evento que o antecede, numa cadeia quase interminável. Isso não é menos verdade para história da internet, nem dos sites de redes sociais que dela fazem uso.

Como instrumentos de comunicação, esses meios se ligam ao processo humano de busca do saber e do conhecer. E, enquanto tal, faz remissão a tudo o que, essencialmente, compõe o caráter humano na construção social. Se tal fato é certo, desse modo seria impossível marcamos o momento em que tal coisa começa com precisão. Ainda assim, é plausível trazer eventos e teorias pontuais que dão ênfase a evolução desses meios. É o que tentaremos traçar a seguir, sobre a internet e sobre o *Facebook*.

2.2.1. “Outros avanços” na comunicação: a Internet e a Web 2.0

No contexto da história humana, a Internet, cada vez mais, se revela como forte catalisador de mudanças na sociedade, tendo alterado drasticamente a forma como comunicamos, onde e quando comunicamos (Ferreira, 2011). E quando se fala de sua história, podemos perceber aspectos de onde advém esse impacto.

Tende-se a dar como marco inicial da internet o final dos anos 50. Nesses anos, no contexto da disputa do poder mundial com a antiga União Soviética, os EUA formaram uma instituição de investigação, designada por ARPA – Agência de Investigação de Projetos Avançados dos Estados Unidos. Ela era parte integrante do Departamento de Defesa desse país, e com objetivo de implantação de uma rede de comunicações entre os locais mais críticos do sistema de defesa Norte-Americano. A esta rede experimental foi dado o nome de ARPANET, finalmente criada na década de 1970 (Goethals, Aguiar, e Almeida, 2000).

Como se sabe hoje, a Força Armada dos Estados Unidos tinha em mente que esse projeto, segundo Turner and Muñoz (2002, p. 27 *Cit. In.* Abreu 2009, 2), pudesse “avaliar como suas linhas de comunicação poderiam ser estruturadas de forma que permanecessem intactas ou pudessem ser recuperadas em caso de um ataque nuclear”. Assim, para K. C. K. Abreu (2009), o apoio financeiro do governo norte-americano, através da pesquisa promovida pelo Departamento de Defesa dos Estados Unidos, por meio da ARPA, já em 1968, foi o impulso para a implantação do sistema de informação.

Almeida (2005) explica um pouco sobre o funcionamento dessa incipiente rede de comunicação. Como descreve a autora,

A ARPANET utilizava a rede telefónica normal através do sistema de aluguer de circuitos. Os iniciais quatro nós da rede foram ampliados para trinta em Agosto de 1972. Considera-se esta data como o marco para início da actividade da primeira comunidade virtual. Paralelamente foram construídas outras redes nos USA, em Inglaterra e, nomeadamente, em França onde no âmbito do projecto Cyclades, concebido por Louis Pouzin, foi construída a TRANSPAC – um nó desta rede foi instalado em Portugal, na cidade de Lisboa.

Goethals et al. (2000) resumem a transição entre os primeiros avanços na ARPA e a definitiva consolidação da *internet*, notando que o nome Internet só começou a ser falado em 1973. Um ano antes, tinha-se iniciado na ARPA a investigação do conceito *internetworking*, que derivaria para *internet*, uma forma de interligação de redes computacionais. Assim, alguns anos após, com os avanços em pesquisas e difusão, nos anos de 1980 e 1981 misturam-se três mundos distintos às redes de computadores: militares, cientistas e universidades.

Essa combinação surge, por sua vez, como consequência da “criação de duas redes ligadas a instituições universitárias e científicas americanas: a BitNET (Universitária) e a CSNET (científica); vindo a potenciar o aparecimento de uma rede alargada com múltiplas aplicações”. Em 1982, os protocolos usados nestas redes foram firmados num *standard* - o TCP-IP, sendo a Internet definida como o conjunto das redes que utilizavam tais protocolos, já que cada máquina nela tinha um endereço (designado como endereço IP), que a identifica, ainda hoje, univocamente na rede (Goethals et al.,

2000).

Como notam Burke and Briggs (2004, p. 301 apud Abreu 2009), no processo de funcionamento da comunicação em rede era estabelecido que “qualquer computador podia se ligar à Net de qualquer lugar, e a informação era trocada imediatamente em ‘fatias’ dentro de ‘pacotes’”. E a importância da Net, além dos espaços militares e universitários, dependia da “ampliação da consciência de suas possibilidades comerciais”.

O *CompuServe* foi o primeiro provedor de serviços comerciais on-line, e iniciou suas operações em 1979, nos Estados Unidos, tendo como sócio o Grupo *Time/Warner*. Grupos alemães e franceses perceberam o “novo negócio” e ligaram-se à *American OnLine (AOL)*, fazendo surgir o segundo provedor. Ao perceber o “ciberespaço” como uma oportunidade de novos negócios, uma nova fase se abriu quando a Net e atraiu interesses comerciais e seu uso se ampliou (Burke e Briggs, 2004).

Em 1990, o Departamento de Defesa dos USA desmantelou a ARPANET, substituída pela rede da NSF, rebatizada NSFNET, que se popularizou a denominação Internet. Mas coube a dois engenheiros do CERN – *Centre Européen pour la Recherche Nucléaire* – Robert Cailliau e Tim Berners-Lee, vislumbrar a possibilidade de integrar qualquer “computador numa rede mundial onde cada computador fosse um arquivo desta mesma rede, podendo ser acessado por qualquer computador ligado à Net”. Isto é: enquanto as empresas imaginavam lucro, eles imaginam um meio livre, para uso universal (K. C. K. Abreu, 2009; Almeida, 2005).

O projeto por trás dessa rede livre propiciaria a expansão da utilização da Internet de forma decisiva, sendo chamada WWW, ou *World Wide Web*. Subsequentemente, vieram a criação da linguagem HTML – *HyperText Markup Language* - e a criação dos *Browsers*, ou navegadores¹³, impulsionando a rede ainda mais.

¹³ *Browsers* são programas específicos, com interface amigável, para termos modos de acesso as informações na internet, isto é, “navegar” nela.

O primeiro *browser* utilizado foi o LYNX que apenas permitia a transferência de textos. O MOSAIC, concebido na Universidade de Illinois – USA - já permitia a transferência de textos e imagens. Do MOSAIC derivaram os populares *Nescape* e Internet Explorer. A Internet transforma-se num sistema mundial público, de redes de computadores - numa rede de redes -, ao qual qualquer pessoa ou computador, previamente autorizado, pode conectar-se (Almeida, 2005).

Como nota, Goethals et al. (2000),

a proposta cuja resposta foi o nascimento da WWW era muito importante pois envolvia a criação de um interface de utilizador capaz de ser consistente independentemente da plataforma onde viesse a ser corrido (Windows, UNIX, Macintosh, etc), permitindo o acesso á informação através de qualquer das plataformas. Envolvia igualmente uma interface que possibilitava o acesso a uma variedade diferente de tipos de documentos e protocolos de informação.

Resta observar, entretanto, que a WWW, ou simplesmente Web, não é uma rede por si só, como a Internet, mas uma série de programas de *software*. Estes programas podem ser usados em diferentes redes de computadores, ou usados em computadores que não façam parte de uma rede (Goethals et al., 2000).

Dito de forma simplificada, na internet as comunicações de dados operam sob o modelo Cliente-Servidor. Um servidor WWW é como um computador que responde a pedidos de informação, usando para comunicação linguagens como o HTTP. O Servidor responde enviando informação, por HTTP, num formato predefinido – como o HTML. Isto é, nesse exemplo, a Web se mostra uma rede virtual, dentro da internet, constituída pelos servidores de documentos HTML, e pelos computadores clientes que acedem aos servidores, usando o protocolo HTTP (Goethals et al., 2000).

Explicamos isso para exemplificar que, dado o modelo de funcionamento inicial, na primeira geração da Web, e mesmo em seu desenvolvimento posterior, os sítios de informação acessado por meio dos browsers eram, de maneira geral, trabalhados como unidades isoladas. E o passo seguinte na expansão e evolução da internet se daria com uma nova abordagem da Web, com o que hoje é chamado de Web 2.0, que passou a adotar uma estrutura integrada de funcionalidades e conteúdo. Assim,

a Web 2.0 é a segunda geração de serviços online e caracteriza-se por potencializar as formas de publicação, compartilhamento e organização de informações, além de ampliar os espaços para a interação entre os participantes do processo. A Web 2.0 refere-se não apenas a uma combinação de técnicas informáticas (serviços Web, linguagem Ajax, Web syndication, etc.), mas também a um determinado período tecnológico, a um conjunto de novas estratégias mercadológicas e a processos de comunicação mediados pelo computador (Primo, 2007).

Mas, segundo O'Reilly (2007 *Cit. In* Primo 2007),

não há como demarcar precisamente as fronteiras da Web 2.0. Trata-se de um núcleo ao redor do qual gravitam princípios e práticas que aproximam diversos sites que os seguem. Um desses princípios fundamentais é trabalhar a Web como uma plataforma, isto é, viabilizando funções online que antes só poderiam ser conduzidas por programas instalados em um computador. Porém, mais do que o aperfeiçoamento da “usabilidade”.

Primo (2007) ainda enfatiza o desenvolvimento do que chama de “arquitetura de participação”, espécie de sistema informático que incorporou recursos de interconexão e compartilhamento. Dessa forma, a Web 2.0 teve repercussões sociais importantes, potencializando processos de trabalho coletivo, de troca afetiva, de produção e circulação de informações, de construção social de conhecimento apoiada pela informática. Como visto, se entrecruza com questões das Novas tecnologias da informação e com a noção de interatividade, ressaltadas anteriormente.

Isotani, Mizoguchi, Bittencourt, and Costa (2009) constataam esse advento como a “nova” forma de utilizar a Web, já que a informação contida na Web 2.0 é utilizada e avaliada por outras pessoas que interagem com o conteúdo e seus criadores. Primo (2007), novamente retomando O'Reilly, nota a ênfase que o autor dava a publicação (ou emissão, conforme o limitado modelo transmissionista) para a participação que a Web 2.0 proporciona. Isso se vê confirmado, já que cada vez mais se prefere blogs com comentários e sistema de assinaturas, em vez de sítios estáticos e atomizados;

em vez de álbuns virtuais, prefere-se o Flickr, onde os internautas além de publicar suas imagens e organizá-las através de associações livres, podem buscar fotos em todo o sistema; como alternativas aos diretórios, enciclopédias online e jornais online, surgem sistemas de organização de informações (del.icio.us e Technorati, por exemplo), enciclopédias escritas

colaborativamente (como a Wikipédia) e sites de webjornalismo participativo (como Ohmy News, Wikinews e Slashdot).

E na onda dos modismos e mudanças, muitos desses sistemas desaparecem, e novos outros surgem, mas todos com essa lógica colaborativa.

De forma exemplar, S. J. B. Ferreira (2014), citando os trabalhos de Constantinides and Fountain (2008), sintetiza o que veio a ser a Web 2.0. Para ele, ela pode ser considerada, em geral, como “uma coleção de aplicações online de fonte aberta e interativa, controlada pelo utilizador, que permite a expansão do conhecimento e da experiência do utilizador, enquanto participante ativo na construção de conteúdo”. Desse modo, o “aspecto social” da Web 2.0, entendido como propiciadora de relação virtual entre as pessoas, é a sua principal inovação, pois, ao contrário do que acontecia na Web 1.0, as aplicações da Web 2.0 permitem a participação em termos de criação e edição de conteúdo.

Outra das consequências mais significativa da Web 2.0, como destaca Primo (2007), se dá pela lógica da descentralização do fluxo de informação, segundo o que ele chama de “capilarização” da rede mundial. E essa capilarização se dá já que, para ele, há algum tempo a Web foi além da importância dos grandes portais de informação. Hoje, “o modelo informacional de um grande centro distribuidor de mensagens passa a competir com a lógica sistêmica da conexão de microrredes. Em outras palavras, enquanto modelo massivo foca-se no centro, a Web 2.0 fortalece as bordas da rede”. São essas bordas os capilares.

2.2.2. Os sites de redes sociais: pontos de vista conceituais e raízes históricas

Como se pode depreender do que foi exposto, existe uma estreita relação entre os sites de redes sociais na internet e o advento da Web 2.0. Pesquisas sugerem esse elo de evolução, resultante da melhoria comunicacional daí trazida, sendo a nova Web um modelo oportuno para que isso ocorresse. Essas pesquisas mostram também que as ferramentas dessas melhorias aparecem como elementos determinantes, propiciando

usuários ativos que proporcionaram os avanços das “redes sociais online” (Gold et al., 2011; Kim et al., 2013).

Além disso, O'Reilly (2007 *Cit. In.* Kim et al. 2013) mostrou essa evolução pontuando a forma como os usuários se relacionam entre si desde o surgimento da Web 2.0. Essa última tornou possíveis interações dinâmicas entre eles, de forma diferenciada, ascendendo assim, de simples troca de informações para algo mais complexo, revolucionando as relações fragmentadas da antiga Web.

Segundo Rocha and Alves (2010, pp. 223-224), confirmando tais apontamentos, as redes sociais de fato se beneficiam dessas novas formas interacionais digitais. Além disso, esses modos de associação conquistaram, ao longo dos últimos anos, um espaço fiel na vida das pessoas, atendendo aos mais diferenciados assuntos e gostos. Isto é, “na área de plataforma digital de compartilhamento de conteúdos, entram em jogo as chamadas mídias sociais”. Rocha and Alves (2010) tem em vista, nessa assertiva, diferenciar as definições de redes sociais – que foram expostas no presente capítulo, mais acima – das ferramentas virtuais e sites de interação social, ou como os autores chamam: as “mídias sociais”.

Torres (2009, p. 113 *Cit. In.* Rocha e Alves 2010, 223-224) define as mídias sociais como o conjunto de todos os tipos e formas de mídias colaborativas. Desse modo, pode-se dizer que as redes sociais na internet

estão inseridas dentro desse formato, enquanto que as mídias sociais são mais amplas, constituindo em um universo de sites e ferramentas que disponibilizam e compartilham conteúdos, abrindo espaço para a integração de seus usuários, formando redes sociais ou não.

Kim et al. (2013), usa a expressão Redes Sociais Online (no inglês, *Online Social Networks*) para definir um site ou uma comunidade online que conecta as pessoas no compartilhamento de informações úteis, conteúdo multimídia, dentre outros, com amigos ou outros usuários. E nesse sentido, diferencia-se, parcialmente, de uma ferramenta, ainda que integre as funcionalidades dela.

Segundo Raquel da Cunha Recuero (2006), ao se compreender as relações entre os indivíduos como provenientes de processos de comunicação, torna-se fundamental estudar como tais trocas proporcionam o surgimento de grupos sociais. Mais do que isso, torna-se essencial compreender como a comunicação mediada por computador modifica a sociabilidade, influenciando a formação destas redes sociais. Mas ao propor tal iniciativa, Recuero esclarece que as redes sociais, nesse caso, referem-se a sua aceção conceitual baseada nas ciências sociais, em parte distinguindo-a das mídias sociais. Entretanto, a participação das mídias sociais no âmbito das redes sociais é patente.

Já autores como Garton, Haythornthwaite, and Wellman (1997), com foco na Análise de redes sociais, propõe um sentido mais amplo para redes sociais. Para eles, quando uma rede de computadores conecta uma rede de pessoas e organizações, isso é uma rede social. Além disso, buscando similitudes entre os conceitos, esses autores mostram que, como uma rede de computadores é um conjunto de máquinas conectadas por um conjunto de cabos, uma rede social é um conjunto de pessoas (ou organizações ou outras entidades sociais) ligado por um conjunto de relações sociais, tais como amizade, cooparcerias de trabalho ou para troca de informações. Mas esses autores não abordam, e isso tem importância, o tipo de laço estabelecido entre os membros da rede. Entretanto, lembram que, além de sua definição, existe

o problema de como essas estruturas sociais surgem, de que tipo são, como são compostas através da comunicação mediada pelo computador e como essas interações mediadas são capazes de gerar fluxos de informações e trocas sociais que impactam essas estruturas.

Já G. C. Ferreira (2011, p. 214) busca fazer essa diferenciação e estabelece um conceito mais preciso para redes sociais na internet, diferenciação e conceito sob os quais se apoia a presente tese. Para ela,

nos primeiros anos deste século, a expressão redes sociais foi associada, quase que exclusivamente, a tecnologias da informação. Por isso, é importante distinguir e não confundir rede social [...] com os aplicativos de relacionamento (networking social) disponíveis na Internet, tais como *Facebook* ou *MySpace*, entre outros. Esses aplicativos digitais podem ser entendidos como manifestações especiais e particulares de algumas redes

sociais ou como ferramentas que permitem a explicitação digital de redes tácitas e o estímulo e desenvolvimento de novas redes com características particulares. Na atualidade, a grande maioria das redes sociais existe independentemente da tecnologia. A tecnologia evidencia e as potencializa, sobretudo nos casos em que o fator espacial impede um contato e uma relação mais próxima.

Como vimos, a ideia de rede social é anterior ao advento da internet e, como tal, é uma estrutura social onde pessoas ou organizações estão conectadas por um ou vários tipos de relações que podem ser de diferentes tipos, e onde atores sociais desencadeiam os movimentos e fluxos sociais de partilha de informação, poder, conhecimento, entre outros. E isso evidencia, segundo Tomaél et al. (2005), as redes como ponto de convergência da informação e do conhecimento.

Segundo Ferreira (2011, p. 215), alguns modos de funcionamento dos aplicativos de relacionamento podem se configurar, tais como uma “rede social de informação”. E daí há uma aproximação de funcionamento e de definição. Ou seja, como “um conjunto de pessoas, com algum padrão de contatos ou interações, entre as quais se estabelecem diversos tipos de relações e, por meio delas, circulam diversos fluxos de informação”. Isso é apoiado por outros pesquisadores, que ainda sim tentam guardar diferenciações – que existem.

R. Recuero (2012, p. 598) entende que tais sites têm características específicas, mas somente mediará a “transcrição” dos grupos sociais. Como para Ferreira, segundo Recuero, esses locais não são em si redes, mas estas são reconstruídas neles e alteradas pela mediação, e os denomina “Sites de rede social”. Desse modo, para Boyd and Ellison (2007), o que os caracterizariam é que eles permitem

- (1) a construção de um perfil público ou semi-público em uma determinada ferramenta;
- (2) a articulação de uma lista de conexões (também pública ou semi pública);
- (3) a possibilidade de ver e navegar nessas conexões disponibilizadas na mesma ferramenta.

O elo com as redes sociais, enquanto entidades sociológicas, tem relação com esses elementos, enquanto tais sites permitam

a publicação das redes sociais e a sua visualização por parte de outros atores. E é justamente porque passam a mediar as conexões, que os sites de rede social geram novas apropriações pelos atores. As redes sociais passaram, assim, a não ser apenas “representadas”, mas, igualmente, mantidas e geradas pela e na ferramenta através de práticas de adição de atores e nas apropriações construídas (Recuero, 2012, p. 598).

Segundo Kim et al. (2013), o que se nota nesse emaranhado conceitual é que o significado de sites de redes sociais vem sendo definida segundo uma variedade de pontos de vista. Mas indiferente à sua definição conceitual, o que se vê de fato é que essas Mídias Sociais (Raquel da Cunha Recuero, 2006), ou Aplicativos de Relacionamento (Ferreira, 2011), ou Sites de Redes Sociais (Gold et al., 2011; Gold et al., 2012), que é adotado no presente trabalho, ou ainda Redes Sociais Online (Kim et al., 2013) e de Sites de Relacionamento (Pinheiro, 2009; Soares, 2010)¹⁴, vem ganhando milhões de usuários.

Para Kim et al. (2013), em particular o *Facebook*, vem crescendo cada vez mais e já se tornou o mais popular entre os usuários de todo o mundo desde sua fundação em 2004. Mas outras mídias, como o *YouTube*, *Flickr* e *LinkedIn*, vem também tendo cada vez mais espaço, muitas com funcionalidades parecidas às do *Facebook* e, como ele, facilitando a interação de indivíduos e comunidades que compartilham interesses e atividades comuns.

Estudos tem, por isso, reforçado a importância social e econômica dessas mídias. Outros estudos acrescentam que sites de redes sociais e blogs são cruciais para a atividade online. Mais de dois terços da população global online deles visitam ou participam (Pallis, Zeinalipour-Yazti, Dikaiakos, 2011), e isso significa supor que essas mídias são uma parte crítica de interação on-line pessoal e comercial, fazendo supor também a necessidade de novos estudos sobre esses pontos de expressão e contato social pela internet (Kim et al., 2013).

De forma geral eles se caracterizam por serem hipermídias concebidas como sistema de

¹⁴ É possível notar aí diferentes termos para designar a mesma ferramenta online. Na presente tese usaremos, preferencialmente, o termo Sites de redes sociais. Por vezes, poderemos usar Redes sociais online. Ambos significam sítios como o *Facebook*. Retomaremos, na metodologia, essa diferenciação.

compartilhamento de fotos e materiais, comerciais ou não. Elas são identificadas em alguns artigos também como "comunidade virtual", partindo do pressuposto que seu conteúdo é aberto para usuários atuante, que a partir dessa interação podem adquirir e trocar informação e comunicação com outros usuários por meio informacional, mas como em comunidade (Jahnke, 2010 *Cit. In* Kim et al. 2013).

2.2.3. Os sites de redes sociais e suas raízes históricas

Existem referências aos sites de redes sociais muitos antes do surgimento do que é considerado o primeiro deles, a SixDegrees.com, na “era das redes sociais modernas” – como assim designou Kirkpatrick (2011). Por exemplo, a Usenet, criada em 1979 e que existe até hoje, sempre permitiu que as pessoas enviassem mensagens a grupos dedicados a temas específicos (Kirkpatrick, 2011).

Além disso, algumas pesquisas têm identificado como o arquétipo original dos sites de redes sociais online a criação da Classmates.com ou antigo ICQ, que exibiam um modelo de comunicação interativa. Alguns sugerem até que foi com a Peace / EcoNet, fundada em 1987, o modelo original dessas redes (Cachia, Compañó, & Da Costa, 2007). No entanto, alguns estudiosos têm proposto que a componente central para definir uma rede social online deve estar na confluência entre a relação interativa e a convergência entre os padrões formais e informais de relacionamento. E, deste modo, seria mesmo a SixDegrees.com o ponto inicial nessa história (Ellison, 2007 *Cit. In* Kim et al. 2013).

Ainda assim, desde o advento da *World Wide Web*, passando pela criação da SixDegrees, a ideia de uma comunidade online existia, avançando com experiências pontuais marcantes, que definiram o futuro das mídias sociais de hoje. Nesse esteio,

surgiram serviços como TheGlobe.com, Geocities e Tripod, que permitiam aos usuários configurar uma página pessoal e, em alguns casos, ligá-la a páginas criadas por outros membros. [...] O site de relacionamento Match.com, lançado em 1994 (pelo qual se pagava uma taxa de uso), estava repleto de informações pessoais, mas com um propósito muito específico. O Classmates.com estreou em 1995 como uma forma de ajudar as pessoas,

identificadas por seus nomes reais, a encontrar antigos colegas de escola e comunicar-se com eles (Kirkpatrick, 2011).

De todo modo, parece ser consenso, entre a maioria dos pesquisadores, de que é com o surgimento da *SixDegrees.com* que a era das redes sociais¹⁵ modernas finalmente começou, no início do ano de 1997. Essa organização começou com uma *start-up*¹⁶ nova-iorquina que, inaugurando um serviço inovador com o uso de nomes reais, tentou identificar e mapear um conjunto de relações reais entre pessoas que usavam seus nomes reais – algo que foi considerado visionário para sua época. Até então, a maioria das relações virtuais se pautavam em contatos intermediados por codinomes, como os que ocorriam em chats de namoro (Kirkpatrick, 2011).

Embora sites como o *SixDegrees.com* tivessem rompido as fronteiras, “passaram-se anos até que outros se aventurassem naquelas terras e construíssem o que poderia ser considerado uma verdadeira rede social” (Kirkpatrick, 2011). Antes disso, como observou Kirkpatrick (2011), em 1999, foram lançados dois sites com enfoque étnico, o *BlackPlanet* e o *Asian Avenue*, com funções limitadas no tocante a interação e uso amplo de mídias. Além disso, “uma rede social sueca para adolescentes chamada *LunarStorm* entrou no ar no dia 1º de janeiro de 2000. O *Cy world*, um serviço imensamente popular na Coreia, adicionou recursos de redes sociais em 2001”.

E foi nesse ano de 2001 e no ano subsequente, 2002, “que o vírus das redes sociais online atingiu o Vale do Silício e São Francisco”. Muitas delas foram então criadas tendo como expoente dessa onda, a *Ryze* e a *Friendster*, as que mais tiveram êxito na época, sendo que esse último chegou a ser propagado como o “novo Google” (Kirkpatrick, 2011). Na mesma trilha do *Friendster*, uma multidão de sites de redes sociais floresceu em São Francisco,

¹⁵ Aqui e em outras partes desse subcapítulo, usa-se indistintamente o termo “redes sociais” e “sites de redes sociais”. Isso se deve ao fato de respeitarmos a forma original dos livros ou artigos que foram utilizados para compor as referências bibliográficas dessa parte, sobretudo nas citações diretas. Como se verá, os autores os utilizam assim, sem se preocuparem com a diferenciação sociológica do termo.

¹⁶ Esse termo define um grupo de pessoas trabalhando com uma ideia diferente que, aparentemente, pode gerar dinheiro.

tentando reproduzir o fascínio exercido por ele. Cada um abordava a ideia de conectar pessoas de forma ligeiramente diferente. Um deles foi Tickle, que, observando a ampla base de apelo do Friendster, alterou seu próprio serviço, que até então se baseava em questionários e testes autoadministrados. Dois dos outros novos sites sociais, o LinkedIn e o Tribe.net, foram fundados [...] (Kirkpatrick, 2011).

Pouco depois, surgem *MySpace* e *Orkut*, este último tendo muita relevância para usuários de língua portuguesa, sobretudo no Brasil, onde mais prosperou, e lançado em janeiro de 2004, apenas duas semanas antes do Thefacebook.com (Kirkpatrick, 2011).

De lá para cá, especialmente a partir do início do novo milênio, os usuários online desses serviços vêm aumentando drasticamente. De olho no filão comercial, os investimentos nessas empresas cresceram e o acesso facilitado à Internet veio a tornar o comércio eletrônico mais ativo, paralelo ao aumento de sites, inicialmente relacionados ao namoro online. O advento da Web 2.0, em meados de 2000, representam, como notado acima, outro grande impulso nesse avanço. Já com a popularização dos *smartphones*, esse conjunto de eventos tem contribuído com o aumento “explosivo”, mundialmente, das mídias sociais, como bem observaram Kim et al. (2013).

Kim et al. (2013) ainda lembram a ligação desses elos associativos com o surgimento de mídias sociais, tendo nisso três pontos de inflexão ao longo desse período de transição, isto é, entre aos anos 1990 e 2010. Para tanto, apresentam o gráfico abaixo, comprovando a relação, em que cada ponto de inflexão é explicado por uma mudança ou aparecimento de uma tecnologia-chave, tais como a tecnologia da Web, de um dispositivo móvel ou infraestrutura de rede de computação.

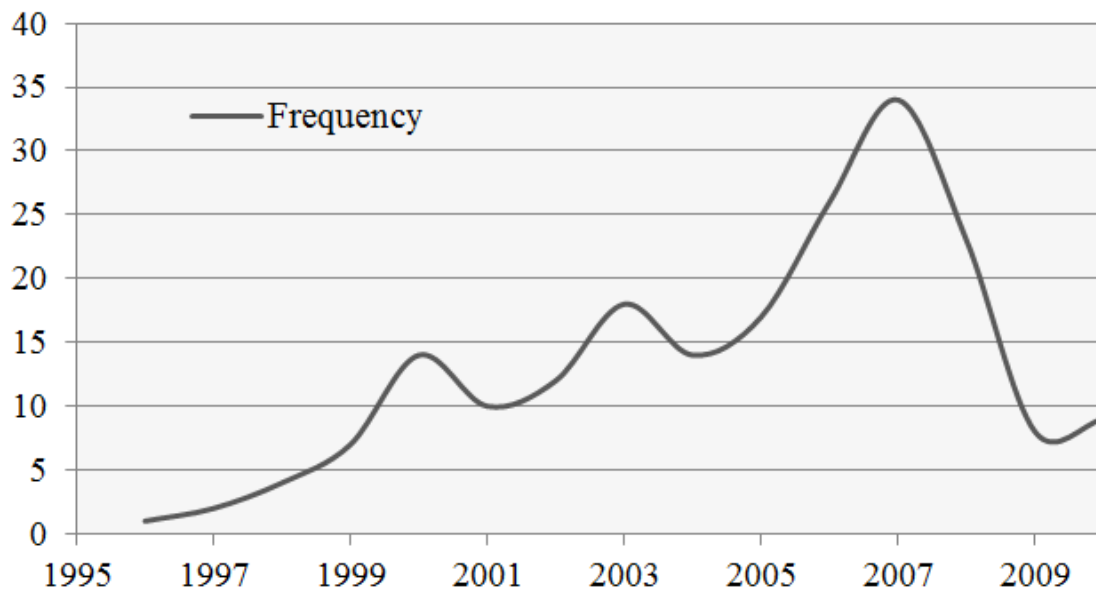


Gráfico 3: Taxa de surgimento de sites de redes sociais e as relações com o desenvolvimento tecnológico. **Fonte: Kim et al., 2013.**

De forma ampla, esses dados vêm reforçar o aspecto relacional entre as novas mídias de informação e a expansão tecnológica. Paralelo a isso, ocorreu também um aumento nos números de cadastro e acessos aos sites de relacionamento, redimensionando nossa ideia sobre contatos sociais. Muitas pesquisas tendem a potencializar essas perspectivas, dando a elas dimensões ainda maiores (Gold et al., 2011; Gold et al., 2012; Kim et al., 2013). Esse redimensionamento faz lembrar que esse fenômeno deve ser observado sob diferentes perspectivas, das quais se possam criar mais benefícios às pessoas, como no caso da promoção de saúde. E, para tanto, o *Facebook*, a maior dessas mídias, tende a representar um divisor de águas.

2.2.4. O fenômeno *Facebook*

As origens do *Facebook* hoje são bastante conhecidas, propagadas pela internet e livros. Além disso, refletindo sua importância e apelo midiático, teve sua história contada por Hollywood, no filme intitulado “A rede social”. Como descreveu C. A. Teixeira (2012), o nome *Facebook* tem origem no

apelido do livro artesanalmente preparado que passava de mão em mão entre os calouros das universidades americanas e que servia para que eles

começassem a conhecer seus colegas na instituição — um maço de páginas encadernadas de forma mais ou menos tosca, contendo fotos de estudantes e algumas informações sobre cada um.

Esse marco da internet, o *Facebook*, nasceu das mãos de estudantes de computação da universidade de Harvard: Mark Zuckerberg, Eduardo Saverin, Dustin Moskovitz e Chris Hughes, a partir da ideia do livro de fotos.

Com o nome original de *Facemash*, seu software foi escrito por Zuckerberg, então no segundo ano dos estudos. O objetivo inicial do programa era classificar quem era quente ou não, no sentido de ser sexualmente atraente. O programa apresentava duas fotos lado a lado na tela e permitia aos usuários decidir qual das duas pessoas era a mais quente (Teixeira, 2012).

Constata-se, também, que a criação do *Facebook* se confunde com as de outras mídias sociais. Era uma tentativa, desses estudantes de Harvard, sobre um modo de colocar em prática ideias inovadoras, de um lado, e por outro de usarem outras ideias que estavam correntes sobre criação de um espaço de interatividade na internet. Mas, como mostra a história, parte da “originalidade” do *Facebook* foi “tomar emprestadas” essas ideias, principalmente do *Course Match* e do *Facemash* (o protótipo inicial), bem como do site *Friendster*, dando-lhes contornos próprios.

Como se viu, o *Friendster* foi o mais exitoso site de rede social anterior ao *Facebook*.

Era uma rede social que convidava as pessoas a criar um “perfil” de si mesmas, com dados sobre passatempos, gostos musicais e outras informações pessoais. Nesses serviços, as pessoas relacionavam seus próprios perfis aos dos amigos, identificando assim sua própria “rede social”. O *Friendster*, como a maioria das redes de relacionamento até então, destinava-se basicamente a facilitar o contato entre pessoas que queriam namorar (Kirkpatrick, 2011).

Diferenciando-se dos demais, o que pode indicar os potenciais iniciais que o diferenciaram e fizeram seu sucesso, “desde o início, quando começou a se popularizar nos alojamentos de estudantes, o *Facebook* tem uma aparência simples, limpa e organizada”. Além disso, foi originalmente concebido, segundo Kirkpatrick (2011), para construir melhores caminhos por meio das quais pessoas que já se conhecem no

mundo real possam partilhar coisas, o que o faz ter potente poder emocional. “É um novo tipo de ferramenta de comunicação baseada em relações reais entre os indivíduos e proporciona fundamentalmente novos tipos de interação. Isso pode levar ao prazer ou ao sofrimento, mas, sem dúvida, afeta o teor da vida dos usuários”. Outro fator marcante é que o *Facebook* abriu-se, desde cedo, como uma plataforma para outros aplicativos. E continua:

vários outros fatores diferenciam o Facebook de qualquer outro negócio de internet que o precedeu. Primeiro, ele se baseia na verdadeira identidade, tanto em princípio como na prática. Hoje continua sendo tão importante ser o seu verdadeiro eu no Facebook quanto o era quando o site foi lançado em Harvard, em fevereiro de 2004. Anonimato, identidades falsas, pseudônimos e manobras de todo tipo sempre foram rotina na internet – alguém aí já usou um pseudônimo no AOL? Tudo isso, porém, quase não tem função no Facebook. Se você inventar uma personalidade ou exagerar na maneira como se apresenta, obterá poucos benefícios. A menos que interaja com os outros se apresentando como você mesmo, seus amigos não vão reconhecê-lo ou não vão querer acrescentá-lo como amigo. Uma maneira fundamental de outras pessoas no Facebook saberem que você é quem diz ser é examinando sua lista de amigos. Esses amigos de fato validam sua identidade. E para iniciar esse processo de validação circular, você precisa usar seu nome real (Kirkpatrick, 2011).

E o que se vê, de fevereiro de 2004, quando o site foi posto no ar, até hoje, é que os números e a influência do Facebook no mundo só fez crescer. Trata-se de um fenômeno que tem sido cada vez mais estudado, e que vem produzindo efeitos e diferentes cenários da realidade social. Além disso, como observou Kirkpatrick (2011) de forma bastante otimista, existe um “Efeito Facebook”: forma como ele nomeia a influência do site, a forma de comunicação fundamentalmente nova e o modo de deflagrar “consequências” no mundo real. Para ele, tal efeito tende a ser visto na força social do site, e

pode ser igualmente poderoso para comerciantes que o usam como ferramenta, desde que descubram como invocá-lo [...]. Da mesma forma, o Efeito Facebook tem implicações potencialmente profundas para a mídia. No Facebook, todos podem ser editores, criadores de conteúdo, produtores e distribuidores. Os clássicos papéis da velha mídia estão sendo desempenhados por todos. O Efeito Facebook pode criar uma repentina convergência de interesses em torno de uma notícia, uma música ou um vídeo do YouTube.

E esse otimismo tem parâmetro em dados reais no que tem representado o *Facebook*. Números recentes, publicados no início do ano de 2016, mostram que o *Facebook* obteve, em 2015, resultados melhores do que o previsto pelos seus administradores, “com um forte crescimento dos lucros, graças especialmente à publicidade móvel e a um aumento significativo dos usuários”. Segundo esses resultados, os lucros do quarto trimestre de 2015 cresceram mais do que o dobro, chegando a US\$ 1,6 bilhão, o que significa 25% no ano todo (Presse, 2016).

O *Facebook* fechou 2015 com 1,59 bilhão de usuários, dos quais cerca de 65% acessam a rede social todos os dias. Já as ações do gigante da internet subiam 7% nas negociações eletrônicas após o fechamento em *Wall Street*. Cada vez mais a maior rede social da internet parece ter aprendido a monetizar melhor sua gigantesca audiência, o que se reflete em sua média de renda de US\$ 3,73 por usuário no quarto trimestre. No total, o volume de negócios aumentou 44% e chegou a US\$ 17,9 bilhões no ano completo. No quarto trimestre, o aumento foi de 57%, com US\$ 5,6 bilhões. Em particular, o *Facebook* parece ter feito fortuna ao monetizar os recursos provenientes da publicidade móvel, que representa mais de 80% de seus ganhos (Presse, 2016).

Esses números também a reafirmam como a maior rede social online do planeta. Mostram ainda que, dos usuários espalhados pelo mundo, 99 milhões são brasileiros. Isto é, oito entre cada dez brasileiros estão no *Facebook*. Além disso,

Diariamente são 1,04 bilhão de pessoas conectadas à rede, sendo que, destas, 934 milhões realizam essa conexão também via *mobile* (através de celulares ou *tablets*) – das quais 823 milhões estão no *Facebook* exclusivamente no *mobile*. No Brasil, são 89 milhões de usuários móveis ativos mensais no *Facebook* – quase 90% (Presse, 2016).

Parte do atrativo do *Facebook*, que o propicia tantos usuários para dar-lhe números tão expressivos, é que a página da comunidade permite-os interagir e compartilhar conteúdos digitais de diversas maneiras, incluindo o envio de mensagens, fazer postagens de fotos e compartilhar comentários sobre os produtos em sites de terceiros (Ramanadhan, Mendez, Rao, & Viswanath, 2013). Além disso, a plataforma é organizada em torno de um painel onde são exibidos, publicamente, novos conteúdos

(mensagens, mídias ou *links*) que podem ser adicionados pelo proprietário (ou moderador) e por outros usuários do *Facebook*. Qualquer forma de interação, o “curtir” (os famosos *likes*), ou postar conteúdo, pode ser visto no *newsfeed* do usuário, que sintetiza as ações e interações na plataforma. O conteúdo postado pode também ser compartilhado, automaticamente, com pessoas dentro de sua rede, dependendo do nível da interação que foi especificada entre você e outro usuário (Syred, Naidoo, Woodhall, Baraitser, 2014).

Ainda que os objetivos do presente trabalho se direcionem essencialmente na análise das postagens das operadoras de saúde no *Facebook*, cabe ressaltar a importância que o *Instagram* e o *WhatsApp* vêm tendo nos últimos anos, quando observadas as potencialidades de interação entre as pessoas nessas ferramentas. Ambas foram compradas pelo *Facebook* e vem tendo expressivos resultados. O *WhatsApp*, aplicativo de conversas em texto e áudio adquirido em 2014, por exemplo, teve aproximadamente 900 milhões de pessoas por mês utilizando seus recursos em 2015. O *Instagram* adquirido pelo *Facebook* em setembro de 2012, é acessado mensalmente por 400 milhões de pessoas em todo o mundo com mais de 80 milhões de fotos compartilhadas diariamente no seu serviço (Demartini, 2015).

Trabalhos têm demonstrado que o relacionamento de uma organização com os clientes é influenciado pelo nível de interatividade ou nível de comunicação e contato nos espaços da organização nos sites de redes sociais. Mostram também que uma organização que inclui a mídia social como parte de sua estratégia de comunicação tem o potencial de aumentar o nível de diálogo e comunicação com seus clientes, o que tende a produzir dividendos, como nas propagandas espontâneas em que clientes falam uns com os outros, e feedbacks dos clientes. Isso traria, para a organização, importantes resultados organizacionais fundamentais para alcançar seus objetivos (Thackeray, Neiger, Burton, Thackeray, 2013).

Já quando se pensa na promoção da saúde, os sites de redes sociais têm o potencial de proporcionar uma comunicação ativa e diferencial entre duas ou mais pessoas, o que tende a fugir do aspecto puramente funcional da comunicação, dando mais força a

promoção¹⁷. Um estudo, conduzido por Lovejoy and Saxton (2012) procurou identificar as principais implicações de uma mídia social para uso na comunicação organizacional, identificando três: o compartilhamento de informações, a construção de comunidades e de ação. As organizações utilizavam a mídia social para compartilhar informações institucionais, tais como fatos e atividades. Os “posts” e “curtidas” foram o alicerce para a construção da comunidade ou rede entre os usuários, através de diálogo e interatividade. Finalmente, a função ação foi indicada por mensagens que solicitaram aos usuários que fizessem algo pela organização.

Frente a esse contexto, os sites de redes sociais, em especial o *Facebook*, podem representar enormes oportunidades para as operadoras de saúde engajadas com a promoção da saúde. Para tanto, é necessário que estejam atentas à necessidade de adoção de um modelo comunicacional mais efetivo, e que seja sinérgico à interatividade latente nas mídias sociais. O próximo subcapítulo buscará discutir um pouco mais as potencialidade e limitações do uso comunicacional dos sites de redes sociais online, assim como para a promoção da saúde.

2.3. Potencialidades e limitações dos sites de redes sociais

Como ressaltou Rocha and Alves (2010, p. 221), “as tecnologias digitais e de comunicação estão habituando-nos a transitar entre tendências, teorias, modos de expressão e de produção e tudo mais que os múltiplos suportes de mídia atualmente nos oferecem”. Assim, estudos como os de Azevedo and Silva (2010) e J. Carvalho (2011) vêm notando a clara mudança no perfil comunicacional das empresas como o advento da Web 2.0 e das novas mídias de comunicação. Já há algum tempo, as corporações perceberam o potencial dessas mídias, e teorias vem sendo propostas para explicar e, mais ainda, se valerem delas para criar possibilidades e vantagens mercadológicas.

Ou seja, as novas mídias levam as organizações a

¹⁷ Isso será retomado e melhor trabalhado no próximo subcapítulo e no Capítulo 4.

novas formas de pensar sua atuação mercadológica, uma vez que a comunicação bem como a visibilidade empresarial obtém novos contornos midiáticos, à medida que pessoas e grupos de pessoas ganham autonomia para exprimirem suas opiniões, sentimentos, crenças, impressões acerca de tudo aquilo que provém das empresas (Azevedo e Silva, 2010, p. 2).

A força dessas “comunidades virtuais” (Azevedo e Silva, 2010) no processo comunicacional, e, por extensão, na forma de produção da comunicação organizacional que deem conta do fenômeno, reforçam a necessidade de estudos apontando novas formas para uma boa comunicação mercadológica através dos sites de redes sociais. Isto é, estudos que pautem nas características que prescindem a esta “boa comunicação” empresarial, aproveitando as potencialidades nesses sítios de informação. É o que pretendemos apresentar, brevemente, a seguir, trazendo também rapidamente apontamentos sobre esses benefícios também para a promoção da saúde.

2.3.1. Os sites de redes sociais e o processo de comunicação empresarial em rede

Ao discutir a comunicação empresarial nos dias de hoje, J. Carvalho (2011) ressalta que um dos grandes desafios dela é adequar-se à nova realidade digital. Para ele, a comunicação publicitária voltada para uma audiência passiva, chamada de mídia de massa, cedeu espaço para uma “lógica das redes” em que o consumidor assume o comando, escolhe quando, onde e como acessar a informação. Com isso, passou-se do marketing “push”, centrado na transmissão de mensagens e na interrupção, para o marketing “pull”, de acesso, centrado no consumidor.

Ainda para ele, a antiga comunicação de massa perdeu espaço para uma forma de comunicação diferenciada, baseada principalmente em mídias digitais,

e nela observa-se a participação interativa como a característica mais marcante do novo consumidor, conectado em rede, com acesso quase ilimitado à informação e elevado poder de decisão. Por isso, é preciso pensar a emergência de novas formas de produção de comunicação publicitária no mundo das redes sociais virtuais que ofereça condições de diálogo entre os centros produtores de publicidade e os atores sociais (Carvalho, 2011, p. 93).

Em sentido, parecido Azevedo and Silva (2010, p. 2) veem a relação desse cenário

também associado aos avanços tecnológicos recentes. Além disso, também os percebe como propiciadores de um espaço para poder expressar, colocar ideias, fazer reclamações, trocar informações sobre produtos e serviços, algo que só foi efetivamente viável com a expansão da internet e, naturalmente, após a crescente onda dos sites de redes sociais. Nessa estrutura, para Rocha e Alves (2010, p. 221), “mediada pelos meios digitais, a sociedade vive uma amplificação de vozes, onde as pessoas estão aprendendo a compartilhar pensamentos, ideias e experiências através de novos modos de produzir e consumir conteúdos”.

Enquanto a comunicação mercadológica vem assumindo novo sentido, também a participação dos consumidores no processo comunicacional na internet assume um novo sentido, de modo que

eles participam da construção coletiva de uma cultura própria, com interesses e valores agregados em comum, que não está mais associada exclusivamente à compra e venda de um produto. Os clientes pesquisam informações sobre os produtos e serviços das empresas, contribuem na construção de conteúdos e debatem a respeito de assuntos de seu interesse, assumindo assim uma postura atuante nas mídias interativas (Barros, 2010).

Esse reconhecimento tem passado pelos departamentos de marketing das organizações e pelas agências de publicidade, e vem referenciando a necessidade da emergência de novos métodos e paradigmas em comunicação mercadológica para servir aos novos consumidores nas redes sociais de maneira eficiente (Pinho, 2003).

A compreensão do fenômeno incide no entendimento da influência de ferramentas comunicacionais como o *Facebook*. E entende-se, no presente trabalho, que as potencialidades da comunicação dessa mídia podem ser resumidas em três aspectos – mas não restritos somente a eles, visto comportarem diversas abordagens.

O primeiro aspecto, que faz com que o *Facebook* e os sites de redes sociais potencializadores de uma boa comunicação mercadológica, incidente nas teorias de *marketing*. Sabemos que a segmentação supõe “o processo de dividir mercados em grupos de consumidores potenciais com necessidades e/ou características semelhantes

que provavelmente exibirão comportamentos de compra semelhantes” (S. R. Dias, 2003, p. 18). Desse modo, parte desse público pode e tende a ficar ausente no alcance da comunicação. Pensando aspectos de funcionamento do *Facebook*, há uma ausência de preocupação de segmentação da comunicação em *mix* para público alvo, dado a caráter de alcance quase universal dos sites de redes sociais, consoantes as sua configuração e estrutura. Além disso, esses sites se compõem por públicos heterogêneos e múltiplos, muitas vezes interessados em mesmos assuntos, mas que podem compartilhar conteúdos que a outros com quem interagem, num primeiro momento, não se interessariam.

Os sites de redes sociais são uma forma

representativa das relações afetivas ou ainda, profissionais de um determinado grupo de pessoas com interesses convergentes e que, em nuvem, tornam-se compartilhadores de valores ideias e objetivos comuns. Desta maneira um grupo de discussão é, em larga maioria, composto por elementos de identidade cultural relativamente semelhante, o que possibilita uma aceleração do processo de divulgação e, naturalmente, absorção dos elementos expostos na internet (Azevedo e Silva, 2010, p. 3).

Além disso,

na atualidade é difícil para os profissionais de marketing estabelecerem formas de alcançar o *target*, e é aproveitando-se desse *gap* que as redes sociais impulsionam a dinâmica do processo de divulgação de um produto ou serviço, afinal, é natural que haja um aprendizado mútuo entre as pessoas, havendo ainda, a influência natural que as redes impõem entre seus frequentadores, ocasionando a diluição do valor do marketing tradicional. É frente a esse processo ciberevolutivo que surge um horizonte de demarcações de espaços, onde nele se posiciona a soberania do “neoconsumidor” (Azevedo e Silva, 2010, p. 6).

Esses pontos levantados por Azevedo and Silva (2010) tem fundamental importância sobre uma boa comunicação mercadológica, potencializada nos sites de redes sociais. Isso retoma o segundo aspecto que consideramos capital para entendimento dessa potencialização no *Facebook*. Qual seja, sua capacidade de referendar o aspecto dialógico da comunicação. Por sua estrutura capilar, para retomarmos a acepção de Primo (2007), e os avanços trazidos pela Web 2.0, o aspecto comunicacional na internet, como se percebe, propicia reafirmar o paradigma dialógico como possibilidade

de efetiva de comunicação, por meio da lógica estrutural em rede da internet.

Nas palavras de Pinho (2003, p. 7 apud Carvalho 2011, 98), a internet se afirma como tal e permite “uma comunicação aberta e dialógica, e o estabelecimento de relacionamentos mais próximos, permanentes e duradouros entre organização e os diversos públicos que a constituem e com ela interagem”. Parece ser nesse sentido que Azevedo and Silva (2010, p. 7) veem algumas vantagens da rede como ferramenta de relacionamento, mas estendendo este aspecto dialógico à comunicação organizacional nos sites de rede social. E tais vantagens seriam:

- Uma inversão dos modelos tradicionais na comunicação empresarial que tinha como base um direcionamento emissor-receptor para um modelo dialético e mais horizontal;
- A comunicação à distância facilita a possibilidade de respostas, às reivindicações que antes estavam fora do alcance empresarial provocando alterações em um contexto de invenções, das técnicas, no trabalho e nos relacionamentos.
- Com a internet surgiu o *prosumer*, na verdade, qualquer indivíduo com um micro e uma conexão produz e consome informações, produtos, etc. trata-se de um formador de opinião em potencial e a interatividade permite um *feedback* mais imediato dos receptores da mensagem.
- As empresas que adotam iniciativas de cunho colaborativo no exercício da liderança caminham para uma vantagem competitiva importante.

Também Ramanadhan et al. (2013) ressaltou aspectos dos sites de redes sociais, calcados nas melhores práticas destacadas pelas empresas que o utilizam para utilização e característica comunicacionais, e que garantem vantagens organizacionais. São eles:

1. Engajamento em tempo real com os consumidores;
2. Utilização de recursos interativos;
3. Extensão do alcance, visando os “amigos” dos clientes e consumidores existentes;
4. O uso de um tom informal, como modo de interação com os consumidores.

E esses aspectos perpassam o terceiro e último aspecto dos que compreendemos serem vantajosas no uso do *Facebook*: o uso essencial para disponibilizar informações e não para suscitar a comunicação. Nesse sentido, para Azevedo and Silva (2010), reforçando

os pontos elencados por Ramanadhan et al. (2013), os sites de redes sociais, além de colaborar no gerenciamento do conhecimento, também auxiliam a interação mais informal entre as pessoas. Desse modo, os processos do conhecimento organizacional de fluxos acontecem de forma mais natural fazendo com que as pessoas executem suas ações de modo proativo, mais inteligente e produtivo, gerando mais riquezas para as instituições.

Essa liberdade, por sua vez, que redundando numa *comunicação mais livre*, propicia também a disponibilização da *informação de modo livre*. Mas, é preciso observar, existem aspectos que o profissional de comunicação mercadológica deve estar preparado para enfrentá-los, como no acesso ainda restrito de uma considerável parcela da população com perfil almejado, além de certa desconfiança a respeito da segurança na internet por parte das pessoas. Além disso, a internet deve ser tomada como uma parcela das estratégias de comunicação, já que ainda é impossível substituí-la pelas mídias tradicionais, sem falar que o trabalho de internet é contínuo, sobretudo nos aspectos de *feedback* com o consumidor (Azevedo e Silva, 2010).

2.3.2. Sites de redes sociais e a promoção da saúde

Existe uma estreita relação na atuação de diversas redes sociais no campo da saúde, com estudos que demonstraram que ambas, de diversos modos, andam juntas (Fontes, 2007; Mângia & Muramoto, 2005). Estes estudos visam pesquisar as redes de pertencimento, enquanto entidade sociológica, não as ferramentas tecnológicas que temos chamando de sites de redes sociais.

Não especificadamente para promoção da saúde, Stotz (2009 *Cit. In. Marteleto* 2010), ao efetivar busca livre em bases de dados da área de saúde com as expressões “redes sociais” e “saúde”, constatou que os estudos nessa área têm temas como:

1. Apoio social: isto é, estudos sobre monitoramento de tratamento, controle de doenças, nutrição, envelhecimento, prevenção de riscos, como gravidez e doenças sexualmente transmissíveis.

2. Solidariedade: estudos de ação de soropositivos do HIV / Aids.
3. Focalização de políticas sociais: associação com o Programa Saúde da Família.
4. Gestão de políticas e articulação de interesses: estes estudos versavam sobre cidades saudáveis e políticas de combate à pobreza.
5. Compromisso social: estudos sobre ação de adolescentes.

Já Fontes (2007, p. 87), buscou discutir modos e melhorias sobre a formação de redes de apoio social no cotidiano de portadores de transtorno mental, dado que “as reformas no sistema de atenção aos portadores de transtorno mental, reintroduz-se o indivíduo na sociedade, convidando outros atores para a participação no processo de seu tratamento”. Isso reforçaria a importância das redes sociais, dos apoios sociais consequentes desta inserção em campos de sociabilidade mais amplos.

Mas a aplicação dessa relação, em seu sentido prático, pode ser ainda mais ampla. De maneira geral, para Mângia and Muramoto (2005, p. 23), se apoiando em trabalho como o de P. H. Martins and Fontes (2004), percebe que

No contexto atual, diante das rápidas mudanças sociais e da desagregação das formas de contratualidade que fundaram a sociedade moderna e, especialmente com as transformações qualitativas nas formas de relação e inserção no trabalho, o estudo das redes adquire especial interesse e poderá trazer contribuições importantes para a história do presente. A sociedade contemporânea exige respostas rápidas, locais e eficazes para a promoção de ações que visem cada vez mais a emancipação e a ampliação do gozo dos direitos de cidadania. Para tanto, as redes sociais surgem como elemento potencializador de tais processos por exigirem o envolvimento e a participação ativa da população.

Os autores buscam, nesse sentido, discutir a operabilidade do conceito de redes sociais, que para eles mais recentemente tem sido empregada no campo da saúde e da saúde mental. De acordo com estudos da área, como em Molina e Aguilar (2004) e P. H. Martins e Fontes (2004),

na saúde, a análise de redes sociais tem se mostrado altamente operativa, constituindo um campo de grande interesse. Por meio da metodologia de redes, as comunidades organizadas buscam melhorias nas condições de saúde, que podem ser concretizadas na perspectiva de promover apoio social,

troca de experiências e informações e mesmo no trabalho mais diretamente ligado ao desenvolvimento das ofertas de serviços e cuidados de saúde, como é o caso do trabalho dos agentes locais de saúde no contexto do Programa de Saúde da Família. A ação das redes pode favorecer a resolução de problemas vinculados às mudanças sócio-econômicas impostas pelo neoliberalismo, conferindo poder às comunidades para que estas sejam capazes de gerir os problemas locais (Mângia e Muramoto, 2005, p. 26).

Além disso, com aproximações que sugerem as impressões de Stotz (2009), Mângia and Muramoto (2005, pp. 26-27) discorrem sobre estudos que mostram os modos de atuação e estudo de redes sociais e saúde. Para esses estudiosos, o trabalho de González (2005) mostra que

A relação entre redes sociais e saúde, na perspectiva da busca de melhorias para a população, emerge com mais força nos países em desenvolvimento, onde o acesso aos recursos de saúde se mostra mais restrito, em decorrência da falência ou inexistência de políticas públicas e de sistemas de seguridade social.

Já o trabalho de Andrade and Vaitsman (2002 *Cit. In.* Mângia e Muramoto 2005, 26-27) mostra que, “com frequência, as redes sociais propiciam o desenvolvimento de ações solidárias e de suporte ao enfrentamento de questões do cotidiano entre grupos vulneráveis, além da construção e fortalecimento do sentido de pertencimento a um grupo social”. Além disso, para P. H. Martins and Fontes (2004 *Cit. In.* Mângia e Muramoto 2005, 26-27), “também favorecem a criação de programas territorializados de assistência à saúde fundados na participação social, possibilitando a promoção da cidadania e a democratização de processos institucionais”.

O passo seguinte, e que reflete sua importância, é estender esse fenômeno no uso dos sites de redes sociais, para promoção da saúde¹⁸. Diversos estudos vêm percebendo essa importância, e tem proposto alternativas na condução desse feito (Ramanadhan et al., 2013; Syred et al., 2014; Thackeray et al., 2013). Como mostrou Ramanadhan et al. (2013), os SRSs oferecem uma nova definição para a realização de intervenções de promoção da saúde, de forma que as operadoras de saúde, para isso podem:

¹⁸ Note-se, novamente, a diferenciação: acima se tratava de redes sociais sociológicas, agora, busca-se uma aproximação com a ferramenta tecnológica, os SRSs.

- 1) Disseminar informações de forma rápida;
- 2) Alavancar redes comunitárias para o compartilhamento de informações;
- 3) Atingir grandes e diversificadas audiências;
- 4) Personalizar mensagens de saúde para grupos específicos;
- 5) Incentivar a interação e o envolvimento;
- 6) Capacitar a tomada de decisões saudáveis;
- 7) Fornecer feedbacks individuais e periódicos.

Alguns estudos têm indicado que, além da promoção da saúde, as organizações podem se valer, paralelamente, e usar a ação para melhoria da qualidade de vida para também se promoverem. Isto é, fazer uma associação entre a promoção da saúde e publicidade nos sites de redes sociais, usando as funcionalidades interativas destes sítios, bem como outros canais de mídias sociais (Park, Rodgers, Stemmler, 2011).

CAPÍTULO III - PROCESSOS DE COMUNICAÇÃO E AS OPERADORAS DE SAÚDE

3.1. Comunicação organizacional e processos de comunicação em saúde

Em toda relação comercial existe a necessidade de troca comunicacional. Isso não é menos verdade para as operadoras de saúde e sua rede de associados e usuários. E no que se refere à comunicação, essa relação é em parte regulada graças a arranjos teóricos resultantes de pesquisas e estudos que estabeleceram modelos e modos de que tal aconteça. Num desses, está o campo de estudo da comunicação organizacional.

Quando se pensa em processos de comunicação organizacional é preciso ter em mente que a orientação teórica dos conceitos que os caracterizam se baseiam em diferentes perspectivas, o que redundando em diferentes explicações e compreensões. Essa mirada, por sua vez, determina diferentes paradigmas que, assumidos enquanto tal, norteiam o olhar do pesquisador (Baldissera, 2011). Assim, a comunidade científica têm registrado uma série de acepções para denominar o objeto e o escopo de estudo da comunicação organizacional (Carissimi, 2001), e de defini-la e caracterizar seu campo de abrangência, evidenciando a necessidade de atribuir-lhe um lugar de destaque nas organizações (Scroferneker, 2000).

O marco teórico sobre comunicação organizacional na presente tese, desse modo, deve ser estabelecido, mas antes serão expostas, brevemente, teorias que servirão de importante contraponto para entendermos a comunicação e a organização no espaço relacional com os envolvidos nesse processo. O passo seguinte será estender essas teorizações ao campo da saúde e entender seu uso pelas operadoras de saúde brasileiras, já que tais teorias tendem a influenciar a estruturação comunicacional pela qual essas instituições fazem uso para a promoção da saúde nos sites de redes sociais.

3.1.1. Notas sobre os paradigmas da comunicação

Ao se tentar traçar uma definição do objeto de estudo da comunicação, e assim definirmos o ponto conceitual de onde se parte, é preciso notar que, em linhas gerais, podem-se identificar dois objetos: os meios de comunicação e o processo comunicativo. De um lado, e de forma mais evidente, o objeto que são os meios de comunicação de massa, como era chamado nas formulações teóricas mais antigas; ou a mídia, designação contemporânea e mais ampla, referindo-se à comunicação realizada ou mediada pelas novas tecnologias, e que retira a ambiguidade do qualificativo “massa”, que dava ênfase na amplitude do público atingido (França, 2001).

Os estudos evocados como pioneiros na inauguração da área em comunicação, do início de século XX, foram voltados para a caracterização e análise das novas práticas comunicativas, centrados nos meios de comunicação, que despontavam no final do século XIX e marcam o século XX: o surgimento da imprensa de massa, do rádio, da televisão (e do cinema, em menor grau). Os estudos que se seguem, tendo como base esses meios, tem um problema na eleição desse objeto, já que ele esta baseado

no pressuposto de uma ilusória autonomia e precisão dos contornos da empiria. Os objetos do mundo não estão dados de antemão, nem são recortados por suas leis intrínsecas – mas constituídos e dispostos pelo olhar e intervenção dos homens. Assim, os meios de comunicação ou a mídia, na sua aparente objetividade e simplicidade, não o são tanto assim, mas se desdobram em múltiplas dimensões – tais como a técnica, a política, a economia, o consumo, a vida urbana, as práticas culturais, a sociabilidade etc. Dimensões estas que não apenas irão “compor” o nosso objeto, mas se desenvolvem por caminhos próprios (França, 2001, p. 14).

Ao mesmo tempo em que denota o caráter abrangente da comunicação, quer dizer também que, se a linguagem interpenetra toda forma de expressão humana (L. M. G. d. Silva, Brasil, Guimarães, Savonitti, & Silva, 2000), a comunicação, por sua vez acompanha processos em que há a intenção de diálogo, o que faz com que estudos aparentemente não relativos à área da comunicação sejam, por sua vez, ligado a ela. Como nota França (2001), “exagerando um pouco, poderíamos dizer que dificilmente, hoje, uma análise de qualquer dos aspectos da vida social vai prescindir da referência aos meios de comunicação e aos fluxos de informação”.

Para tentar explicar o fenômeno da comunicação, os primeiros estudos da área se assentavam no que hoje chamamos de paradigma informacional. Esse paradigma

entende a comunicação como um processo de transmissão de mensagens de um emissor para um receptor, provocando determinados efeitos. Não é necessário repetir aqui as numerosas críticas que já lhe foram feitas (unilateralidade, mecanicismo), mas tão somente chamar a atenção para um aspecto: o movimento analítico por ele provocado segue duas direções básicas. Primeiramente, pautado na naturalidade e evidência da lógica transmissiva, as análises vão se ocupar dos seus resultados: uma dada mensagem foi ou não bem transmitida, provocou que tipo de efeitos. Um segundo caminho, dado que o processo é tomado mecanicamente, e cada um de seus elementos tem seu papel fixo, definido previamente, é estudá-los separadamente: estuda-se a lógica da produção, dos emissores; a característica dos meios (natureza técnica, modos operatórios); as mensagens (conteúdos); a posição e atitude dos receptores. Diferentes teorias e métodos (buscados na sociologia, política, psicologia social) são acionados para falar de cada um - faz-se uma sociologia dos emissores, uma análise político-ideológica das mensagens e assim por diante (França, 2001, p. 15).

Além desse, Wolf (1987) acrescenta ainda dois outros paradigmas – o semiótico-informacional e o semiótico-textual. Para ele, como o próprio nome indica, o modelo semiótico-informacional acrescenta ao informacional a compreensão da natureza semiótica das mensagens, unidades de sentido e não um material inerte transportado. Esse tipo de análise provocaria, segundo o autor, um movimento analítico centrado nas estruturas de significação das mensagens.

Já o modelo semiótico-textual quebraria o caráter unitário das mensagens ao procurar percebê-la em sua intertextualidade, o redundaria no desenvolvimento de uma semiótica da cultura. Aqui, a presença e o papel dos sujeitos sociais, mesmo o trabalho de produção e recepção, são negligenciados em função da ênfase na dimensão simbólica e sentidos produzidos (Wolf, 1987).

Para V. V. França (2001, p. 25), ao lado desses três modelos, poderíamos acrescentar também o paradigma dialógico,

que distingue a comunicação (em contraposição à relação informativa) a partir da bilateralidade do processo, da igualdade de condições e funções estabelecidas entre os interlocutores. Nesse modelo, a ênfase é toda centrada na natureza da relação entre os dois polos, apagando ou desconhecendo os

demais aspectos do processo (inclusive a natureza das mensagens e os sentidos produzidos).

As teorias dialógicas encontram as suas raízes em autores como Mikhail Bakhtin, que tornava o diálogo como a substância da linguagem e do conhecimento. O autor referia que é o processo de interação que conduz ao conhecimento, reivindicando uma interpretação participativa, integradora, social, diversa e múltipla na comunicação (Lencastre e Monteiro, 2009). Essas teorias se caracterizam por uma tentativa de superação dos princípios do dualismo, do instrumentalismo e do perfeccionismo que têm pautado o pensamento ocidental (Souza, 2010).

Como observam Oliveira and Paula (2005, p. 20), pensar a comunicação como processo interativo e dialógico,

é reafirmar sua natureza relacional, de colocar em relação elementos que adquirem significação a partir de um compartilhamento de sentido, ou seja, a partir da relação entre interlocutores e suas (inter) subjetividades, mensagens e o contexto da relação, na produção de um significado, de uma compreensão da intencionalidade, que caracteriza, enfim, o ato comunicativo. É um processo que nitidamente exige uma constante elaboração, uma constante construção.

A construção do conhecimento em rede, a estruturação comunicacional da internet, a hipertextualidade, entre outros, são marcas atuais dessa lógica comunicacional (Mello, 2010). Nesse sentido, para França, Motta, Paiva, and Weber (2002), o modelo dialógico resguarda a dimensão simbólica da comunicação que está materializada nos discursos dos interlocutores – enunciados e marcas de enunciação – que, como vestígios de comunicação, trazem impressas marcas do contexto em que a interação se dá, características dos interlocutores e da própria relação. O discurso emerge da relação entre consciências e, sendo conformado pela linguagem, é expresso num dado contexto de interação.

No campo organizacional, considerando a necessidade das instituições em convocarem sujeitos para uma relação, têm-se discursos planejados e carregados de intenções de negócios que trazem marcas do contexto em que a interação se dá, dos interlocutores e

da própria relação, de modo que a análise do discurso organizacional não pode prescindir da análise do contexto e da própria interação, como preconizado pelo paradigma relacional (Baldissera, 2010).

De forma semelhante, temos pela comunicação organizacional modos de ver um objeto privilegiado e de onde se pode analisar o fenômeno da comunicação, o contexto social em que se insere, os sujeitos da relação e a produção de sentido. Hoje as organizações se reconstituem e reconfiguram nas suas relações, nos usos da linguagem, práticas discursivas e produção de sentido também através da lógica midiática pautada pelas tecnologias da informação. E isso se dá também nas operadoras de saúde. Por isso, a comunicação organizacional será tratada a seguir.

3.1.2. Aspectos nocionais acerca da comunicação organizacional

Estudos têm demonstrado o instante de complexidade da sociedade contemporânea e os desafios constantes a que estão sujeitas as organizações e todos os atores que dela fazem parte (Kunsch, 2007). Como salienta Cardoso (2006, p. 1125),

A informação e os processos de comunicação sempre estiveram presentes na evolução das estratégias empresariais e na própria evolução das organizações. Por isso, hoje, muito mais do que em épocas passadas, torna-se necessário entender a complexidade que envolve a informação e os processos comunicacionais na gestão estratégica das organizações. Afinal, vivemos numa era de ritmo acelerado e contextos cada vez mais complexos, onde as organizações precisam buscar novas lógicas de gestão para enfrentar a competitividade.

Mas se por um lado, no contexto contemporâneo, a comunicação tem cada vez mais o seu papel e sua importância reconhecidos pelas organizações, por outro vemos que as práticas processuais, integradas e planejadas são

desenvolvidas de forma heterógena e predominam em organizações de maior porte e do setor privado, uma vez que tais organizações estão mais expostas ao ambiente social e possuem mais demandas internas e de mercado. Essa é uma das razões pelas quais se encontram organizações políticas estruturadas e estratégias de comunicação, o que não costuma ocorrer em organizações de médio e pequeno porte (Oliveira, 2008, p. 92).

Lembre-se que, na esfera das novas lógicas organizacionais, a informação e comunicação tendem a ganhar mais importância, tendo como meios instrumentos e processos poderosos de realização

das potencialidades estratégicas e para a ampliação e integração das estruturas organizacionais. É por meio desses instrumentos que as organizações desenvolvem funções, tomam decisões e estabelecem contatos com clientes, fornecedores e parceiros. Isso significa que as organizações precisam repensar, complementar e aprimorar seus referenciais teóricos e metodológicos tradicionais, formulando e disseminando estratégias que levem em conta os processos comunicacionais como suportes eficazes e competentes para o agir e existir delas (Cardoso, 2006, p. 1125).

A comunicação implica trocas, atos e ações compartilhadas, pressupondo interação, “diálogo e respeito mútuo do falar e deixar falar, do ouvir e do escutar, do entender e fazer-se entender e principalmente do querer entender”. Ao mesmo tempo, a comunicação faz parte da vida de cada indivíduo e das organizações, independente de suas vontades, sendo sempre a busca de relação e de compartilhamento. Assim, o contexto onde ela ocorre terá influência nesse processo (Scroferneker, 2006, p. 47).

Existem diferentes concepções do que seria a comunicação organizacional¹⁹. É possível tomá-la como aquilo que abrange todas as formas de comunicação utilizadas pela organização para relacionar-se e interagir com seus públicos, interno e externo (Scroferneker, 2000, 2006). Nessa linha, Reis (2014, p. 2) a define como aquela que, dentro de um sistema econômico, político, social, ou cultural, “desenvolve ferramentas para a otimização da comunicação na organização, portanto, ela é a junção da comunicação institucional ou corporativa, a comunicação interna e a comunicação mercadológica (marketing e publicidade)”.

Para Oliveira e Paula (2005, p. 22), o objeto de estudo da comunicação organizacional são

¹⁹ Como já observado, é perceptível a quantidade de conceituações em torno da comunicação organizacional, sendo tarefa de muitos pesquisadores da área a tentativa de clarificar o objeto e o escopo de estudo do campo. Quanto a isso, conferir: Scroferneker (2000), Scroferneker (2006), Ruão (2004) e suas remissões a importantes obras sobre esse assunto. Assim, não se pretende aqui estender e ou apresentar pormenorizadamente essas diversas linhas teóricas, mas já encaminhar e apresentar, de antemão, os autores e pressupostos que são marco teórico da presente tese.

os processos comunicacionais, entendendo-os como os atos de interação planejados e espontâneos que se estabelecem a partir dos fluxos informacionais e relacionais da organização. Os fluxos informacionais representam todos os atos e instrumentos utilizados para transmitir informações de caráter institucional ou mercadológico. Já os fluxos relacionais são oportunidades de encontro que promovem compartilhamento de ideais entre interlocutores, como reuniões, eventos e o face-a-face.

Já segundo Deetz (2001, *Cit. In. Laus 2016, 35*), de forma ampla,

a comunicação organizacional pode ser conceituada de três formas diferentes. A primeira possibilidade é compreendê-la como uma especialidade restrita a um departamento específico. A segunda abordagem considera a comunicação um fenômeno que existe na organização como um todo. A terceira vê a comunicação como uma forma de descrever e explicar a organização, não apenas como um fenômeno que ocorre na organização, isto é, a comunicação é a organização.

Esta última opção se aproximaria da compreensão sistêmico-discursiva. Essa compreensão é uma das linhas de estudo dentro da comunicação organizacional, no longo percurso histórico que tem este campo de estudo a disciplina, que considera a comunicação e, portanto, as práticas discursivas como a essência da organização (Laus, 2016).

Mas no Brasil, existe a peculiaridade de que o campo da comunicação se realiza no espaço das organizações produtivas desde a emergência e posterior consolidação do processo industrial nacional, sendo que

a dimensão instrumental da comunicação e seu caráter mecanicista teve sua contemporaneidade associada a esse desenvolvimento. As mutações e transformações que se deram no âmbito do desenvolvimento socioeconômico ao longo de décadas recentes e o processo de globalização da atualidade fazem sugerir que o processo comunicacional nas organizações também passou por mutações (Nassar, 2006, p. 33).

Essas mutações e redefinições, mais atuais, remontam os primeiros estudos de comunicação organizacional, de perfil científico, nos anos 1940, em que a comunicação passou a interessar aos pesquisadores, ainda que se reconheçam em alguns textos clássicos das áreas de economia e administração anteriores faziam referências a

aspectos típicos do campo da comunicação organizacional (Curvello, 2002).

De lá pra cá, a área de estudo da comunicação organizacional tem sido

caracterizada por uma grande dispersão teórica e uma dependência relativamente aos campos científicos que marcaram a sua fundação. A procura da autonomia disciplinar passou por várias fases, [...] e nasceu de pesquisas que se propunham estudar as necessidades e apetências comunicativas das organizações com o propósito de auxiliar a performance económica. Estas investigações deram lugar a entendimentos funcionalistas sobre o papel da comunicação nas organizações e a estudos marcadamente quantitativos (1940-1950). O grande salto na conceptualização do campo acabou por acontecer com o aparecimento das Teorias Sistémicas sobre a organização, que atribuíram à comunicação um lugar fundamental (Ruão, 2016, p. 14).

Prescindindo a uma abordagem histórica mais pormenorizada (ver nota acima), que parece não caber no momento, pode-se dizer que

com os estudos sistémicos, a investigação precipita-se da metáfora da organização como “contentora” de comunicação para a sua visão como fundamental ao estudo das organizações. Nessa medida, as organizações deveriam ser vistas como sistemas onde interagem indivíduos, que pela comunicação estão activamente envolvidos no processo de criar e recriar a sua ordem social única. [...] Com esta evolução, a disciplina passa a revelar um objecto de estudo específico e consistente: o estudo da comunicação humana em contexto organizacional. Considerando-se a comunicação como um processo central à vida da organização, e que, embora revelando naturais semelhanças com qualquer acto de comunicação humana, integraria, também, particularidades resultantes do contexto em que ocorre (Ruão, 2004, p. 732).

Nesse sentido, foi possível estabelecer a acepção de comunicação organizacional como um processo de criação de estruturas de significado coletivas e coordenadas, por meio de práticas simbólicas direcionadas a consecução de objetivos organizacionais (Ruão, 2016). Seriam esses princípios, então, “do colectivo e da orientação para a *performance* organizacional, que tornam o fenómeno num objecto científico particular, justificando a afirmação disciplinar, em meados do século XX” (Ruão, 2004, p. 732).

Mas tal não significou a eleição de uma metodologia de estudo única ou de uma abordagem teórica unificada. Antes a disciplina se caracterizou pelo recurso a vários métodos e diversos paradigmas teóricos, que trouxe, em particular, das Ciências da Comunicação e dos Estudos Organizacionais. E, embora se discuta, ainda hoje, a identidade da disciplina de Comunicação

Organizacional, como campo autônomo do saber, tendemos a considerar que a unidade disciplinar não implica um único método de pesquisa, um único nível de análise, ou uma única abordagem teórica. Talvez, seja nessa diversidade teórico-metodológica que reside a sua riqueza conceptual. Consideramos que a Comunicação Organizacional pode beneficiar da co-ocorrência de múltiplas abordagens metateóricas e transdisciplinares (Ruão, 2004, p. 732).

Estudos recentes por isso, reforçam que a comunicação organizacional seja compreendida a partir de abordagens sistêmicas, complexas e discursivas, que se baseiam nos desdobramentos teóricos das discussões empreendidas sobre a dimensão dialógica da linguagem no campo organizacional (Baldissera, 2011; Deetz, 2001; Scroferneker, 2006).

Como tal, esse campo se refere a

um processo social de circulação, multiplicação e disputa de sentidos, configurado nos desvios entre produção e reconhecimento, formando uma rede complexa de sentidos, em que uma comunicação é condição para existência da outra. Essa rede de sentidos, continuamente (re)produzida no âmbito dos sistemas organizacionais e nas suas relações com o ambiente (formado por outros sistemas e por indivíduos), é engendrada em desvios, dissensos e indeterminações. Além disso, como sistemas constituídos por comunicação, as organizações parecem ser constantemente observadas na/pela sociedade, o que pode deflagrar processos de construção e multiplicação de sentidos, que fogem ao seu controle, mas que contribuem, assim como os processos intencionais, para a configuração da organização nos âmbitos interno e externo (Laus, 2016, p. 35).

Nessa abordagem, para Laus (2016, p. 35) a organização é compreendida como um sistema social produzido e configurado a partir da comunicação organizacional, por meio de uma “autofortificação”, em que suas fronteiras são definidas em processos de identificação. No interior do sistema organizacional, a operação fundamental, responsável por sua autorreprodução, é a comunicação em forma de decisão. No contexto sistêmico organizacional, as decisões são tomadas a partir de efeitos de sentidos. As condições produtivas das decisões são constituídas pela cultura organizacional e pelas interações do sistema com o ambiente, que, por sua vez, formam uma rede responsável pela mediação e institucionalização dos sentidos.

Como salientado por Baldissera (2011, pp. 117-118), sem isso, corre-se o risco:

diante das características da sociedade contemporânea, tais como a urgência nas decisões (e, portanto, o pouco tempo para investigar e refletir), o desejo de poder (exercer-se sobre a alteridade), o enfraquecimento dos vínculos, a velocidade com que as informações circulam (potência tecnológica), a tendência ao espetáculo, a valorização do imediato e o desejo de fórmulas que permitam a mensuração de tudo – inclusive do intangível –, a ideia de Comunicação Organizacional parece ser reduzida, particularmente no nível das práticas cotidianas, à comunicação planejada. A postura tende a ser a da supervalorização dos processos planejados em detrimento de todas as demais realizações comunicacionais. Especial atenção recebem os processos que, de alguma forma, se traduzem em algo tangível, como os jornais institucionais, as campanhas publicitárias, os eventos, os sites, os materiais informativos para imprensa [...]. Ações mensuráveis (tradução em números) são mais valorizadas²⁰.

A partir do olhar da complexidade da comunicação no âmbito das relações organizacionais, Baldissera (Baldissera, 2008, 2010; 2011 *Cit. In.* Lima e Abbud 2015) notará três dimensões passíveis de análise comunicacional. Elas são denominadas: organização comunicada, organização comunicante e organização falada.

Para ele, a organização comunicada caracteriza-se, fundamentalmente, pela fala oficial da organização, ou seja, o que ela diz sobre si mesma.

Contempla aquilo que, de alguma forma, a organização, como força em interação com outros sujeitos (poder público, comunidade, imprensa, consumidores, empregados e acionistas, dentre outros) considera relevante sobre si mesma, identifica como potencialidade para trazer algum tipo de retorno (satisfação pessoal, prestígio imagem-conceito, poder simbólico, clientes) e, portanto, entende que mereça ser tornado público (Baldissera, 2010, p. 205).

Lima e Abbud (2015) notarão, além disso, que apesar de a organização conhecer seu entorno e todos os códigos linguísticos, culturais e sociais que a envolvem, não significa que os resultados comunicacionais desejados sejam atingidos por essa dimensão. Como reforça Baldissera (2010, p. 206), é “possível que a organização comunicada não seja

²⁰ Ainda que nossa tese tenha como um dos objetivos a mensuração de aspectos de uso do *Facebook* para a promoção da saúde, necessária para o desenho metodológico e para análise, por outro lado pauta-se num cuidado de também tomar a intenção comunicacional da organização sobre o paradigma da complexidade, para que não recaia nos erros apontados por Baldissera (2011).

percebida e construída pelos públicos de forma idêntica ao comunicado”.

Já num grau mais complexo,

pode-se falar da Comunicação Organizacional em seu nível de organização comunicante. Aqui, ultrapassando o âmbito da fala autorizada, atenta-se para todo processo comunicacional que se atualiza quando, de alguma forma e em algum nível, qualquer sujeito (pessoa, público) estabelecer relação com a organização. Além dos processos planejados, também assumem relevo os processos que se realizam na informalidade; inclusive aqueles que irrompem sem que a organização tenha conhecimento. Assim, mesmo que a organização não deseje comunicar, se alguém – alteridade – atribuir sentido a algo e/ou alguma coisa dela e assumir isso como comunicação, então será comunicação (Baldissera, 2011, p. 118).

Para esse autor, essa compreensão permite dar relevo aos processos dialógico-recursivos, pois atenta para a possibilidade e fertilidade de ocorrência de relações comunicacionais que escapam ao planejamento e controle (Baldissera, 2011).

No âmbito da organização falada tem-se os processos de comunicação informal indiretos, que se realizam fora do âmbito organizacional mas que dizem respeito à organização. Esses processos contemplam outras materializações comunicacionais que dizem respeito às organizações, mas que pouco são pensadas com comunicação organizacional (Baldissera, 2008, 2010).

Como exemplos, pode-se pensar: nos processos que se atualizam entre colegas de trabalho quando, juntos, participam de um jogo de futebol e discutem sobre a organização; nas manifestações sobre ela que assumem lugar nas relações familiares; nos processos especulativos; e nas conversas sobre a organização que se realizam entre vizinhos e/ou nos grupos de pais na reunião da escola. Esses processos, que podem parecer distantes e sem relevância, também são Comunicação Organizacional, ainda que se reconheça a impotência da organização em estabelecer qualquer controle direto sobre eles. Porém, isso não a impede de realizar algum tipo de acompanhamento, até porque, caso desses encontros surjam boatos sobre a organização, à medida que se tornarem visíveis e forem identificados por ela, é possível que exijam algum tipo de investimento em ações e/ou comunicação formal para neutralizá-los, se for o caso (Baldissera, 2011, p. 118).

Estendendo estas colocações, pode-se dizer que parte dos processos de comunicação

organizacional das operadoras de saúde, nesse sentido, está exemplificado no fluxo comunicacional estabelecido nos seus sítios no *Facebook*. Isso estabelece o que, para a presente tese, representará um anteparo conceitual para análise das atitudes de promoção da saúde lá, empreendidas por elas.

3.1.3. Comunicação em saúde

Villela e Almeida (2012, p. 42) notaram que, no contexto atual da sociedade,

a mídia desempenha um papel de crescente importância na divulgação de informações referentes à Ciência, particularmente de seus impactos no cotidiano das pessoas. Não é por acaso, portanto, que a saúde – compreendida inclusive numa concepção mais ampla de “bem-estar” – ocupa grande espaço nas revistas, jornais e programas televisivos. Este processo de divulgação dos fatos científicos envolve não só a difusão de informações, mas também a construção ideológica de valores e a consequente legitimação social de determinados comportamentos e atitudes.

Ainda assim, a informação, a educação e a comunicação interpessoal, assim como a comunicação de massas, através de diversas mídias, têm sido reconhecidas como ferramentas importantes que fazem parte da promoção da saúde de indivíduos e da comunidade (Buss, 1999).

Essa importância adquirida dos processos de comunicação nesse meio, passou a ser observada mais atentamente a partir da década de 1960, “quando diversos estudiosos e organizações passaram a se preocupar em identificar e explicar as principais convergências e diferenças da comunicação humana com foco na saúde dos indivíduos, famílias e comunidades”. Dessa forma, a comunicação em saúde irá se firmar como campo de estudo que vem guardando estreita relação com os estudos de comunicação, empreendidos durante o século XX (Silva et al., 2010).

Isso tem razões específicas, já que a área da saúde pública tem demonstrado menor eficiência em oferecer e organizar os cuidados em saúde, no sentido de somente ofertar-se tratamentos, mas, antes, seria mais adequado ajudar as pessoas a gerirem a própria vida com qualidade, ajudar na prevenção e na promoção da saúde, observando a saúde

num sentido mais abrangente²¹ (Araújo, 2009).

Assim, os campos da comunicação e da saúde passariam a não serem vistos isoladamente, mas sim em suas articulações. Haja vista que são campos que caminham juntos há muitos anos, havendo aspectos correlacionais entre os discursos e os modos de pensar dominantes de cada um dos campos. Isso pode ser ainda notado em diversos programas educacionais em saúde, uso dos meios de comunicação para informação, etc. (Araújo e Cardoso, 2007).

Ao longo dos anos, diversos modelos comunicativos têm sido vivenciados nas práticas em saúde vinculados a ações de imposição, informação e educação, de acordo com os modelos assistenciais em saúde hegemônicos (Coriolano-Marinus, Queiroga, Ruiz-Moreno e Lima, 2014). Entretanto, na prática, boa parte das campanhas de saúde tem como base o modelo informacional e monológico de comunicação. Como é possível apreender, ao se levar em conta as críticas sobre esse modelo mostradas acima, quando

aplicado ao campo da comunicação em saúde, esse modelo fragmentado do processo comunicativo, confere-se o poder da palavra ao pólo emissor, considerado o detentor de conhecimentos e informações a serem transmitidas ao pólo receptor, com vistas à mudança de comportamentos em vista a melhoria da saúde (Kelly-Santos, Monteiro, Rozemberg, 2009).

Assim, esse modelo, que se caracteriza por princípios verticalizados de intervenção e que acredita no “envio” da informação “correta” e “científica”, é questionado em sua suficiência para a transformação das normas de comportamento. No modelo informacional aplicado à saúde, segundo Martínez-Hernández (2010, *Cit. In* Coriolano-Marinus et al. 2014, 1365),

acredita-se, ainda, que o coletivo dos usuários é “vazio” de conhecimentos, cabendo à educação em saúde preencher esse vazio [...], no qual os diversos fenômenos de vida, saúde e doença, de natureza multidimensional, são reduzidos aos aspectos meramente biológicos e resultam em práticas que desconsideram a historicidade, a cultura e a complexidade do ser humano.

²¹ Como fica claro, esses apontamentos incidem diretamente na questão da promoção da saúde, que será aprofundado e é tema central do Capítulo IV, mais a frente.

Sob essa perspectiva, Coriolano-Marinus et al. (2014, p. 1365) ainda reforçam que em tais programas

o fluxo comunicativo se movimenta a partir dos trabalhadores de saúde em direção à “população alvo”, mas não a partir desta em direção aos primeiros. Consiste na aplicação acrítica do modelo clássico de comunicação (emissor-receptor-mensagem) no terreno da educação para a saúde, de maneira que a população assume um papel passivo (paciente) e o educador sanitário um papel ativo (terapeuta).

Anteriormente, Inui e Carter (1985) já chamavam atenção para o fato do tema da comunicação na saúde se restringir muitas vezes ao abordado, a partir da interação médico-paciente, caracterizando-se também pela dispersão dos conhecimentos em diferentes disciplinas científicas, o que tendia a dificultar a sistematização do saber acumulado, pensados o conhecimento popular envolvido na comunicação.

Outros estudos confirmariam os apontamentos de Inui e Carter, ao mostrar que em campanhas em saúde no Brasil, como a maioria empreendida pelo Ministério da Saúde, é privilegiado basicamente o saber médico para fomentar hábitos e práticas de promoção à saúde e a adesão da população aos procedimentos médico-sanitários (Araújo & Cardoso, 2007; Rozemberg, Silva, e Vasconcellos-Silva, 2002).

Com base nesses equívocos, no Brasil as

instituições de saúde podem engendrar comunicações confusas, ambíguas, contraditórias e até errôneas, dificultando o alcance dos próprios objetivos organizacionais. A complexidade e o sequenciamento extenso de muitas intervenções de saúde – cujos resultados podem ser pouco evidentes em curto prazo – somados à diversidade de agentes sociais envolvidos constituem fatores perturbadores de uma efetiva comunicação em prol da adesão ao tratamento por parte do paciente, da prevenção de doenças e promoção da saúde do usuário e do desenvolvimento da autonomia e participação ativa do cidadão (Araújo, 2009, p. 3).

Por tudo isso que o campo de estudo da comunicação em saúde se mostra tão importante, isto é, na busca de superação de todas essas limitações para uma efetiva

promoção da saúde²². Como argumenta Lefevre, Lefevre, and Figueiredo (2010, p. 6),

é parte do campo da Saúde Pública ou Coletiva a tarefa de fazer com que os habitantes de determinadas sociedades, coletividades e grupos contatem e acolham ideias e/ou práticas que permitam avanços no enfrentamento das diversas facetas do adoecer humano. Para que isto ocorra é necessário que os portadores desta tarefa conheçam, diretamente, por meio de pesquisas, ou indiretamente, por meio da literatura pertinente, as representações sociais presentes na formação social sobre o adoecimento a ser enfrentado, além das concepções sobre a saúde e sobre o próprio corpo. Sem esse conhecimento, o contato necessário para o sucesso de tal tarefa tende a não se estabelecer.

Com o objetivo de definir o campo de estudo, bem como, as competências em relação à saúde, estudiosos e instituições das áreas de informação, educação, comunicação e saúde, têm dialogado com seus saberes na definição de conceitos sobre a Comunicação em Saúde. Não se trata somente de informações sobre saúde nas mídias, mas de definição de modelos e processos de comunicação não midiáticos que não abarquem uma compreensão monomodal do processo comunicativo.

J. A. C. Teixeira (2004, p. 615) define comunicação em saúde como a área de

estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde. Esta definição é suficientemente ampla para englobar todas as áreas nas quais a comunicação é relevante em saúde. [Mas] não se trata somente de promover a saúde, embora esta seja a área estrategicamente mais importante.

Lefevre et al. (2010, p. 9), a pensarem a componente dialógica da linguagem, vêm a comunicação em saúde numa relação de troca de ideias ou mensagens. Nesse contexto, para Araújo and Cardoso (2007) essa comunicação é por isso um espaço sociodiscursivo de natureza simbólica, permanentemente atualizada por contextos específicos, formados por teorias, modelos e metodologias, bem como por agentes, instituições, políticas, discursos, práticas, instâncias de formação, lutas e negociações.

²² Como se verá no capítulo sobre promoção da saúde, quando for tratado o tema do empoderamento, a questão da superação do uso do modelo informacional se fará ainda mais importante, já que o tema pressupõe a autonomia decisória e a participação ativa de todos os envolvidos na promoção da saúde.

Por fim, atente-se para o fato de que,

como em todas as políticas de saúde, também as políticas de comunicação em saúde necessitam, para serem implementadas, de planos estratégicos, com a identificação precisa dos problemas a serem enfrentados, das características do público a ser contatado, dos meios de comunicação mais adequados a serem mobilizados, assim como da implementação dos programas definidos e de seu acompanhamento e avaliação. No entanto, não se pode compreender ou transformar a situação de saúde de um indivíduo ou de uma coletividade sem levar em conta que ela é produzida nas relações com o meio físico, social e cultural (Kruschewsky, Kruschewsky, Cardoso, 2016, p. 172).

Nessa múltipla relação entre a comunicação e a saúde, a informação sobre boas práticas para a saúde individual pode ajudar na escolha de comportamentos em diversas esferas, na prevenção de doenças e, em geral, no desenvolvimento de uma cultura da saúde.

Igualmente, a democratização das informações sobre a situação de saúde e do sistema de saúde, divulgadas de diversas formas, entre as quais através de meios de comunicação de massas, pode contribuir para um melhor entendimento dos determinantes da saúde e para a construção de um discurso político e reivindicatório consistente e persuasivo que mobilize e reforce a ação da comunidade na afirmação de seus direitos e no seu enfrentamento com o Estado (Buss, 1999, p. 126)

E isso tende a demandar esforços de diversas esferas. No que tocam os meios de comunicação, segundo Bydlowski, Westphal, and Pereira (2004, p. 22), o envolvimento é quase nulo. Para esses estudiosos, a mídia, em algumas situações, até mesmo colocam-se contra certos pressupostos da Promoção da Saúde, reforçando uma visão curativa e biomédica do processo saúde-doença. Por isso existe necessidade de mudança de pressupostos e da cooperação destes meios no sentido de valorizar e de facilitar condições de vida e de saúde. Indo além, é preciso também verificar se há e deve haver esse entendimento e compreensão pelas operadoras de saúde, que, no sentido apontado, demonstra ser um importante interlocutor na comunicação em saúde.

3.2. Sociedade da informação: comunicação em rede e interatividade

No início do século XXI, Werthein (2000, p. 71) chamava atenção para as imprecisões conceituais relativas a noção de “sociedade da informação”. E, sobretudo, se unia a todos que procuravam desfazer a teia de imprecisões verbais em relação às mudanças do mundo contemporâneo e, desta forma, contribuir para destruir mitos que impedem uma consciente participação nesse processo de mudança que implicavam as novas tecnologias da informação e comunicação. O autor expressa o que tem em mente para isso:

uma reflexão crítica que permita compreender as presentes transformações sociais e avaliar suas implicações com base em critérios definidos deverá permitir a integração de critérios sócio-culturais e éticos aos econômicos e políticos usualmente associados à prescrição da “sociedade da informação” e, desta forma, colocar à disposição do cidadão caminhos para uma participação ativa na construção de seu futuro.

Como ele explicava, a expressão “sociedade da informação” passou a ser usada como substituto ao conceito de “sociedade pós-industrial” e como forma de transmitir o conteúdo específico do “novo paradigma técnico-econômico”, decorrente dos avanços tecnológicos na microeletrônica e telecomunicações. E esse paradigma expressaria a essência da transformação tecnológica em suas relações com a economia e a sociedade que vem ocorrendo na sociedade (Werthein, 2000). Apoiando-se em Castells (2000), apontou as seguintes características fundamentais do paradigma:

- A informação é sua matéria-prima: as tecnologias se desenvolvem para permitir o homem atuar sobre a informação propriamente dita, ao contrário do passado quando o objetivo dominante era utilizar informação para agir sobre as tecnologias, criando implementos novos ou adaptando-os a novos usos.
- Os efeitos das novas tecnologias têm alta penetrabilidade porque a informação é parte integrante de toda atividade humana, individual ou coletiva e, portanto todas essas atividades tendem a serem afetadas diretamente pela nova tecnologia.
- Predomínio da lógica de redes. Esta lógica, característica de todo tipo de relação complexa, pode ser, graças às novas tecnologias, materialmente implementada em qualquer tipo de processo.
- Flexibilidade: a tecnologia favorece processos reversíveis, permite modificação por reorganização de componentes e tem alta capacidade de reconfiguração.

- Crescente convergência de tecnologias, principalmente a microeletrônica, telecomunicações, optoeletrônica, computadores, mas também e crescentemente, a biologia. O ponto central aqui é que trajetórias de desenvolvimento tecnológico em diversas áreas do saber tornam-se interligadas e transformam-se as categorias segundo as quais pensamos todos os processos (Werthein, 2000, p. 72).

Passados mais de quinze anos, os apontamentos de Werthein (2000) ainda são atuais – contando que atualmente poucos anos são suficientes para mudanças significativas nesse cenário. Como ele mostrava, as características da sociedade da informação ainda trazem de lá aos dias de hoje, imbuídas em suas ideias, os mesmos desafios de diversas ordens, sejam na democratização do conhecimento, no acesso aos meios tecnológicos, seja na distribuição de riqueza que proporcione tal acesso, dentre outros.

Ainda assim, Werthein (2000) tinha uma visão positiva sobre o futuro das tecnologias de informação e comunicação. Como notou Nicolau (2011, p. 2) – uma década após Werthein fazer seus apontamentos – o que se via (e se vê) é uma tendência que contraria a expectativa de alguns estudos da década anterior, que temiam o isolamento das pessoas com os usos de meios informacionais recentes. Além disso,

a internet ampliou muito rapidamente o seu poder de integração e compatibilização de mídias, programas e sistemas comunicacionais. E seu caráter digital vem permitindo que se estabeleçam modelos efetivamente interativos de comunicação. Dentro desse contexto midiático estão se configurando formas de relacionamentos interpessoais e coletivos, bem como entre pessoas e organizações baseadas em laços fracos, mas com tendência a se tornarem bem mais forte a partir das condições interativas disponíveis à ambas as partes.

Essa nova realidade midiática e comportamental, segundo Nicolau (2011), tem exigido a construção de novos modelos de comunicação que permitam uma compreensão mais apropriada desse processo. Por princípio, ele entende que as novas mídias estão se constituindo em um todo integrado, exigindo uma visão sistêmica do processo da comunicação.

Os avanços nas tecnologias da informação e comunicação (TIC) têm levado a esse tipo de reflexão, e muitas vezes acendido a debate sobre o alcance desses meios. Na verdade,

o conceito de Sociedade informação se baseia nas tecnologias da informação ou novas tecnologias da informação e comunicação, que por sua vez são o resultado da fusão de três vertentes técnicas: a informática, as telecomunicações e as mídias eletrônicas (Pinto, 2004). Isto é, envolve a aquisição, o processamento, o armazenamento e distribuição da informação nos meios eletrônicos, como rádio, televisão, o telefone (meios mais tradicionais), além os computadores e redes (mais atuais), entre outros (Gouveia, 2012).

Esses meios, por sua vez, que em partem configuram as chamadas novas tecnologias da informação e da comunicação são, segundo Lucena Ferreira and Bianchetti (2004, p. 254),

meios altamente contributivos para criar condições de modificar as formas das pessoas se relacionarem, construir e transmitir conhecimentos. Por meio dessas tecnologias, é possível a construção do conhecimento coletivo com sujeitos localizados em espaços e tempos distintos, mas que integram o mesmo ambiente virtual ou a mesma comunidade virtual de aprendizagem. As formas de buscar informações e de divulgá-las a um maior número de pessoas também foram alteradas com a disponibilização dessas tecnologias.

Antecipando os apontamentos de Nicolau (2011), e com uma visão bem mais positiva, Primo (2002 apud Lucena Ferreira e Bianchetti 2004, 259), já via que as tecnologias da informação e da comunicação proporcionam múltiplas disposições à intervenção do interagente, enquanto as

novas modalidades comunicacionais proporcionadas pela presença das TIC criam novos tempos e espaços interativos descentralizados, não lineares e provocam mudanças estruturais na forma de se produzir, distribuir e compartilhar a informação [...]. Na rede, todos os nós são centros, ligados entre si, formando uma teia, onde os conhecimentos são permanentemente (re) construídos, a partir das inter-relações entre os sujeitos.

Quanto à transição de paradigmas e sobre essa inter-relações, Valle and Bohadana (2012) trazem importante apontamento, retomando Pierre Lévy (2000) e seu olhar sempre pioneiro. Para este último,

em uma “tipologia rápida dos dispositivos de comunicação”, poder-se-ia identificar um modelo em que não há interatividade: ele se caracterizaria pela presença de um centro emissor diante de uma multiplicidade de receptores – a exemplo da imprensa e da televisão. “Esse primeiro dispositivo chama-se Um e Todo. Outra versão é o tipo Um e Um, que não tem uma emergência do coletivo da comunicação, como é o caso do telefone. O espaço cibernético introduz o terceiro tipo, com um novo tipo de interação que a gente poderia chamar de Todos e Todos, que é a emergência de uma inteligência coletiva. Do interior do espaço cibernético, encontramos uma variedade de ferramentas, de dispositivos, de tecnologias intelectuais. Por exemplo, um aspecto que se desenvolve cada vez mais, nesse momento, é a inteligência artificial. Há também os hipertextos, os multimídia interativos, simulações, mundos virtuais, dispositivos de telepresença.

Assim, com as tecnologias já disponibilizadas, como se pode perceber nos apontamentos de muitos autores (Cardoso, 2010; Lucena Ferreira e Bianchetti, 2004; Nicolau, 2011), o ambiente criado na internet tende a conter outra lógica, mais interativa, sendo a todos possibilitado interagir com todos. Tem assim permitido que cada pessoa, além de acessar informações, disponibilize também as suas produções, compartilhando, trocando, intervindo nas informações produzidas por outras pessoas (Kruschewsky et al., 2016).

Como complementa Nicolau (2011, p. 3),

a rede de comunicação que a internet estabeleceu no ciberespaço tem, por um lado, proporcionado a convergência das mídias tradicionais, como rádio, jornal, revista e televisão em um plano de convivência dialogal e dinâmico; por outro, faz interface com diversos suportes midiáticos tais como celulares, *palms*, notebooks que acompanham o tempo todo o usuário. Enquanto essas mídias tradicionais constituíram-se em um modelo essencialmente linear de comunicação, com as informações sendo despejadas diariamente junto ao público receptor ou mesmo em um modelo circular a partir de retroalimentações estabelecidas por cartas e telefonemas, as mídias da atualidade baseiam suas atuações, cada vez mais em diálogos constantes, participações e ações interativas.

Então, a lógica por trás da atual internet pressupõe que cada internauta “é capaz de produzir e distribuir informação, assim como é um potencial receptor de informação selecionada, produzida e distribuída por muitos internautas”. Assim, na confluência das mídias, “na internet várias modalidades comunicacionais coexistem num único artefato tecnológico. Isso provoca uma mudança substancial na questão da mediação social” (Barcelos e Araújo, 2008, p. 254).

Por isso existe essa sugestão de mudança na forma de comunicação. Ao mesmo tempo, a interatividade tem papel central na construção do conhecimento em rede ou na aprendizagem colaborativa (Lucena Ferreira e Bianchetti, 2004).

É salutar lembrar que, para haver interatividade,

não é imprescindível a presença das TIC, pois ela está relacionada à disponibilização de um *mais comunicacional*. Embora a utilização da palavra interatividade tenha sido empregada com maior frequência após o desenvolvimento das tecnologias informáticas para designar a relação entre a pessoa humana e as máquinas, o conceito de interatividade vai além dessa relação (Lucena Ferreira e Bianchetti, 2004, p. 254).

O que os autores querem dizer é que, apesar do termo já ter sido usado antes, ele só veio realmente à tona no sentido que entendemos hoje e a tornar-se conhecido com a chegada das novas tecnologias a partir de 1970, não como uma inovação, mas, sim, como uma ampliação na relação homem-máquina. Isto é, o que compreendemos hoje por interatividade é nada mais que uma nova forma de interação técnica, de característica eletrônico-digital, diferenciando-se da interação analógica que caracteriza a mídia tradicional (Rettori e Guimarães, 2004) e presente nas relações sociais que poderão ser mediadas pelas tecnologias (Lucena Ferreira e Bianchetti, 2004).

Nesse cenário que desponta a partir dos anos 1970, *interativo* passou a integrar o glossário de neologismos que a informática vinha produzindo, admitido em dicionários como o Oxford e designando um programa “cujos *input* e *output* são entrelaçados, como em uma conversa na qual o *input* depende do *output* anterior”. A partir daí, registram-se a derivação de sua forma substantivada, *interatividade*, para designar a característica própria de uma interface digital – textual, gráfica ou mesmo sonora – que permite trocas entre o “usuário de um sistema informático e a máquina” (Valle e Bohadana, 2012, p. 978).

Valle and Bohadana (2012, p. 978) completam essa ideia, mas chamam atenção para uma supervalorização que o conceito teria. Para esses autores, pode-se perceber a partir dessa acepção e com o desenvolvimento de estudos sobre o assunto, que

o conceito de interatividade se origina da nova exigência de operacionalidade imposta ao desempenho de máquinas, a partir do momento em que se concebeu que, em algumas situações específicas, elas pudessem vir a substituir, com vantagens de simplificação e rapidez, o contato humano direto. Mas o termo rapidamente extrapola o universo tecnológico, a exigência de implantação do “dispositivo conversacional” invadindo outros domínios e contagiando todo tipo de “comunicação” indiretamente realizada. Sobretudo no âmbito da propaganda e marketing e das ditas “novas mídias”, a interatividade, entendida em um sentido bem amplo, parece garantir uma aproximação inédita com o consumidor²³, de que resultam algumas falácias relativas à iniciativa e à escolha supostamente concedidas ao usuário, tanto quanto consequências comerciais muito diretas (Valle e Bohadana, 2012, p. 974).

Assim, concluem os autores que não se pode perder de vista o cuidado crítico para estudos mais recentes que mostram a associação da

a interatividade à ruptura dos antigos paradigmas comunicacionais, pregando-se a transição do modo de comunicação “massivo” para o “interativo”. Em resumo, propõe-se a interatividade como palavra de ordem de uma verdadeira revolução social que, amparada pela informática, conduziria a uma ampla reconfiguração das comunicações humanas (Valle e Bohadana, 2012, p. 974).

Matta (2005, p. 434) completa essa ideia, dando a elas contornos mais positivos e mais promissores. Ainda que um pouco fora de contexto, nos serve para uma melhor compreensão de aspectos da interatividade, retomando e expandindo essa relação na comunicação em rede sob em viés mais político:

Há um potencial de transformação social e da prática humana no relacionamento colaborativo e pleno de interatividade, possibilitado às comunidades humanas pelas tecnologias da informação. Mas esse potencial se realiza a partir do diálogo concreto entre as necessidades dos sujeitos e das coletividades e a capacidade das tecnologias de atender a essas necessidades.

Talvez por isso G. Cardoso (2010) viu que as mudanças recentes não deviam ser creditadas somente à inovação tecnológica nos próprios instrumentos de mediação. Para ele, há também a influência da forma como os utilizadores escolheram apropriar-se socialmente desses instrumentos e, conseqüentemente, como construíram novos processos de mediação. Reside aí a necessidade de busca de compreensão de como o sistema de *media* é organizado, mas também de como o configuramos através da

²³ Esse importante apontamento será mais explorado no próximo subcapítulo.

mediação.

A crescente centralidade dos *media*, no exercício de poder e na condução do nosso dia a dia, coloca o estudo da mediação no topo da ordem do dia da investigação social, exigindo a compreensão da forma como os processos de comunicação mediada moldam tanto a sociedade como a cultura, mas também como a mediação molda o sistema de *media* (Cardoso, 2010),

Não só isso, baseado nos estudos sobre a área, reside aí a necessidade de abordar outra questão fundamental: ultrapassar o modelo de comunicação em massa para e encontramos-nos num modelo baseado na comunicação em rede²⁴. “[...] Mais importante do que a mudança tecnológica, para a alteração no sistema de *media*, tem sido a forma como os utilizadores de *media*, nos seus processos de mediação privados, públicos ou de trabalho, moldam as suas dietas e matrizes de *media*” (Cardoso, 2010).

É assim, que, antecipando o que estava por vir, ainda bem antes de Werthein (2000) – com quem iniciamos esse subcapítulo - Lévy (1998, 26 *Cit. In. Mello 2010*) já notava que as tecnologias da informação e da comunicação em rede, incitam a “reinventar o laço social em torno do aprendizado recíproco, da sinergia das competências, da imaginação e da inteligência coletivas”.

Ou seja, ao se falar de tecnologias da informação, precisamos falar em sociedade da informação, que por sua vez remete à comunicação em rede e interatividade, todas “interfaces” de uma mesma moeda.

²⁴ Por aproximação, o conceito de comunicação em rede lembrará outras proposições de modelos de comunicação, a partir das novas mídias, já apontadas aqui. Ainda que com nomenclaturas diferentes, todas elas têm a virtude de chamar a atenção e tentarem explicar o momento das TIC e a necessidade de pensar a comunicação para além do paradigma informacional.

3.3. Interatividade e políticas de relacionamento nos sites de redes sociais

Como se pode depreender do que já foi aqui exposto, e dado o cenário atual da sociedade, o caráter interativo das mídias digitais proporcionou uma mudança significativa no âmbito comunicacional, mas também na forma como as empresas se relacionam com seus públicos consumidores (Barros, 2010).

Thompson (2008 *Cit. In* Barros 2010), nota por isso que enquanto estas alterações nas interações e nos relacionamentos são decorrentes da mudança na mediação, as inovações ocorridas nas mídias digitais fizeram com que as organizações percebessem que é possível ir além de uma comunicação linear ou até mesmo circular com seus públicos. Com este novo cenário, não é estranho que as empresas também se reposicionem e ofereçam uma nova comunicação, ou seja, que elas criem maneiras de estabelecer relacionamentos com seus diversos públicos completamente diferentes do que ocorria antes.

F. Lima (2008, p. 121) define as organizações como sendo o “contexto conformado pela relação entre os interlocutores”. Isto é, a organização tomada como “sujeito social complexo que, em interação com seus membros e com a sociedade, configura determinado contexto de interações”. Se, portanto, as pensarmos como um sistema social, as organizações vivem essa nova realidade. E todas as mudanças ocorridas afetam a estrutura organizacional, uma vez que a comunicação permeia todos os níveis da organização. De acordo com M. R. F. Nassar (2006), a partir da comunicação é que se desenvolvem os demais processos organizacionais, diretamente relacionadas à ordenação do trabalho, permitindo a realização de objetivos, num cenário cada vez mais desafiador.

Do mesmo modo, o ambiente computacional, as novas mídias, internet, etc., tecnologias que dão suporte ao relacionamento das empresas nos dias de hoje, reconfiguram esses desafios. Quanto a isso, Nassar (2006, p. 37) é enfática em sua análise:

Os territórios digitais cada dia mais presentes em nosso cotidiano tiraram o poder da empresa como produtora de conteúdo. As características

tecnológicas, as interações entre homem e máquina, enfraqueceram a diferenciação analógica entre emissor e receptor. Neste quadro, a empresa é mais um importante produtor de conteúdo no âmbito de uma rede de protagonistas que contrapõem o tempo todas as suas interpretações a respeito de praticamente todos os temas que antes eram propostos e discutidos apenas nas salas das direções organizacionais. Um exemplo disso é a forte discussão dos riscos inerentes as tecnologias químicas, nuclear, genética, dentre outras, feitas por todos os grandes protagonistas das redes sociais digitais, tais como as organizações globais da sociedade civil.

Pensada a organização como um sistema social, como apontado acima,

tudo aquilo que denominamos de imaterial – a cultura, a identidade, a imagem, a marca, a reputação, a missão, visão e valores organizacionais – é definido nas cadeias relacionais. [...] É impossível pensar uma empresa e os seus componentes fora do ambiente onde está inserida, de seus mercados e da sociedade. [...]. A organização perdeu a sua centralidade autoritária. Um alguém organizacional só é “sustentável”, “responsável social”, “politicamente correto”, “explorador”, “corrupto”, nas suas relações com os outros. A empresa se estrutura, se configura (desfigura), adquire e consolida (ou desfaz) a sua identidade quando estabelece relações com as suas alteridades. É uma ficção determinar o que uma empresa é, ou quer ser, a partir da sala dos administradores, da cabeça dos comunicadores (Nassar, 2006, pp. 33-34).

Tais apontamentos tem coro nos estudos mais recentes de comunicação organizacional, que, como vimos, pensa a organização num sistema complexo. Desse modo, para Nassar (2006), pode-se perceber que o que define a identidade organizacional é um conjunto de fatores, entre eles, os públicos estruturados em redes de relacionamentos, sem formas definidas, e que não são mais receptores passivos dos conteúdos empresariais, mas sujeitos produtores de conteúdos, críticos, fundamentais para que qualquer organização se legitime diante da sociedade.

Nassar (2006) completa seus apontamentos, importantes para entendermos o contexto atual das instituições, retomando o tema da comunicação organizacional. Para ela, a comunicação vista apenas como ferramenta, como técnica, tem pouca utilidade, e a comunicação organizacional, enquanto pensamento e ação, não passa de uma tentativa de legitimar ou negociar uma determinada interpretação. Mais que isso, ele dever ser

meta-organizacional, ela acontece, é desenhada em um ambiente relacional, enredado, em que a empresa ou instituição não é mais o centro, mas é co-

participante. A organização não tem mais o poder de dizer que quer ser percebida de uma forma ou de outra, a partir de uma área de comunicação ou de gestão. Ela será aquilo que a rede relacional perceber; será aquilo que expressará uma intensa negociação e trocas. Essa rede não admite participantes passivos (Nassar, 2006, p. 34).

É nesse sentido que as mídias digitais têm sido tomadas como propiciadora de meios e oportunidades para a constituição de modos diferenciados de relacionamento (Barros, 2010).

A passagem à digitalização fez com que diversos meios se concentrassem em um único suporte, com o que conhecemos hoje como convergência, e deste modo, recursos tecnológicos como a exibição de imagem pela televisão ou do áudio pelo rádio, deixaram de ser exclusividades de alguns veículos e se tornaram preponderantes na internet, nos celulares e em outras mídias, impactando os antigos meios (Mello, 2010).

Mas mais do que simplesmente empregar múltiplos canais de mídia simultaneamente, ou um após o outro, a convergência das mídias admite melhorar, ampliar e aprofundar a experiência do usuário (Mello, 2010). Por isso, Jenkins (2008 *Cit. In* Barros 2010), trata a convergência interligada a outros dois aspectos: cultura participativa e inteligência coletiva, já que a convergência é uma das condições de um novo processo comunicacional que implica a participação de todos os envolvidos e a construção de conteúdos, a partir da contribuição de cada um. Assim,

ao assumir uma nova postura frente ao processo comunicacional, os consumidores fazem uso da inteligência coletiva. Para compreender melhor o conteúdo é preciso que as pessoas troquem informações, interajam e se relacionem. Os consumidores que apenas recebiam as comunicações provindas das empresas, hoje, fazem parte de um processo coletivo de consumo: são membros de comunidades sobre empresas ou produtos, buscam referências e informações em redes sociais, dentre outras ações. Desta forma, a atual ideia de cultura participativa contrasta com o pensamento anterior de espectador passivo (Mello, 2010, p. 210).

Isto é:

Se os antigos consumidores eram tidos como passivos, os novos consumidores são ativos. Se os antigos consumidores eram previsíveis e ficavam onde mandavam que ficassem, os novos consumidores são migratórios, demonstrando uma declinante lealdade a redes ou a meios de comunicação. Se os antigos consumidores eram indivíduos isolados, os novos consumidores são conectados socialmente. Se o trabalho de consumidores de mídia já foi silencioso e invisível, os novos consumidores são agora barulhentos e públicos (Jenkins, 2008, 45 *Cit. In.* Barros 2010).

Deste modo, a internet não constitui apenas mais um canal de comunicação ou uma mídia, mas a introdutora de uma nova lógica no mercado – como vemos nos exemplos da repercussão de uma experiência negativa na forma viral²⁵ e em tempo real, podendo atingir milhares ou até milhões de consumidores. Com a multiplicação de mídias e a interatividade dos sites de redes sociais, é preciso interagir com os consumidores o tempo todo, e em todos os pontos de contato, o que está obrigando o *marketing* e a comunicação mercadológica a se reinventarem (Mello, 2010, p. 193).

Para Lazzarato, Negri, and Jesus (2001, p. 45, apud Mello 2010) essas formas das metamorfoses do ambiente mercadológico valorizam a comunicação de *marketing*, de modo que “a ativação, seja da cooperação produtiva, seja da relação social com o consumidor, é materializada dentro e através do processo comunicativo”. Mais recentemente, por isso,

a complexidade do meio simbólico e representacional de marcas e organizações parece ter ultrapassado as competências das agências de publicidade. A retórica publicitária está perdendo sua eficácia persuasiva. Ao exagerar sistematicamente os atributos de todo tipo de bens e serviços, a publicidade conseguiu efetivamente aumentar vendas durante um período, porém, no caminho, foi perdendo significado, credibilidade e valor (Islas, 2011 *Cit. In.* Mello 2010, 197).

Essa transição da comunicação mercadológica envolve também uma migração dos investimentos nas mídias tradicionais de massa, para as novas mídias on-line e móveis. As empresas buscam assim, atingir seus objetivos mercadológicos estabelecendo novas maneiras de se relacionar com seus clientes, se inserindo na rede, criando e mantendo contato com diversos públicos e oferecem a interatividade e o relacionamento.

²⁵ Termo da *cibercultura* referente à forma rápida com que algo ou algum assunto é recebido, conhecido e disseminado na internet.

No relacionamento mercadológico, a organização envolve o consumidor através de um ambiente midiático que lhes oferece experiências e imersão em um conteúdo que de alguma forma, valoriza os conceitos que a empresa associa a sua marca e aos seus produtos. No entanto, a relação não se resume aos atributos e benefícios físicos do produto ou serviço comercializado, mas a uma série de aspectos interessantes para os membros da rede (Barros, 2010).

Assim, o que mantém o sistema de relacionamento é o fluxo permanente de informações entre seus participantes. Ao mesmo tempo, esse sistema representa ganhos também para as organizações. Bronsztein and Barros (2013, p. 145), ao explicar esse fenômeno, trazem importantes achados para sua compreensão. Para esses pesquisadores,

os dados se movimentam pela rede de modo que os envolvidos saibam progressivamente mais sobre o outro até o ponto em que se estabeleça a credibilidade no que é dito e na própria relação entre eles. Portanto, o relacionamento se dá quando as partes envolvidas incorporam conceitos como confiança, credibilidade, atendimento de necessidades, personalização, fidelização e troca de interesses. A interação e a troca de informações permitem que as empresas conheçam quem são seus públicos e faça uso deste conteúdo para elaborar produtos, serviços e comunicações com maior adequação às necessidades e ao perfil do consumidor. Forma-se então uma espécie de círculo vicioso em que as empresas têm acesso à enorme audiência da rede e aos seus conteúdos, os usuários usufruem dos benefícios oferecidos pelas organizações em suas redes de relacionamento e conseqüentemente as empresas conquistam mais adeptos porque tornam as suas propostas mais atraentes aos olhos dos consumidores (Bronsztein e Barros, 2013, p. 145).

Portanto, o que caracterizaria o relacionamento estabelecido por empresas e seus públicos na *cibercultura* são as relações interdependentes e processos de negociação. Neles cada interagente participa da construção e é afetado mutuamente. Ou seja, como mostra Barros (2010), uma singularidade desse relacionamento

é que ele se encontra em constante mudança. Cada interação é construída a partir das ações anteriores e, por isso, o relacionamento não pode ser previsto nem planejado. [...] Inicialmente, os participantes se identificam uns com os outros, interagem, estabelecem a confiança recíproca para só então consolidar o relacionamento. Além disso, o relacionamento construído pelos interagentes também modifica o comportamento de ambos, ou seja, a interação modifica os sujeitos e a relação (Barros, 2010, p.12).

Nesse contexto, e que se coaduna com possibilidade de que as empresas usem as ferramentas digitais para promoverem a saúde, surgem conceitos como Marketing 3.0, que suplantaria os antigos preceitos das políticas de relacionamento. Ele

é a fase na qual as empresas mudam da abordagem centrada no consumidor para a abordagem centrada no ser humano, e na qual a lucratividade tem como contrapeso a responsabilidade corporativa [...]. [e] a era do Marketing 3.0 é aquela em que as práticas de marketing são muito influenciadas pelas mudanças no comportamento e nas atitudes do consumidor. É a forma mais sofisticada da era centrada no consumidor, em que o consumidor demanda abordagens de marketing colaborativas, culturais e espirituais (Kotler, Kartajaya, & Setiawan, 2010, p. 12, *Cit. In.* Gomes e Kury 2013)

Gomes and Kury (2013, p. 10) concluem que,

coletando os fatos dos avanços tecnológicos e somando aos fatos do engrandecimento humano, podemos deduzir que uma das maiores ferramentas de difusão de informações e comunicação na Era da Conscientização será a Web. A web é o portal mais fiel para manifestação de opiniões e ações, uma alternativa fácil, de interface amigável e onde é possível se expressar de diversas maneiras. Empresas e pessoas estão utilizando a web e as redes sociais em prol de boas causas. Por ser um mecanismo global e de grande alcance, muito proveito pode ser tirado disso. No Brasil e no mundo há diversos casos em que as plataformas digitais são usadas para realizar ações sociais em benefício ao próximo.

De forma ampla, pode-se dizer então, que será com advento da web 2.0 e a popularização dos SRSs, que as estratégias digitais ganharão ainda mais espaço no composto das políticas de relacionamento empresariais.

CAPÍTULO IV - A PROMOÇÃO DA SAÚDE E OS SITES DE REDES SOCIAIS

4.1. Origens e conceituações sobre a Promoção da saúde

O escopo de entendimento do sistema de saúde no Brasil deve ser apreendido com o acúmulo dos conhecimentos proporcionados pelas contribuições trazidas do campo da Promoção da saúde, tipo de modelo moderno, teórico-conceitual, atualmente usado para subsidiar políticas de saúde em todo mundo (S. R. Carvalho & Gastaldo, 2008). Esse conceito vem sendo elaborado “por diferentes atores técnicos e sociais, em diferentes conjunturas e formações sociais, ao longo dos últimos 30 anos”. E diversos eventos internacionais, “publicações de caráter mais conceitual e resultados de pesquisa têm contribuído para aproximações a conceitos e práticas mais precisas nesta área” (Buss, Czeresnia, Freitas, 2003, p. 24).

A seguir, será apresentado um rápido percurso histórico sobre a promoção da saúde no Brasil e no mundo, além dos conceitos que orientam a noção sobre Promoção da saúde.

4.1.1. Orientações históricas e conceituais

A necessidade de promover saúde e, especialmente, prevenir doenças, mediante a observação da relação entre saúde e certas práticas não é algo novo, ocorrendo desde a antiguidade, como na Grécia antiga. Mas de modo geral, essas práticas estavam restritas a segmentos mais abastados que tinham alcance aos meios de consegui-lo, sendo inacessíveis ao restante da população de onde se originava (Traverso-Yépez, 2007).

Só mais recentemente essas práticas de promoção da saúde terão como intenção e público-alvo toda a população. É o que mostram os estudos da história da saúde pública, apontando assim

o fato de quanto foi gradual e complexo fazer extensivas essas preocupações de promover a saúde e prevenir e tratar doenças para toda a população nos Estados modernos, estando a essência dessa consciência imbricada no próprio desenvolvimento da saúde pública. Essas inquietações aparecem, assim,

vinculadas à incipiente medicina social do início do século passado e, posteriormente, à saúde pública (Rosen, 1994, *Cit. In* Traverso-Yépez 2007).

Isto é, a origem da promoção da saúde moderna, sob um molde “universalista”, está ligada a tradição sanitária, do pensamento médico social do século XIX, focada na existência da relação da saúde com as condições de vida, e ao movimento de crítica à medicalização do setor no início do século XX (Buss et al., 2003; Heidmann, Almeida, Boehs, Wosny, Monticelli, 2006). Como é possível notar a seguir, o conceito advoga um amplo quadro de práticas relativas às formas de se afiançar a saúde e promoção de qualidade de vida às pessoas. Pode ser entendida então, como central na presente tese, já que deve ser eixo articulador daqueles que participam do campo da saúde coletiva, como no caso dos planos de saúde.

Um dos primeiros autores a fazer referência à expressão “promoção de saúde” foi Henry Sigerist, em 1945. Esse médico historiador canadense definiu quatro tarefas essenciais à Medicina: a promoção de saúde, a prevenção de doenças, o tratamento dos doentes e a reabilitação (Buss et al., 2003; Sícoli e Nascimento, 2003). Notava para isso que "a saúde se promove proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso", para o que pediu o esforço coordenado de políticos, setores sindicais e empresariais, educadores e médicos (Sigerist, 1946, p. 19, *Cit. In* Buss, Czeresnia e Freitas 2003).

Já o conceito de promoção da saúde tradicional foi definido, inicialmente, por Leavell e Clark, também na década de 1940, ao desenvolverem o modelo da história natural da doença. Aqui o conceito aparece como um dos três elementos do nível primário de atenção em medicina preventiva (Buss et al., 2003; Heidmann et al., 2006). Dentro desses três níveis de prevenção, existiriam pelo menos cinco componentes distintos, nos quais se poderiam aplicar medidas preventivas, dependendo do grau de conhecimento da história natural (Buss et al., 2003).

Para Leavell e Clark,

a prevenção primária, a ser desenvolvida no período de pré-patogênese, constaria de medidas destinadas a desenvolver uma saúde geral ótima pela proteção específica do homem contra agentes patológicos ou pelo estabelecimento de barreiras contra os agentes do meio ambiente. Como parte deste primeiro nível de prevenção, as medidas adotadas para a promoção da saúde não se dirigem à determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais. Os autores destacam a educação e a motivação sanitárias como elementos importantes para este objetivo e afirmam que os procedimentos para a promoção da saúde incluem um bom padrão de nutrição, ajustado às várias fases do desenvolvimento humano; o atendimento das necessidades para o desenvolvimento ótimo da personalidade, incluindo o aconselhamento e educação adequados dos pais em atividades individuais ou de grupos; educação sexual e aconselhamento pré-nupcial; moradia adequada; recreação e condições agradáveis no lar e no trabalho. A orientação sanitária nos exames de saúde periódicos e o aconselhamento para a saúde em qualquer oportunidade de contato entre o médico e o paciente, com extensão ao resto da família, estão entre os componentes da promoção. Trata-se, portanto, de um enfoque centrado no indivíduo, com uma projeção para a família ou grupos, dentro de certos limites (Buss et al., 2003, p. 18).

Ao longo do tempo, percebeu-se que a extensão dos conceitos de Leavell e Clark era inapropriada para o caso das doenças crônicas não-transmissíveis. Com a importância que se seguiu, a prevenção dessas doenças e a promoção da saúde passou também a associar-se a medidas preventivas sobre o ambiente físico e sobre os estilos de vida, não mais voltadas exclusivamente para indivíduos e famílias (Sicoli e Nascimento, 2003).

Esses e outros fatores levam o conceito de promoção da saúde a modificar-se, influenciado por questões sócio-históricas subjacentes. E o tema ganhará em importância ao longo da segunda metade do século XX, ocasionando a criação de novas correntes teóricas, sobretudo no Canadá, nos EUA e nos países da Europa Ocidental (Heidmann et al., 2006).

Durante os anos 1970, a promoção à saúde já desponta como “nova concepção de saúde” internacional,

resultado do debate na década anterior sobre a determinação social e econômica da saúde e a construção de uma concepção não centrada na doença. Nesse sentido, apontam-se dois acontecimentos importantes: a abertura da China Nacionalista ao mundo exterior, com duas missões de observação de especialistas ocidentais da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1973-1974, e o movimento canadense desenvolvido a partir do Relatório Lalonde: uma nova perspectiva na saúde dos canadenses em 1974, posteriormente reforçado com o “Epp Report” – Health and Welfare Canadá,

1986, documento elaborado sob os auspícios do ministro da saúde de então, Jackie Epp (Heidmann et al., 2006, p. 353).

Desses dois acontecimentos importantes, sabe-se que na missão à China observou-se que os orientais desenvolviam cuidados de saúde não convencionais à abordagem médica e essencialmente no ambiente rural. Essas atividades sem mostravam aparentemente bem sucedidas ao buscar a atenção primária de saúde (Heidmann et al., 2006), e foi uma das primeiras observações relativas ao cuidado da saúde que extrapola a tradicional abordagem da atenção médica (Buss e Ferreira, 2001).

Já o “Informe Lalonde”, publicado no Canadá, em maio de 1974, era inicialmente oriundo de motivação política, técnica e econômica para enfrentar os aumentos do custo da saúde. Mas extrapolaria seu intento inicial. Dentre outros fatores de importância ao debate, foi o primeiro documento oficial a usar o termo “promoção à saúde”²⁶.

Os fundamentos deste informe se encontravam no conceito de “campo da saúde” e introduzem os chamados “determinantes de saúde”. Este conceito contempla a decomposição do campo da saúde em quatro amplos componentes da saúde: a biologia humana (genética e função humana); o ambiente (natural e social), o estilo de vida (comportamento individual que afeta a saúde) e a organização dos serviços de saúde - dentro dos quais distribuem-se (*sic*) inúmeros fatores que influenciam a saúde. Ademais, cada uma dessas categorias pode ser analisada em profundidade para determinar sua importância relativa como causa dos problemas de saúde (Heidmann et al., 2006, p. 353).

O documento estabelece, assim, que o

componente de 'biologia humana' inclui todos os fatos relacionados à saúde, tanto física como mental, que se manifestam no organismo como consequência (*sic*) da biologia fundamental do ser humano e da constituição orgânica do indivíduo. Inclui a herança genética da pessoa, os processos de amadurecimento e envelhecimento e os diferentes órgãos e aparelhos internos do organismo. O 'ambiente' inclui todos os fatores relacionados à saúde externos ao organismo humano e sobre os quais a pessoa tem pouco ou nenhum controle. Os indivíduos, por si sós, não podem garantir a inocuidade nem a pureza dos alimentos, cosméticos, dispositivos ou do abastecimento de

²⁶ Pode-se perceber aqui, e em outras passagens do texto, que os autores especializados na área da saúde usam diferentes preposições no uso do conceito (“de”, “à” e “da”). Obviamente que isso não tem grande implicação teórica, mas vale comentá-la a título de explicação, sobretudo para que não pareça que estamos fazendo uso indistinto. Quanto a isso, note-se que, no presente trabalho, adotou-se o uso do “da”.

água, por exemplo; tampouco está em suas mãos o controle dos perigos para a saúde, como a contaminação do ar e da água, os ruídos ambientais e a disseminação de doenças transmissíveis. Ademais, individualmente, não se consegue garantir a eliminação adequada dos dejetos, nem que o meio social e suas rápidas transformações venham a produzir efeitos nocivos sobre a saúde (Buss et al., 2003).

Já o componente “estilo de vida”, representaria o conjunto das decisões que o indivíduo toma com relação à sua saúde e sobre os quais exerce apenas certo grau de controle. Por fim, a quarta categoria, a “organização da assistência à saúde”, versa sobre a quantidade, qualidade, ordem, índole e relações entre as pessoas e os recursos na prestação da atenção à saúde. E isso definiria, genericamente, os sistemas de saúde (Buss et al., 2003).

O documento de Lalonde, conclui que

até agora, quase todos os esforços da sociedade envidados para a melhoria da saúde e a maior parte dos gastos diretos em matéria de saúde, concentraram-se na organização da assistência médica. No entanto, quando se identificam as principais causas de morbi-mortalidade no Canadá, chega-se a conclusão que sua origem está nos outros três componentes do conceito, ou seja, a biologia humana, o meio ambiente e o estilo de vida (Lalonde, 1996, p. 4, apud Buss, Czeresnia e Freitas 2003).

A promoção da saúde será proposta como umas das cinco estratégias para abordar os problemas do campo da saúde. Além dela, tem-se a regulação, eficiência da assistência médica, pesquisa e fixação de objetivos. Mas a promoção da saúde é aí estabelecida para "informar, influenciar e assistir a indivíduos e organizações para que assumam maiores responsabilidades e sejam mais ativos em matéria de saúde" (Lalonde, 1996, Buss, Czeresnia e Freitas 2003), sem que, assim, lhe seja conferida nenhuma ênfase particular.

Desse modo, o moderno movimento de promoção da saúde crescerá e colocar-se-á no contexto do pensamento estratégico, precisamente a partir da reconceitualização do Informe Lalonde (que recebeu esse nome do então Ministro da Saúde do Canadá, mas foi originalmente chamado "A new perspective on the health of Canadians"). Mais que isso, o informe proporá uma nova fórmula para definir prioridades para saúde e será um

marco de referência para o planejamento estratégico na área, já que, nos países do primeiro mundo, os sistemas de saúde começam, na metade dos anos 70, a serem fortemente questionados (Buss et al., 2003).

Esses questionamentos se fundamentavam no funcionamento desses sistemas, ao passo que demonstravam a necessidade de sua adequação perene aos seus determinantes. Isso porque, enquanto

submetidos permanentemente a forças expansivas (à medicalização, ao desenvolvimento tecnológico, à transição demográfica e à mudança do perfil nosológico), reage-se com mecanismos de regulação, como o uso racional de recursos humanos e físicos, o controle financeiro e a ética profissional. Malgrado a utilização de mecanismos de regulação cada vez mais custosos e sofisticados, os sistemas continuam ineficientes, ineficazes, inequitativos e com pouco apoio da opinião pública. Surgem, então, novas concepções do processo saúde-enfermidade-cuidado, mais globalizantes, que articulam saúde e condições de vida (Buss et al., 2003, p. 21).

Apesar da evolução trazida pelo informe, e seus desdobramentos, a abordagem daí advinda tinha enfoque voltado para a mudança dos estilos de vida, com ênfase na ação individual, adotando-se uma perspectiva comportamental, preventivista. Por esses motivos, houve inúmeras críticas, sobretudo por negligenciar “o contexto político, econômico e social, ‘culpabilizando as vítimas’ e responsabilizando determinados grupos sociais por seus problemas de saúde, cujas causas encontram-se fora de sua governabilidade” (Heidmann et al., 2006, p. 353).

Além disso,

o Informe Lalonde ofereceu uma nova abordagem para a análise da política de saúde, mas não se constituiu em política governamental, uma vez que evitou estabelecer aspectos jurídicos e financeiros, tendo recebido maior atenção internacional do que doméstica. [...] Em suma, a influência deste documento foi abrir as portas para um novo debate e reconhecer politicamente a necessidade de inovações (Draper, 1995, apud Heidmann et al. 2006).

O Informe influenciou também as políticas sanitárias de outros países como da Inglaterra e Estados Unidos e estabeleceu as bases para a conformação de um novo

paradigma formalizado na URSS, na Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde de Alma Ata, em 1978. Essa conferência tinha como a proposta de “Saúde para Todos no ano 2000” e a “Estratégia de Atenção Primária de Saúde”. Além disso, havia em torno dela, ideais trazidos da citada missão à China pela OMS (Heidmann et al., 2006).

Como ocorre com a de Alma Alta, é notório, hoje, o papel central que desempenharam as conferências internacionais no desenvolvimento do conceito de promoção da saúde (Heidmann et al., 2006). Por isso, cabem citar aqui outros três importantes: a de Ottawa (1986), a de Adelaide (1988) e a de Sundsval (1991). Elas são imprescindíveis para estabelecimento das bases conceituais e das políticas contemporâneas da promoção da saúde (Buss et al., 2003; Heidmann et al., 2006).

A I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, no Canadá, em 1986, redundou na mundialmente famosa “Carta de Otawa”, que impactará esse campo de conhecimento. A conferência foi, como mostra o documento do evento,

uma resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública, movimento que vem ocorrendo em todo o mundo. As discussões localizaram principalmente as necessidades em saúde nos países industrializados, embora tenham levado em conta necessidades semelhantes de outras regiões do globo. As discussões foram baseadas nos progressos alcançados com a Declaração de Alma-Ata para os Cuidados Primários em Saúde, com o documento da OMS sobre Saúde Para Todos, assim como com o debate ocorrido na Assembleia (*sic*) Mundial da Saúde sobre as ações intersetoriais (*sic*) necessárias para o setor (DE OTTAWA, 1986).

A partir dela, os conceitos e práticas sobre promoção da saúde passaram a ser divulgados e implementados, de maneira mais ampla, nos sistemas de saúde e nos espaços acadêmicos de todo o mundo. Foi possível também a partir dela, avançar sobre questões que são hoje essenciais ao conceito de promoção da saúde.

Assim, foi definido que a

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (DE OTTAWA, 1986).

Para isso, Buss et al. (2003, p. 354) resumem o que seriam as estratégias de promoção da saúde, segundo a Carta de Ottawa:

- 1) Implementação de políticas públicas saudáveis: a promoção à saúde inclui, além dos cuidados de saúde, outros determinantes como: renda, proteção ambiental, trabalho, agricultura. A saúde deve estar na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores, que devem tomar consciência de suas decisões e responsabilidades. A Carta de Ottawa sugere ações legislativas, fiscais e organizacionais visando à diminuição das desigualdades sociais e à melhoria da qualidade de vida da população. Sugere, também, a adoção de uma postura intersetorial (*sic*) para a formulação de políticas públicas e sua ação sobre o setor saúde.
- 2) Criação de ambientes favoráveis à saúde: propõe a proteção do meio ambiente e a conservação dos recursos naturais como parte da estratégia de promoção à saúde. Para que isto ocorra, sugere ações que objetivem o monitoramento de mudanças das áreas tecnológicas, do trabalho, produção de energia e urbanização, que interferem na saúde da população.
- 3) Reorientação dos serviços de saúde: recomenda que a reorientação dos serviços de saúde deva voltar-se na direção de um enfoque na saúde e não na doença, que apontem para a integralidade das ações de saúde. Propõe, para isto, mudanças na formação dos profissionais e nas atitudes das organizações dos serviços de saúde.
- 4) Reforçando a ação comunitária: implementação de ações e recursos existentes na comunidade e que possam intensificar a auto-ajuda (*sic*) e o apoio social necessários ao desenvolvimento da participação popular nos assuntos de saúde, o *empowerment* comunitário.
- 5) Desenvolvimento de habilidades pessoais: capacitar as pessoas para “aprenderem através da vida” e se “prepararem para todos os estágios” é uma das estratégias prioritárias da nova promoção à saúde. Apóia (*sic*), também, o desenvolvimento pessoal e social mediante a divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais.

Como apontam Buss et al. (2003), por esses meios se percebe porque a carta se tornará um termo de referência básico e fundamental no desenvolvimento das ideias de promoção da saúde em todo o mundo. Além disso, suas estratégias serão o principal marco de referência para a área, fato reforçado pelas conferências internacionais posteriores a ela.

Já outras seguintes a de Ottawa (1986), a de Adelaide (1988) e a de Sundsväl (1991), que merecem menção, são as conferências que ocorreram em Jakarta, em 1997, e no México, no ano 2000. Na América Latina, destaca-se a 4ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde (Buss et al., 2003, p. 15). Essa última, realizada em Bogotá, em 1992, trouxe

a discussão para a situação da saúde na América Latina, na busca de transformar as relações existentes e conciliar interesses econômicos e propósitos sociais de bem estar. O documento elaborado reiterou a necessidade de mais opções nas ações de saúde pública, orientadas para combater o sofrimento causado pelas enfermidades oriundas do atraso e da pobreza, bem como as derivadas da urbanização e da industrialização nos países em desenvolvimento (Mendes, 2004, p. 447).

4.1.2. Diferenciações conceituais

É bom lembrar que, atualmente, para muitos autores, existem controvérsias na definição da promoção de saúde e confusões relativas ao campo conceitual que a cerca (Buss et al., 2003; Sicoli & Nascimento, 2003). Mas, para Sicoli and Nascimento (2003, p. 102),

Apesar de ainda persistirem controvérsias na definição da promoção de saúde e confusões relativas a seus limites conceituais com a prevenção, desde a década de 1980 muitos autores vêm procurando desenvolver, clarificar e disseminar o discurso da promoção.

Para isso, Cerqueira (1997, apud Sicoli e Nascimento 2003) nota que além da dimensão teórico-conceitual – que para essa autora seriam os princípios, premissas e conceitos que sustentam o discurso da promoção de saúde –, subsistiria também uma dimensão metodológica em relação à promoção da saúde, com princípios mais bem estabelecidos. Essa dimensão se refere às práticas, planos de ação, estratégias, formas de intervenção e instrumental metodológico usados na área, e nela não se tem o mesmo consenso que o da dimensão teórico-conceitual.

É, portanto, importante se se marquem distinções, numa e noutra dimensão.

Num contexto no qual está em evidência a busca de modelos de atenção à saúde que extrapolem a assistência médico-curativa, a promoção ganha

destaque no campo da saúde pública. Ela resgata a concepção da saúde como produção social e busca desenvolver políticas públicas e ações de âmbito coletivo que extrapolem inclusive o enfoque de risco (campo da prevenção). Acreditamos que a discussão conceitual dos princípios da promoção de saúde aqui conduzida permite esclarecer sua definição e marcar sua distinção com relação às práticas preventivas. Ainda, o estudo da operacionalização de seus princípios contribui para o desenvolvimento da dimensão metodológica da promoção, permitindo avançar sua retórica (Sicoli e Nascimento, 2003, p. 102).

Quando se observa essa última dimensão, podem-se perceber as dificuldades de limite entre prevenção e promoção, quando se pretende da implementação de práticas e políticas do setor Saúde. E essa confusão conceitual também ocorre em outros âmbitos.

Traçar uma distinção se mostra assim importante, pois revela dois lados que se entrecruzam quando se busca a promoção da saúde. Sob o ponto de vista teórico-conceitual e teórico metodológico, tem-se na ação sua contrapartida: que assenta na dimensão metodológica, mas que também pode e precisa ser vista no campo conceitual. Não é uma distinção clara, mas que pode ser percebida, sobretudo ao se pensar a implementação das estratégias, e que suporta um aspecto político e, sobretudo, quando se pensa essa promoção sob o plano proposto aqui nessa tese: no papel das operadoras e nas possibilidades das mídias virtuais.

Parte da diferenciação já foi apresentada no percurso histórico do tópico anterior, como em Leavell e Clark, com seu modelo focado fortemente na prevenção, passando pelo informe Lalonde, de onde a confusão foi criticada, até a Carta de Otawa. Por isso, se percebe o deslocamento da ideia de promoção indo além da ideia de prevenção de doenças.

A prevenção e a promoção têm em comum, a ênfase no cuidado e não na cura, além do que

uma importante característica da contemporânea discussão sobre a promoção da saúde reafirma a questão dos limites do modelo biomédico [...] para enfatizar os cuidados com a saúde, ao invés de concentrar recursos e ações na assistência e cura de enfermidades. [...] Contudo, uma contemporânea definição de promoção da saúde a identifica como uma estratégia (ou conjunto de estratégias) que envolve um campo de conhecimentos e práticas transversais a todas as ações e níveis de atenção em saúde. Não se constitui

em um nível específico de atenção e, tampouco, se situa em ações anteriores à prevenção (Marcondes, 2004, pp. 9-10).

Prevenir significa preparar, conhecer antecipadamente, prever, evitar ou impedir que se realize um dano, um mal ou um perigo. Assim, o objetivo da prevenção é a ausência da doença. Já promover significa gerar novas perspectivas, fomentar. Por isso, a Promoção da Saúde indica um olhar abrangente e positivo para o desenvolvimento humano, tendo como objetivo maximizar a saúde e os recursos das comunidades. Ou seja, a prevenção se baseia no conhecimento do funcionamento das doenças e dos mecanismos para o seu controle e evitação. A “Promoção da Saúde baseia-se na identificação das necessidades e condições de vida das pessoas e atenta-se às diferenças, singularidades e subjetividades implicadas nos acontecimentos individuais e coletivos de saúde” (Czeresnia, 1999, *Cit. In.* Penteadó e Servilha 2004, 112; Soto Mas, 1997).

É nas conferências de Alma-Ata, ratificado na de Ottawa, que há essa aproximação da promoção da saúde mais com o eixo de qualidade de vida do que do controle das enfermidades.

Por sinal, reside nesse ponto a significativa diferença entre a prevenção das doenças, orientada por um modelo baseado na história natural da doença, e a promoção da saúde entendida, retomando argumento já referido anteriormente, como vida com qualidade e não apenas ausência de enfermidades. Esta abordagem, por sua vez, inscreve a promoção da saúde mais coerentemente no modelo dos determinantes sociais da saúde, do que comporta a noção de processo saúde-doença como histórica e socialmente marcados. Esta ampliação da saúde opera a sua abordagem por um conceito “positivo”, ou seja, que busca a definição da saúde por sua ampla ramificação e presença cotidiana e não por sua ausência, como no caso de uma enfermidade. Entretanto, a noção de que saúde seja vida com qualidade, ao mesmo tempo que coloca a questão dos determinantes sociais, amplia o campo semântico e favorece imprecisões (Marcondes, 2004, p. 10).

Definições tão propositivas como essa, como a de O'Donnell (2008, p. 2), mostram a promoção da saúde como

A ciência e a arte de ajudar as pessoas a mudar seu estilo de vida para se moverem em direção a um estado de saúde ideal, que se constitui num processo de engajamento por um equilíbrio dinâmico entre as dimensões física, emocional, social, espiritual e intelectual e a descoberta da sinergia entre os seus aspectos mais positivos.

Para a ANS *Cit. In.* OPAS (2012, p. 36), é o

processo político que articula ações sanitárias, sociais, ambientais e econômicas voltadas para a redução das situações de vulnerabilidade e dos riscos à saúde da população; capacitação dos indivíduos e comunidades para modificarem os determinantes de saúde em benefício da própria qualidade de vida e a participação social na gestão das políticas de saúde.

Não deixa, assim, de suscitar questões importantes para o Brasil. Ou pelo menos, um papel extensivo das Agências, necessário para a articulação da promoção da saúde por aqui.

Um último ponto a se distinguir rapidamente está nas confusões entre os termos “educação em saúde” e “promoção da saúde”, que afeta a qualidade de discussões técnicas que dizem respeito a intervenções sociais na área de saúde pública (Candeias, 1997).

Entende-se por educação em saúde quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde. A palavra *combinação* enfatiza a importância de combinar múltiplos determinantes do comportamento humano com múltiplas experiências de aprendizagem e de intervenções educativas. A palavra *delineada* distingue o processo de educação de saúde de quaisquer outros processos que contenham experiências acidentais de aprendizagem, apresentando-o como uma atividade sistematicamente planejada. *Facilitar* significa predispor, possibilitar e reforçar. Voluntariedade significa sem coerção e com plena compreensão e aceitação dos objetivos educativos implícitos e explícitos nas ações desenvolvidas e recomendadas. *Ação* diz respeito a medidas comportamentais adotadas por uma pessoa, grupo ou comunidade para alcançar um efeito intencional sobre a própria saúde (Candeias, 1997, p. 210, grifos do autor).

Na distinção, reforçada por Candeias (1997), a promoção, por sua vez, estabelece uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam a atingir ações e condições de vida conducentes à saúde. Nessa definição, reforçando a distinção do que já foi apresentado sobre prevenção e promoção da saúde,

Combinação refere-se à necessidade de mesclar os múltiplos determinantes da saúde (fatores genéticos, ambiente, serviços de saúde e estilo de vida) com múltiplas intervenções ou fontes de apoio. *Educacional* refere-se à educação em saúde tal como acima definida. *Ambiental* refere-se a circunstâncias sociais, políticas, econômicas, organizacionais e reguladoras, relacionadas ao

comportamento humano, assim como a todas as políticas de ação mais diretamente relacionadas à saúde. Utiliza-se aqui para fazer referência àquelas forças da dinâmica social, que incidem sobre uma situação específica e que vão muito além do estudo do ambiente físico ou dos serviços médicos destinados à população. Dizem respeito àqueles fatores ambientais que também precisam ser considerados no planejamento de atividades de promoção em saúde. Note-se que essa se diferencia dos outros dois maiores componentes da saúde pública por fixar a engenharia do meio ambiente à *proteção em saúde* e a administração no ambiente médico aos serviços de *prevenção para a saúde*. A expressão *condições de vida* permite que a definição de promoção em saúde ultrapasse os limites daqueles fatores estritamente comportamentais, observáveis em geral durante o relacionamento interpessoal que ocorre no âmbito do nível local, para prender-se a uma teia de interações muito mais complexa, constituída pela cultura, por normas e pelo ambiente socioeconômico, cada um deles se associando com o significado histórico mais amplo do que se convencionou denominar de estilo de vida (Candeias, 1997, p. 210, grifos do autor).

4.2. A promoção da saúde no Brasil

Os marcos legais e institucionais da promoção da saúde no Brasil são concomitantes à conferência de Ottawa, no Canadá, de 1986. Nesse ano ocorreria no Brasil, a “VIII Conferência Nacional de Saúde”, ponto crucial da mudança no panorama da saúde, no contexto da redemocratização pós-ditadura militar. Como já colocado no Capítulo I, ela envolveu grande participação de profissionais, gestores e cidadãos, e se embasava nas discussões do movimento sanitário, no acúmulo histórico de lutas e propostas convergentes à criação de um projeto alternativo ao modelo médico-assistencial do sistema de saúde brasileiro. E os princípios e diretrizes que norteavam o congresso assemelham-se muito aos conceitos centrais da promoção da saúde que foram incorporados na Constituição Federal de 1988 (Buss e Carvalho, 2009; Buss e Ferreira, 2001).

Alguns anos depois, em 1992, a promoção da saúde é tomada como pano de fundo de uma política nacional de saúde, num contexto de expansão e qualificação da atenção básica. É quando se inicia o primeiro programa, depois transformado em política estruturada, a se inspirar e operar com preceitos de promoção da saúde, o Programa Saúde da Família (PSF), hoje de importância fundamental para o sistema de saúde do Brasil, que será um pouco mais discutida a frente (Buss e Carvalho, 2009).

Nesse início havia, por parte do Ministério da Saúde (MS), ainda que timidamente, a orientação do programa como uma “estratégia” de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Ainda hoje, as equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde da comunidade (Buss e Carvalho, 2009).

No arcabouço conceitual e prático de propostas na área de saúde, para esse e outros programas que viriam a seguir, Traverso-Yépez (2007, p. 227) aponta que o Brasil passa a aderir oficialmente a uma visão mais abrangente de saúde, desde o final da década de 1980, com a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa visão está apoiada, sobretudo, em dois trabalhos: de Wilkinson (1996), *Sociedades doentes: as aflições da desigualdade*, bem como de Wilkinson e Marmot (2003) sobre os determinantes sociais da saúde. Esses autores evidenciam

que um dos maiores determinantes de estatísticas tão diferenciadas de saúde da população tem a ver com o grau de desigualdade social. Esses trabalhos deixam em evidência que mais importante que os bens materiais de uma sociedade (no caso de uma nação, falamos do produto interno bruto ou PIB) é o combate às desigualdades sociais e às mazelas que estas acarretam, refletindo no bem-estar e na saúde geral da população (Traverso-Yépez, 2007, p. 227).

Entre 1998 e 1999, a promoção da saúde ganha alguma institucionalidade no MS com a formalização do projeto “Promoção da Saúde, um novo modelo de atenção”, em cooperação com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Inicia-se, assim, um esforço de introdução formal do tema no debate da saúde no país, no mesmo período em que, a partir do sucesso do seu programa de controle do tabagismo, o Brasil tem papel destacado, no contexto mundial da promoção da saúde, na elaboração do Tratado Internacional para o Controle do Tabaco, desenvolvido no âmbito da OMS (Buss e Carvalho, 2009).

Em 2002, o MS elaborou o documento intitulado “Política Nacional de Promoção da Saúde” (PNPS), sem então vigência integral real no interior do sistema de saúde, mas um registro importante de proposta formal de “política de promoção da saúde” no

âmbito federal. Outros documentos foram também criados com mesma importância: nas áreas de alimentação saudável e atividade física; violência no trânsito; o projeto “Agita Brasil”, a proposta de promoção da saúde na escola, entre outros (Buss e Carvalho, 2009). A promoção da saúde no Brasil

desta época teve apoio do PNUD e enquadrou-se nos esforços de implementação do programa “Comunidade Solidária”, que reunia esforços de diferentes ministérios relacionados com o desenvolvimento local integrado e sustentável [...]. Logo após o lançamento da Estratégia Global para Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, pela OMS, e diante do quadro epidemiológico e de fatores de risco vigentes (taxas de mortalidade por doenças crônicas não-transmissíveis elevadas, altos índices de inatividade física e padrões alimentares dominantes inadequados), o MS decide, em abril de 2004, instituir e iniciar a difusão da Estratégia no país. O MS inicia o programa “Pratique Saúde” (Buss e Carvalho, 2009, pp. 2306-2307).

Esse programa veiculou mensagens de estímulo para a atividade física, a alimentação saudável, a prevenção do tabagismo e do diabetes na grande mídia televisiva, emissoras de rádio, jornais e revistas de todo o país (Malta et al., 2009).

Em 2005, a partir do histórico de aprendizado e formalização de conhecimentos do SUS, entre outros, ocorreu uma

intensa interlocução mantida entre o Ministério da Saúde, e suas diversas áreas técnicas, com organismos internacionais, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e várias instituições de ensino e pesquisa, brasileiras e internacionais, de reconhecida autoridade técnico-científica no tema. O conhecimento e a experiência acumulados e compartilhados geraram as condições históricas necessárias à institucionalização da promoção da saúde (Malta et al., 2009, p. 81).

Em março de 2006, o MS formalizou a política de promoção da saúde no SUS, a partir da formulação feita pelo comitê dos referidos participante, articulando e reforçando diversas iniciativas promocionais, definindo como diretrizes:

- Consolidar a proposta da PNPS e de sua agenda nacional;
- Coordenar sua implantação e articulação com os demais setores governamentais e não governamentais;
- Incentivar estados e municípios a elaborar planos de promoção da saúde;
- Articular e integrar ações de promoção da saúde no SUS;

- Monitorar e avaliar as estratégias de implementação da PNPS e seu impacto;
- Reconhecer a importância da promoção da saúde para a equidade;
- Estimular as ações intersetoriais;
- Fortalecer a participação social (empoderamento);
- Adotar práticas horizontais de gestão e estabelecimento de redes de cooperação intersetoriais;
- Incentivar a pesquisa e avaliação em promoção da saúde;
- Viabilizar iniciativas de promoção da saúde junto aos trabalhadores e usuários do SUS, considerando metodologias participativas e o saber popular e tradicional (Buss e Carvalho, 2009, p. 2307).

Também em março de 2006, foi lançada a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), no âmbito do MS, a primeira a se constituir no mundo. A CNDSS foi composta por dezesseis personalidades de diversas áreas da vida social nacional e de um grupo interministerial, envolvendo dezesseis ministérios das áreas econômicas e sociais, dentre outros representantes. Seu relatório final, intitulado “As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil”, resultou em diversas recomendações, principalmente: a criação de uma Câmara de Políticas Sociais no Gabinete Civil da Presidência da República para realizar a necessária articulação intersetorial, no plano federal, das políticas públicas que têm reconhecidas influências sobre a saúde (Buss e Carvalho, 2009).

Subsequentemente a esses eventos,

a aprovação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) ratificou a institucionalização da promoção da saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Tal processo não só revelou o acúmulo conceitual e da práxis cotidiana do sistema de saúde brasileiro como também a importância da análise de situação em saúde para a eleição de prioridades e focalização das ações sanitárias, [...] eleitas áreas temáticas prioritárias para a implementação da PNPS. Entre elas, destaca-se a indução de atividade física-práticas corporais, reflexo da importância conferida a um modo de viver ativo como fator de proteção da saúde (Malta et al., 2009, p. 80).

Foi criada também uma secretaria executiva – na forma de Secretaria Nacional de Promoção da Saúde e Atenção Básica – no MS, outorgando a este campo à devida prioridade. Como notam (Buss & Carvalho, 2009), a coordenação da área da promoção da saúde, tinha sua localização na “divisão de doenças crônicas não-transmissíveis”, no

interior da Secretaria de Vigilância em Saúde, estrutura responsável, no MS, pela política de “controle de doenças”. Esta era, possivelmente, uma das causas para a baixa prioridade atribuída até então à promoção da saúde no MS e de uma visão reducionista que a mantinha restrita ao âmbito da prevenção de riscos ou doenças (Buss e Carvalho, 2009, p. 2307).

O ano seguinte, 2007,

marca a elaboração do Plano Nacional de Práticas Corporais e Atividade Física visando à indução das respectivas políticas públicas no nível municipal, bem como a operacionalização das ações contidas no Programa de Aceleração do Crescimento da Saúde 2007-2010 (‘Mais Saúde’) e no Plano Plurianual do Ministério da Saúde (PPA) (Malta et al., 2009, p. 83).

Com isso, a promoção da saúde receberá extraordinário destaque no Brasil, constituindo-se num dos sete eixos de intervenção, ao lado da atenção à saúde, complexo industrial da saúde, força de trabalho em saúde, qualificação da gestão, participação e controle social e cooperação internacional (Buss e Carvalho, 2009, p. 2307).

A despeito desse roteiro institucional sobre a promoção da saúde, Traverso-Yépez (2007) explica que as políticas de promoção da saúde no Brasil são resultado da pressão internacional devido aos baixos índices humanos relacionados a saúde, somado à consciência, em muitos dos gestores, sobre as limitações de um modelo de saúde que continua centrado na doença. Se por um lado é considerada a promoção da saúde “como prioridade fundamental das políticas e programas locais, regionais, nacionais e internacionais”, por outro

constata-se um profundo hiato entre o que está no papel e as práticas cotidianas. No caso da implementação das políticas de promoção da saúde, a dificuldade é ainda maior, como consequência (*sic*) da multiplicidade e complexidade dos aspectos envolvidos, entre esses: as desigualdades socioestruturais (*sic*) e as injustas relações de poder afetando negativamente mais de um terço da população brasileira (Traverso-Yépez, 2007, p. 227).

Vê-se que o plano de ação da promoção da saúde no Brasil tem que se haver com as contradições inerentes à realidade socioeconômica do país. Do mesmo modo, os serviços, ações, estratégias de promoção da saúde, irão buscar formas de enfrentamento. Como mostram Buss and Carvalho (2009, pp. 2307-2308), ainda que atravessados por esses problemas, os serviços e ações em promoção da saúde

no Brasil são muito diversificadas, como ocorre em qualquer país ou sistema de saúde. Em termos de “foco” podem estar dirigidas a indivíduos, grupos de população específicos ou a toda população. Quanto ao “objeto”, podem abranger um único problema de saúde, sensível às ações de promoção, ou serem abrangentes, propondo-se, por exemplo, a enfrentar os “determinantes sociais da saúde” como um todo. Em termos de “campo de ação”, podem mobilizar um único dos campos propostos na Carta de Ottawa ou incluir simultaneamente vários deles. Com respeito à “ênfase” conferida, podem identificar-se apenas com ações educativas ou com ações mais abrangentes de saúde, qualidade de vida e desenvolvimento. Podem ser implementadas no âmbito de políticas públicas universais do sistema de saúde ou por organizações privadas, exclusivamente para seus membros. No caso da política pública, podem ser uma iniciativa do governo federal ou de um governo estadual ou local. Além dessas, muitas outras “categorias” poderiam ser invocadas para caracterizar a PS no Brasil.

Nesse sentido, e já sinalizando o que será discutido no próximo tópico, G. W. Campos, Barros, and Castro (2004, p. 746) problematizam a discussão. Eles apontam que a promoção da saúde dentro do país é um campo teórico-prático-político,

que em sua composição com os conceitos e as posições do Movimento da Reforma Sanitária delinea-se como uma política que deve percorrer o conjunto das ações e projetos em saúde, apresentando-se em todos os níveis de complexidade da gestão e da atenção do sistema de saúde. Tal política deve deslocar o olhar e a escuta dos profissionais de saúde da doença para os sujeitos em sua potência de criação da própria vida, objetivando à produção de coeficientes crescentes de autonomia durante o processo do cuidado à saúde. Uma política, portanto, comprometida com serviços e ações de saúde que coloquem os sujeitos – usuários e profissionais de saúde –, como protagonistas na organização do processo produtivo em saúde, entendendo que aí se produz saúde, sujeitos, mundo (Campos, Barros e Castro, 2004, p. 746).

Existem, para isso, no espaço dos serviços de atenção à saúde, individuais ou coletivos, algumas iniciativas que abarcam a promoção da saúde que merecem ser lembradas. Um deles é o SUS, tendo sua configuração institucional que seguem a diversos preceitos da

promoção da saúde, mesmo que na prática seu funcionamento ainda careça de maior expansão de modos promocionais (Buss e Carvalho, 2009).

O Programa Saúde da Família (PSF) é outra iniciativa paradigmática da reorientação e inovação do SUS, à luz de estratégias promocionais e no sentido de sua universalização do sistema de saúde. O PSF iniciou-se

em 1992, com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), visando implementar ações básicas custo-efetivas em populações pobres (reidratação oral, aleitamento materno, educação, etc.), com o objetivo fundamental de reduzir a mortalidade infantil. Evoluiu, graças ao reconhecido êxito do programa, para o que hoje é conceituado como “estratégia da saúde da família” que, segundo seus condutores políticos, visa à conversão do modelo assistencial do sistema de saúde, através da expansão do PSF e da indução da oferta de média e alta complexidade adequada aos preceitos da integralidade e da qualidade da atenção (Buss e Carvalho, 2009, p. 2308).

Outro ponto a ser observado, se dá com a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), onde

o Brasil adotou o conceito de segurança alimentar e nutricional, entendido como a garantia, a todos, de condições de acesso a alimentos básicos de qualidade, em quantidade suficiente, de modo permanente e sem comprometer o acesso a outras necessidades básicas como saúde, educação, moradia, trabalho, lazer [...], com base em práticas alimentares que contribuam para uma existência digna, em um contexto de desenvolvimento integral da pessoa humana (Buss e Carvalho, 2009, p. 2309).

No espaço das políticas públicas de desenvolvimento, da intersetorialidade e da ação comunitária, ocorrem iniciativas de promoção de saúde envolvendo a participação de diversas áreas governamentais e da sociedade (Buss & Carvalho, 2009). Mas uma cabe destaque, o Programa Bolsa Família (PBF), que se enquadra dentro daqueles programas de políticas de proteção social para beneficiar a parcela significativa da população não consegue manter um padrão de vida mínimo, conduzidos em diferentes países do mundo (Sperandio & Priore, 2015). Dessa forma,

O PBF é uma das estratégias governamentais que, mediante transferência condicionada de renda, busca combater a fome e a pobreza no país. O Bolsa Família tem como um de seus principais objetivos promover a inclusão social de famílias em situação de vulnerabilidade, além de melhorar as condições

nutricionais das crianças nelas inseridas (Burlandy, 2007, *Cit. In* apud Sperandio e Priore 2015, 740).

O programa resulta da pactuação entre Governo Federal, estados e municípios, com intuito de potencializar a ação de todos nesse embate. E ao ser inserida no PBF, “a família se compromete a manter crianças e adolescentes frequentando a escola e a cumprir cuidados básicos em saúde: calendário de vacinação, para crianças entre zero e seis anos, e agenda pré e pós-natal para gestantes e mães em amamentação” (Buss & Carvalho, 2009, p. 2309).

No geral, o Bolsa Família representou um avanço no campo social, com resultados positivos (Monego et al., 2015). Sob o ponto de vista da promoção da saúde, tende a propiciar elementos propagados pela OMS na melhoria de vida da população (Buss e Carvalho, 2009; Buss e Ferreira, 2001).

Vê-se assim que, ainda enfrentando problemas, há progressos evidentes na promoção da saúde no Brasil nos últimos anos. Pelas bases políticas e de conhecimento que estão sendo construídas no presente, “existem fortes indicações de que esse campo continuará em trajetória ascendente no país, nos campos da política pública, da ciência e tecnologia, assim como dos movimentos sociais” (Buss e Carvalho, 2009, p. 2309). E passos importantes, no sentido do fortalecimento da promoção da saúde, podem ser dados no engajamento dos sujeitos nos fatores determinantes de melhoria de vida, bem estar e saúde. Isso abre espaço de discussão para o próximo tópico, que tratará de um dos princípios centrais para a promoção da saúde: o empoderamento.

4.3. Promoção da saúde e empoderamento

4.3.1. Os sentidos de empoderamento para o campo da saúde

Empowerment, traduzido para o português como “empoderamento”, é um conceito complexo que toma emprestado noções de distintos campos de conhecimento, não sendo restrito seu uso à promoção da saúde. É uma ideia

que tem raízes nas lutas pelos direitos civis, no movimento feminista e na ideologia da “ação social” presentes nas sociedades dos países desenvolvidos na segunda metade do século XX. Nos anos 70, este conceito é influenciado pelos movimentos de auto-ajuda (*sic*), e, nos 80, pela psicologia comunitária. Na década de 90 recebe o influxo de movimentos que buscam afirmar o direito da cidadania sobre distintas esferas da vida social entre as quais a prática médica, a educação em saúde e o ambiente físico (Carvalho, 2004, p. 1090).

O conceito será adotado no campo da promoção da saúde, com contornos especiais, fundamentando a prática no meio, já que, segundo a OMS as iniciativas de promoção de saúde se caracterizam por programas, políticas e atividades planejadas e executadas de acordo com alguns princípios, dentre os quais dois fundamentais: a participação social e o empoderamento²⁷ (WHO, 1998, apud Sícoli e Nascimento 2003).

Esses princípios são o efetivo e concreto engajamento social estabelecido como objetivo essencial da promoção de saúde, sendo que a participação social

é compreendida como o envolvimento dos atores diretamente interessados – membros da comunidade e organizações afins, formuladores de políticas, profissionais da saúde e de outros setores e agências nacionais e internacionais – no processo de eleição de prioridades, tomada de decisões, implementação e avaliação das iniciativas (WHO, 1998, *Cit. In* Sícoli e Nascimento 2003, p. 104) .

Ao mesmo tempo, a disseminação da informação e a educação são bases para a tomada de decisão e componentes importantes da promoção de saúde, determinantes desses do princípio de empoderamento (Sícoli e Nascimento, 2003).

O termo também remete ao procedimento de transformação da sensação de impotência, internalizada pelos indivíduos perante as iniquidades de poder. E o poder de decisão será fundamental à promoção de saúde comunitária, já que nela as comunidades são responsáveis pela definição e eleição de seus problemas e necessidades prioritárias (Lefreve e Lefreve, 2004).

Assim, empoderamento e participação social não devem ser separados, já que

²⁷ São sete os princípios de promoção da saúde. Além da participação social e empoderamento, a OMS ainda lista: concepção holística, intersectorialidade, equidade, ações multi-estratégicas e sustentabilidade (Sícoli & Nascimento, 2003).

garantir o acesso à informação e ampliar o conhecimento em saúde sem aumentar a capacidade de controle e perspectivas de mudança apenas contribuem para gerar ansiedade e fomentar a sensação de impotência. É fundamental, portanto, vencer as barreiras que limitam o exercício da democracia e desenvolver sistemas flexíveis que reforcem a participação social e a cidadania, como preconizado pelas Conferências Internacionais realizadas, em especial as de Ottawa e Bogotá (Sicoli e Nascimento, 2003, p. 109).

Essa assertiva faz lembrar que o tema do empoderamento se alinha ao processo de formação do campo da promoção da saúde, com referências em documentos publicados pela Organização Mundial da Saúde e resoluções nas já listadas e estudadas conferências internacionais. E a análise desse processo histórico, explica a introdução do conceito entre seus princípios, na formação do ideário da Promoção à Saúde. O estudo desse processo também deixará mais clara a definição do princípio.

Ocorre que dentre as abordagens possíveis oriundas desse processo, a abordagem socioambiental, subsequente à perspectiva behaviorista da década de setenta, propôs novos conceitos, ideias e uma nova linguagem sobre o que é saúde, e sugeriu caminhos para uma vida saudável (Carvalho e Gastaldo, 2008).

Sob essa perspectiva, dentre as estratégias priorizadas pela Promoção à Saúde, a constituição de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes sustentáveis, a reorientação dos serviços de saúde, o desenvolvimento da capacidade dos sujeitos individuais e o fortalecimento de ações comunitárias ganharam destaque. Subsidiando estas estratégias, encontram-se os princípios (ver Nota 26) que afirmam a importância de se atuar nos determinantes e causas da saúde, da participação social e da necessidade de elaboração de alternativas às práticas educativas que se restringem à intervenção sobre os hábitos e estilos de vida individuais (Carvalho e Gastaldo, 2008). Para isso,

a abordagem socioambiental, consolidada no contexto internacional nos últimos quinze anos, preconiza a centralidade das condições de vida para a saúde dos indivíduos e grupos humanos apontando, como pré-requisitos essenciais para a saúde, a necessidade de uma maior justiça social, a equidade, a educação, o saneamento, a paz, a habitação e salários apropriados (Carvalho e Gastaldo, 2008, p. 2029).

Assim, o desenvolvimento das conceituações sobre a abordagem socioambiental na promoção da saúde

reconhece, igualmente, que a assistência à saúde têm um papel significativo na determinação do processo saúde-doença, sugerindo a reorientação dos serviços e sistemas de saúde visando à implementação de práticas integrais e o fortalecimento de ações de promoção da saúde. Considera, para isto, ser necessário uma mudança de atitude dos profissionais de saúde a ser alcançada através de processos educativos, treinamentos e novos formatos organizacionais. Ela também preconiza que os serviços devem estar orientados para a necessidade dos sujeitos como um todo, devendo se organizar respeitando as diferenças culturais porventura existentes. Propõe ainda que este reordenamento se realize a partir do compartilhamento de responsabilidades e da parceria entre usuários, profissionais, instituições prestadoras de serviços e comunidade (Carvalho e Gastaldo, 2008, p. 2030).

E é nesse sentido, que a promoção e o conceito de empoderamento em saúde tem sido aplicado, buscando abarcar uma visão mais ampla das possibilidades da busca por saúde, no âmbito social. Ou seja,

por detrás da imagem-objetivo que preconiza o controle sobre os determinantes do processo saúde-doença por parte de indivíduos e coletivos encontra-se um dos núcleos filosóficos e uma das estratégias-chave do movimento de Promoção à Saúde: o conceito de [...] empoderamento. Ele está presente, por exemplo, nas definições "saúde" e "promoção à saúde" e no âmbito de estratégias da PS como as de "participação comunitária", "educação em saúde" e "políticas públicas saudáveis". Através do empoderamento, a Promoção à Saúde procura possibilitar aos indivíduos e coletivos um aprendizado que os torne capazes de viver a vida em suas distintas etapas e de lidar com as limitações impostas por eventuais enfermidades, sugerindo que estas ações devam ser realizadas em distintos settings, entre os quais a escola, o domicílio, o trabalho e os coletivos comunitários (Carvalho e Gastaldo, 2008, p. 2030).

Entendido em seu compromisso ético, o empoderamento é visto “enquanto movimento permanente da saúde Pública ou Coletiva, [onde] a promoção da saúde aponta para a utopia de um mundo menos doente” [...] (Lefreve e Lefreve, 2004, p. 1616),

Carvalho (2004, p. 1090), tentando mapear os múltiplos sentidos do termo, lembra que *empowerment*, no campo da promoção da saúde, já foi analisado sob um ponto de vista *psicológico*. O *empowerment* psicológico seria

como um sentimento de maior controle sobre a própria vida que os indivíduos experimentam através do pertencimento a distintos grupos, e que pode ocorrer sem que haja necessidade de que as pessoas participem de ações políticas coletivas. Influenciando esta formulação encontramos uma perspectiva filosófica individualista que tende a ignorar a influência dos fatores sociais e estruturais; uma visão que fragmenta a condição humana no momento em que desconecta, artificialmente, o comportamento dos homens do contexto sociopolítico em que eles encontram-se inseridos.

Conforme mostra o autor, essas são algumas possíveis críticas a essa visão. Ela tem o problema de nem sempre incidir sobre a distribuição de poder e de recursos na sociedade e, sobretudo, pode constituir-se em possível mecanismo de regulação social (Carvalho, 2004).

S. R. Carvalho (2004), proporrá a justeza de outra concepção, de “*empowerment* comunitário”, alinhado a promoção da saúde. Para isso tomará como referência a produção de autores como Julian Rappaport, importante teórico do movimento da psicologia comunitária, Saul Alinsky, ativista social norte-americano, assim como de Paulo Freire, educador brasileiro. Na linha do que definirá em estudos posteriores (Carvalho e Gastaldo, 2008), o *empowerment* comunitário se tratará de um elemento-chave de politização para novas estratégias de promoção. Quer dizer:

No processo de ressignificação e repolitização do sentido do “*empowerment*”, esta abordagem trabalha com a noção de poder enquanto um recurso, material e não-material, distribuído de forma desigual na sociedade, como uma categoria conflitiva na qual convivem dimensões produtivas, potencialmente criativas e instituintes, com elementos de conservação do *status quo*. Para os teóricos do “*empowerment*” comunitário, a sociedade é constituída de diferentes grupos de interesses que possuem níveis diferenciados de poder e de controle sobre os recursos, fazendo com que processos de “*empowerment*” impliquem, muitas vezes, a redistribuição de poder e a resistência daqueles que o perdem (Carvalho, 2004, p. 1091).

No processo de empoderamento comunitário, observa-se a presença de fatores situados em distintas esferas da vida social. Estão presentes microfatores encontráveis no plano individual, a exemplo do desenvolvimento da autoconfiança e da autoestima; na mesosfera social encontramos estruturas de mediação nas quais os membros de um coletivo compartilham conhecimentos e ampliam a sua consciência crítica; ao nível

macro de fatores há estruturas sociais como o estado e a macroeconomia (Carvalho, 2004).

Não se trata então de mera formalização teórica, já que

Este entendimento permite afirmar que o poder convive, a todo o momento e ao mesmo tempo, sob o influxo dos macros e microdeterminantes presentes na vida em sociedade. Não é possível pensar, por exemplo, em processos de “empowerment” comunitário sem levar em conta as demais instâncias de funcionamento da vida em sociedade, entre as quais: a intrapsíquica, a intersubjetiva, a familiar, a comunitária, a étnico-cultural (Carvalho, 2004, p. 1092).

Dessa forma, Carvalho (2004) acrescenta que pensar esta categoria como um *continuum* que ocorre desde o nível do individual ao macro, passando pela de intermediação de coletivos e grupamentos sociais, seria uma maneira produtiva de se pensar as práticas de saúde em uma perspectiva integral. Conclui com isso, que

O “empowerment comunitário” pode ser considerado, portanto, como um processo de validação da experiência de terceiros e de legitimação de sua voz e, ao mesmo tempo, de remoção de barreiras que limitam a vida em sociedade. Indica processos que procuram promover a participação, visando ao aumento do controle sobre a vida por parte de indivíduos e comunidades, a eficácia política, uma maior justiça social e a melhoria da qualidade de vida (Carvalho, 2004, p. 1093).

Com base nesse e outros estudos (como em S. R. Carvalho e Gastaldo, 2008), e estendendo esse entendimento, Martins et al. (2009) utilizaram o binômio empoderamento/libertação, como sendo o substituo de *empowerment*, sendo o conceito de libertação apreendido a partir do proposto por Paulo Freire²⁸. Esse binômio, na promoção da saúde, assim representaria a difusão das relações entre saúde e seus pré-requisitos e a construção de mecanismos eficientes para indivíduos e coletivo. Além disso, se constituiria marco teórico como alternativa para a redução dos aspectos de inclusão social e resgate da cidadania a uma mera questão de poder.

²⁸ Paulo Freire foi um educador brasileiro responsável por uma aproximação entre a Teologia da Libertação e a corrente pedagógica no Brasil.

Num sentido parecido, Minkler (1989, *Cit. In.* Carvalho e Gastaldo 2008, 2032) propõe compreendermos o empoderamento social como um processo que conduz à legitimação e dá voz a grupos marginalizados “visando o aumento do controle sobre a vida por parte de indivíduos e comunidades”.

Já Sícoli and Nascimento (2003, p. 113), percebem a importância do princípio, mas chamam atenção para um fato de que, sobre a centralidade desse princípio, na discussão da participação ativa da população e do empoderamento, nas vivências diretas nas instâncias participativas, surgem lacunas na formação e no conhecimento dos atores que precisam ser superadas. Para eles, propondo um olhar diferenciado sobre as estratégias de empoderamento, esse apontamento

difere da que vem sendo fomentado por muitos atores da área, os quais defendem o empoderamento como o mais essencial dos princípios da promoção, inclusive chegando a não explicitar sua fundamental articulação com a participação social e a reduzir a concepção de promoção a ele. Embora hoje o empoderamento compreenda uma perspectiva distinta da conscientização, havendo uma tentativa de incorporar os preceitos da educação popular e reconhecer o outro como ator, assumir este princípio como a parte mais essencial à promoção é preocupante, pois pode incorrer nos riscos de focar simplesmente a dimensão singular ou particular da mudança, sem atrelá-la ao processo estrutural maior, e de fomentar a responsabilização individual, desresponsabilizando o Estado, não articulando a capacitação com a participação ativa e cidadã que de fato permite impulsionar mudanças nos determinantes socioeconômicos e ambientais da saúde (Sícoli e Nascimento, 2003, p. 113).

A assertiva chama a atenção para os limites das propostas por demais otimistas em relação ao alcance do empoderamento. Se se situarmos todo o foco na ação dos indivíduos, perdermos a contraparte da conjuntura social que condiciona e determina essa ação. Indivíduo e grupo se conformam mais num processo deveria ser pensado mais numa tensão dialética²⁹. Mas o acesso à informação é também, aí, uma das bases do empoderamento e da promoção da saúde.

Esse é um fator que reforça as condições e uso das operadoras no sentido da promoção da saúde, ao mesmo tempo melhorar o conhecimento e a consciência das questões de

²⁹ Esse aspecto será posteriormente tratado um pouco mais a frente e sob ponto de vista de análise das estratégias de promoção da saúde pelas operadoras de saúde nas discussões do Capítulo V.

saúde; mostrar os benefícios da mudança de comportamentos; reforçar conhecimentos, atitudes e comportamentos; refutar mitos e preconceitos; salientar uma questão de saúde ou proteger um grupo populacional. Mas, sobretudo, dispor aos usuários a possibilidade de atuar e decidir sobre questões relativas à sua saúde.

4.3.2. Empoderamento, estratégias e o sistema de saúde brasileiro

Conforme o que foi exposto, é possível depreender que a

promoção da saúde se apoia na democratização das informações e num trabalho conjunto de toda a sociedade para a superação dos problemas, envolvendo a descentralização do poder e as ações multidisciplinares e intersetoriais, além da participação da população na formulação de políticas públicas e nos processos de decisões. Onde a criação de espaços para o exercício da cidadania é um elemento essencial para o empoderamento/libertação da população, faz-se necessário desenvolver processos participativos que promovam o desenvolvimento da capacidade dos indivíduos controlarem situações, a partir da conscientização dos determinantes dos problemas ou da formação do pensamento crítico (Martins et al., 2009, p. 682).

Sob ponto de vista parecido, S. R. Carvalho (2004) percebe que o entendimento sobre o empoderamento comunitário concorre para o fortalecimento de uma perspectiva que afirma a necessidade de que, perante o esgarçamento do tecido social brasileiro, se valorize a rede de prestação de serviços do SUS. Conjuntamente, deve-se busca a ampliação do sentido de suas ações, visando a consolidá-lo enquanto espaço privilegiado de sociabilidade e politização de usuários, trabalhadores e gestores.

Para ele,

Serviços de saúde que previnem a doença, que curam e que reabilitam devem, no Brasil, ter como objetivo contribuir para o aumento da capacidade reflexiva e de intervenção de diferentes sujeitos sobre o social. Ao contribuir para a constituição de cidadãos saudáveis, conscientes de seu direito e portadores do “direito a ter direitos”, esses serviços aumentam a possibilidade de ações sociais que incidam positivamente sobre os múltiplos determinantes do processo saúde/doença (Carvalho, 2004, p. 1094).

Já para P. C. Martins et al. (2009, p. 680), o PSF que poderia ser pensado como um *locus* favorável para este exercício, já que a promoção da saúde no Brasil está associada ao Sistema Único de Saúde (SUS), mas também “ao enfretamento de uma realidade de iniquidades históricas, que colocam desafios cotidianos não só ao setor saúde, mas a todos aqueles que constroem políticas públicas”.

Para confirmar sua hipótese, e apoiando em estudos como os J. B. Oliveira and Gusmão (2004) e de E. M. Souza and Grundy (2004), o autor afirma que, no PSF,

as atividades desenvolvidas pelas equipes podem levar a um maior envolvimento e articulação com a comunidade, induzindo o reconhecimento das capacidades criativas, propositivas e gerenciais das camadas populares que podem ser demonstradas continuamente, através de inúmeros movimentos e iniciativas próprias, que estimulem democraticamente a participação popular, remetendo ao conceito de empoderamento, que constitui um eixo central da promoção da saúde (Martins et al., 2009, p. 680).

Num ou noutro caso, o mais adequado para garantir o envolvimento e a participação da população nos programas de saúde é que estes sejam elaborados e aplicados juntamente com a população, e não de forma impositiva. Por sua vez, isso tende a um processo de diálogo e negociação, cuja situação deve ir mudando com propostas e programas desenhados pela população e executados pelo Estado. A consequência disso é que todo esse processo de participação aumentaria o sentido de responsabilidade, o que significaria a consciência e cumprimento de deveres e direitos. Mas esse é um papel que deve ser ocupado pelo PSF, como lugar favorável para o exercício da democracia e fortalecimento da promoção da saúde no Brasil, pensa P. C. Martins et al. (2009, p. 689).

As experiências nos dois programas, ao incidirem sobre a prática de promoção da saúde, ao mesmo tempo reabre o debate do papel das operadoras de saúde nesse sentido. É possível pensarmos que, a partir ambas as experiências, deva se situar nos SRSs, por intermédio das OPS, um possível *locus* de promoção e empoderamento em saúde, tendo o acesso à informação como uma das bases de promoção.

A partir daí algumas estratégias de empoderamento podem ser utilizadas, mais ainda quando se pensa a questão de que indivíduo e grupo se conformam num processo de tensão dialética. No processo estratégico,

durante um período de tempo, muita ênfase foi dada ao grupo, ficando a importância do indivíduo secundarizada ou mesmo esquecida. Como ocorreu em outros processos políticos que buscaram a superação de desigualdades sociais, o indivíduo foi visto como a negação dos interesses e atividades de grupos sociais. Muitos exemplos existentes sobre empoderamento de grupos, em muitos países, têm-se mostrado efetivos e têm sido fundamentais para romper isolamentos e mudar a correlação de forças em favor dos excluídos. Contudo, as análises também mostram que o empoderamento deve levar a processos de mudança a nível individual, não apenas em termos de controle de recursos, mas também em termos de uma maior autonomia e autoridade sobre as decisões que têm influência sobre a própria vida (Iorio, 2002, p. 26).

Para Iorio (2002), a efetividade de estratégias de empoderamento para o combate à pobreza depende do grau em que as dimensões indivíduo e grupo se articulem na apreensão das causas que originam a pobreza, nos dois níveis, o individual e o coletivo. Enquanto de exclusão social, deve ser também capaz de enfrentar causas que dão origem à pobreza e à exclusão nos grupos sociais. Ora,

O empoderamento é uma perspectiva que coloca as pessoas no centro do processo de desenvolvimento. Pode parecer simples esta afirmação, mas ela muda radicalmente a perspectiva e a estrutura na qual o desenvolvimento costuma ser pensado. Apesar de ser uma questão em disputa, hoje prevalece uma compreensão que equaciona desenvolvimento como crescimento econômico e por este caminho se construíram análises, abordagens, políticas e programas. Recolocar as pessoas e os grupos vivendo na pobreza ou excluídos no centro do processo de desenvolvimento significa colocar as instituições econômicas (mercados) e políticas a serviço destes grupos (Iorio, 2002, p. 26).

Quando não se pode atuar diretamente nos fatores macro políticos da pobreza, é de se pensar maneiras de atuação que sejam pontos disseminadores de práticas que podem ajudar nisso. Para isso, cada estratégia de empoderamento tem pontos fortes e fracos. Vale ressaltar um ponto para o entendimento das possibilidades do setor da saúde suplementar.

O ponto de partida geral de uma estratégia de empoderamento é a existência de pessoas, grupos ou setores sociais que vivem em condições de pobreza ou

sofrem de exclusão e carecem de poder suficiente para conseguir uma situação melhor em seu contexto social. O ponto de chegada é uma situação em que esses grupos ou setores saíram da pobreza e da exclusão e se integraram na sociedade como agentes de desenvolvimento (Villacorta & Rodríguez, 2002, p. 48).

O desafio que deve enfrentar a estratégia de empoderamento é o que fazer para conseguir esta mudança, quais são os passos para gerar esse poder em termos de criação das capacidades das pessoas, grupos ou setores pobres e excluídos e de produzir as transformações necessárias no meio à sua volta, de modo que sua nova condição seja sustentável no tempo (Villacorta e Rodríguez, 2002).

As estratégias voltadas para promover ou facilitar o empoderamento devem ser orientadas a incidir em duas dimensões, sendo que a efetividade das estratégias de voltadas para o desenvolvimento dependerá do grau em que essas duas dimensões se desdobrem e se articulem: (1) o incremento das capacidades internas; e (2) a criação de condições a sua volta que favoreçam os processos de empoderamento (Villacorta & Rodríguez, 2002).

Já para fortalecer as capacidades internas dos grupos sociais, segundo os mesmo autores, pode se identificar pelo menos quatro eixos de ação:

1. O fortalecimento de suas organizações;
2. A criação de novos conhecimentos e habilidades;
3. O fortalecimento de sua autoestima e valores; e
4. A construção de vínculos e alianças com outros setores (Villacorta & Rodríguez, 2002).

Note-se que

as estratégias para a criação de um meio favorável ao empoderamento dos setores em desvantagem social não se encontram isoladas das orientadas a fortalecer suas capacidades internas, mas sim se inter-relacionam mutuamente. Isto significa que quanto maiores forem as capacidades internas dos setores em processo de empoderamento, tanto maiores serão suas possibilidades de influenciar o meio ao redor. Mas também o inverso é

verdadeiro: quanto mais favoráveis forem as condições do meio, tanto maiores serão as possibilidades de incrementar as capacidades internas destes setores (Villacorta e Rodríguez, 2002, p. 48).

De acordo com Villacorta e Rodríguez (2002), a experiência latino-americana dos últimos anos, mostra que as estratégias voltadas para modificar o meio, visam a promover:

1. A descentralização do Estado e o desenvolvimento local,
2. A participação cidadã e a atuação em rede,
3. A transparência e o acesso à informação compreensível,
4. A criação de serviços de apoio,
5. A geração de mudanças na cultura institucional, particularmente no Estado, e
6. A influência nas alocações orçamentárias do Estado.

Alguns aspectos dessas estratégias servem e outras não, quando se pensa o setor da saúde suplementar. O próximo passo é determinar se tais ações podem ser transpostas para situações aparentemente diversas. Isso será respondido, em parte, no próximo subcapítulo.

4.4. Promoção da Saúde e a Saúde Suplementar

Quando se considera a promoção da saúde no Brasil, deve-se pensar nas peculiaridades do setor da saúde suplementar. Nele, de forma geral, o modelo de atenção hegemônico sempre se caracterizou por um enfoque biologicista da saúde-doença-cuidado, que desconsidera os determinantes sociais. Caracteriza-se também por ações desarticuladas, desintegradas, pouco cuidadoras, centradas na assistência médico-hospitalar especializada e com incorporação acrítica de novas tecnologias, resultando num modelo caro e pouco eficiente (ANS, 2007).

Além disso, tem-se

o fato de os planos de saúde poderem ter cobertura segmentada em ambulatorial ou hospitalar (com ou sem obstetria), além de planos

exclusivamente odontológicos, comprometendo significativamente a integralidade da atenção. Por outro lado, as práticas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças ainda são utilizadas de forma acessória ou desconsideradas, com pouquíssimo ou nenhum impacto sobre a saúde dos beneficiários (ANS, 2007, p. 15).

Com objetivo de alinhar essas ações e serviços prestados pela saúde suplementar às diretrizes das políticas públicas de saúde, a ANS iniciou, em 2005, o processo de indução de mudanças na lógica assistencial (Rodrigues, Lara Silva, de Sena, 2015). E a primeira iniciativa da ANS para estimular as operadoras de planos de saúde a implementar ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças para seus beneficiários

foi a publicação da Resolução Normativa RN nº 94 em 23 de março de 2005. [...] Essa RN estabeleceu os critérios para a prorrogação dos prazos para a integralização da cobertura com ativos garantidores das provisões de risco, definidas na Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 77, de 17 de julho de 2001, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde que realizassem programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças para seus beneficiários (ANS, 2007, p. 11).

A partir daí, estas e outras estratégias utilizadas pela agência reguladora tem procurado qualificação do cuidado, por meio de incentivos à incorporação de práticas que ultrapassam a assistência médico-hospitalar, predominante no setor privado (Rodrigues et al., 2015).

Ou seja, a ANS tem

buscado estimular as operadoras de planos de saúde a repensarem a organização do sistema de saúde com vistas a contribuir para mudanças que possibilitem sair do modelo hegemonicamente centrado na doença, em procedimentos e baseado na demanda espontânea, para um Modelo de Atenção Integral à Saúde, onde haja incorporação progressiva de ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças. [...] Nesta nova perspectiva regulatória, pretende-se uma mudança no papel dos atores da saúde suplementar, na qual as operadoras de planos privados de saúde tornem-se gestoras de saúde; os prestadores de serviços, produtores de cuidado; *os beneficiários, usuários com consciência sanitária e autonomia* e a ANS órgão regulador cada vez mais qualificado e eficiente para regular um setor que objetiva produzir saúde (ANS, 2007, p. 11, grifo nosso).

Em que se perceba o caráter, mesmo que breve, de empoderamento no grifo acima, autores como Medici, Piola, and Vianna (2002) tem ainda reforçado a perspectiva de mercado também nas práticas de promoção da saúde. As OPS vêm tentando se adaptar às mudanças no panorama da saúde, buscando a redução dos gastos com assistência à saúde de alto custo. Dentre essas mudanças, tem-se o aumento crescente dos custos em saúde, determinado pelo envelhecimento da estrutura etária da população; as transformações nas estruturas de morbimortalidade, com elevação da importância das doenças crônicas não transmissíveis frente às doenças infecto-contagiosas; além das mudanças tecnológicas, que levam à incorporação de mais capital e recursos humanos.

Por outro lado,

O padrão de desenvolvimento científico, tecnológico e a organização da atenção à saúde sob a lógica de mercado, direcionada para a cura de doenças e centrada na prática médica realizada, constituíram formas de produção e consumo de serviços de saúde que tiveram como consequências a elevação de custos, o baixo impacto na saúde da população, a grande especialização e o aumento das barreiras de acesso. Desta forma, a Promoção da Saúde apresenta críticas ao modelo biomédico e proposições para a reorientação dos modelos de atenção à saúde, buscando intervir sobre os determinantes da saúde e basear suas ações de acordo com as premissas da intersetorialidade (Pasche & Hennington, 2006, *Cit. In ANS 2007*, 15).

Por isso, desenvolver programas de promoção da saúde e prevenção de riscos tem como meta, a mudança do modelo assistencial vigente no sistema de saúde brasileiro

e a melhoria da qualidade de vida dos beneficiários de planos de saúde, visto que grande parte das doenças que acomete a população é passível de prevenção. [...] Todo este esforço tem sido realizado no sentido de implementar modelos de atenção baseados na produção do cuidado, assim respondendo à necessidade da integralidade da atenção à saúde. Nesta direção, o setor suplementar deve se tornar um ambiente de produção de ações de saúde nos territórios da promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos indivíduos, com o estabelecimento de vínculo entre profissional de saúde e beneficiários e, principalmente, responsabilização das operadoras pela gestão da saúde de seus beneficiários (ANS, 2007, p. 16).

Para tanto é necessária a adoção de um modelo com foco no cuidado, na ação cuidadora e na lógica da promoção da saúde e prevenção de agravos, até mesmo como benefícios financeiros para as OPS,

principalmente, devido à discussão crescente sobre melhoria das condições de vida e de saúde da população. Os indivíduos querem e precisam ser mais saudáveis para atender a demandas cotidianas, a nestas incluem-se trabalho, formação educacional, lazer e demais compromissos sociais. As operadoras, por sua vez, precisam reduzir seus custos, reter e conquistar seus clientes e, atualmente, oferecer assistência diferenciada e personalizada a seus clientes (Barbosa, Matos Celino, Costa, 2015, p. 57).

Segundo Rodrigues et al. (2015, p. 456), a tentativa de influenciar na qualidade da atenção prestada na saúde suplementar no Brasil pode ser traduzida pelo Programa de Qualificação da Saúde Suplementar. Por meio desse programa, a avaliação de desempenho “das operadoras é realizada por meio do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), calculado a partir de indicadores definidos pela ANS, dentre os quais está incluso o cadastramento e monitoramento de programas de promoção da saúde”.

Mas mesmo que programas de promoção da saúde se constituam como uma das estratégias da ANS, para influenciar mudanças na organização e prestação de serviços ofertados por operadoras de planos de saúde,

é pertinente fazer questionamentos acerca das dinâmicas e concepções que sustentam essas práticas. Apesar das definições da ANS, pressupõe-se que as limitações da saúde suplementar estejam relacionadas à concepção da promoção da saúde com repercussão nos programas desenvolvidos neste campo (Rodrigues et al., 2015, p. 456).

Assim, o ideário da promoção da saúde remete a concepções teórico-conceituais, políticas e ideológicas, que podem ser tomadas como possibilidades para a reforma do setor saúde, ao introduzir princípios norteadores como o empoderamento, a autonomia e a responsabilização múltipla (Rodrigues et al., 2015). Para Rodrigues et al. (2015), é preciso tomar esses princípios como condições *sine qua non* para a promoção da saúde no Brasil, já que representam a capacidade dos indivíduos de fazerem escolhas e criarem formas de lidar com as questões relacionadas ao cotidiano de vida, que sejam mais criativos, solidários e produtores de movimentos.

Além disso, o aumento recente das propostas de promoção da saúde no setor suplementar pode representar um importante impacto positivo na saúde dos beneficiários de planos de saúde. Entretanto, embora haja interesses em expandir e regulamentar práticas de cuidados em saúde rompendo o paradigma biomédico-hospitalocêntrico, os programas desenvolvidos pelo setor suplementar ainda são pouco conhecidos e analisados (Cohn, Santos, e Amarante, 2011).

CAPÍTULO V – METODOLOGIA DE PESQUISA

5.1 Orientações gerais e conceituais

A metodologia de uma pesquisa representa, quando tomamos a ciência como um meio de sistematização de conhecimentos, o local em que especificamos os aspectos lógicos e técnicos dos procedimentos de investigação, tais como os meios de observação, interpretação e verificação dos fenômenos de estudo (Lakatos e Marconi, 2010). Ela é também o caminho do pensamento e da prática exercida na abordagem da realidade (Minayo, Deslandes, Cruz Neto, e Gomes, 2013). Isto é, tem como função nos mostrar como andar no “caminho das pedras” da pesquisa, nos ajudar a refletir e de instigar um novo olhar sobre o mundo: um olhar curioso, indagador e criativo (E. L. d. Silva e Menezes, 2001).

O desenho experimental, assim, é estabelecido de acordo fatores particulares, mas atentando que existem orientações que seguem padrões gerais. Quando se trata de trabalhos sobre promoção da saúde em sites de redes sociais, existem algumas pesquisas que orientam modos de proceder na metodologia desses estudos.

Trabalhos como o de Syred et al. (2014) mostram que, dentre as várias abordagens possíveis desse fenômeno no ciberespaço, como eles o fazem a partir do *Facebook*, pesquisas de comunidades *on-line* vêm usando como métricas-chave para a avaliação desse tipo de intervenção, o volume de contribuições dos associados e a qualidade dos relacionamentos *on-line* firmados. Além disso, esses autores usaram, para a abordagem qualitativa do fenômeno, uma classificação temática para analisar o conteúdo das mensagens, bem como o *Google Analytics* para descrever o número de pessoas que utilizam os sites, os padrões de utilização da página e números de visualização.

Vandelanotte et al. (2014) sugerem, para as métricas quantitativas para uso no mesmo site de rede social na promoção da saúde, abordar o número de *posts*. Qualitativamente, sugerem o estudo do conteúdo das mensagens. Nesses casos, com objetivos parecidos aos de Vandelanotte et al. (2014), Ramanadhan et al. (2013) usaram técnicas de análise

de conteúdo para resumir quantitativamente os *posts* em canais interativos, além do *Facebook*, como *Twitter* e *YouTube*. Já Thackeray et al. (2013), num estudo parecido, utilizou como abordagem qualitativa as subcategorias para o tipo de interatividade dos usuários (discutidas no Capítulo 3), além do grau de sofisticação e da qualidade de redirecionamento das mensagens de promoção de saúde para outros sites de redes sociais.

Considerando os estudos mencionados, a presente investigação tem como objetivo pesquisar as estratégias de promoção da saúde adotadas pelas maiores OPS brasileiras por meio do *Facebook*. Para isso, optou por uma metodologia mista na abordagem do objeto empírico eleito. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, formada por uma tríade analítico-conceitual. Para essa tríade, utilizou-se uma combinação de técnicas para coleta e análise de dados. Para os dados quantitativos, tais como volume de *posts* e sua categorização para que tomasse parte no presente trabalho, foi utilizada a Análise de conteúdo. Para os dados qualitativos, de onde foi observado o caráter relacional das mensagens, foi utilizada a análise do discurso.

Como contraponto metodológico que completa essa triangulação, foi utilizada parte das técnicas de Análise de Reses Sociais, por seu aspecto quantitativo e analítico, para observarmos a visualização e redirecionamento das mensagens, além de padrões de utilização da página das operadoras e aspectos funcionais da rede de informação. A ARS também permitiu estabelecer gráficos para análise e visualização da disseminação das mensagens das páginas do *Facebook* das três maiores OPS brasileiras, fornecendo ainda mais subsídios para o estudo. Pesquisas recentes têm usado essa ferramenta para estudos de fenômenos parecidos na internet (Recuero, 2012; Raquel da Cunha Recuero, 2004).

A ilustração a seguir mostra esquematicamente como se deu a triangulação metodológica.

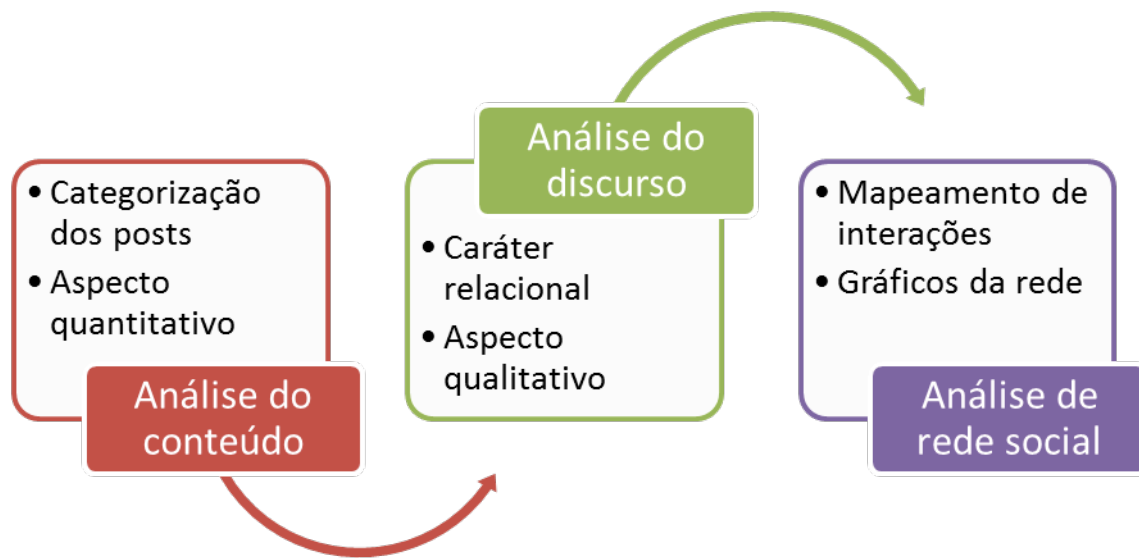


Figura 5 - Ilustração do modelo de triangulação metodológica da presente pesquisa elaborado pela autora.

É importante frisar que a utilização da análise do discurso, quando aplicada aos comentários e respostas entre usuários e OPS, pareceu ser necessária nessa triangulação metodológica, visto que não justificaria estudarmos interatividade e relacionamento das redes sem considerar a participação qualitativa dos usuários que acessam os perfis das operadoras no *Facebook*.

Isto é, se a análise tem como um dos focos a *Interatividade*, elemento da troca de informação em rede, deve-se orientar na forma de *Relacionamento* entre a empresa e o usuário. Esse elemento conceitual é visto aqui como respostas das operadoras às réplicas desses últimos e, destes, ao longo da rede de contatos. Pensando na forma comunicacional em rede, essa resposta deve ser vista sob o viés relacional, isso é, no quanto incita esse relacionamento pela rede (isto é, enquanto *interatividade*).

Assim, mostra-se justificado o uso da Análise de conteúdo e da Análise do discurso, dada a necessidade de se observar a quantidade e qualidade dos *Posts*, no tocante a promoção da saúde (se suscitam ou não a promoção, aspecto qualitativo); bem como a maneira com que a operadora responde aos usuários, sob o ponto de vista da interatividade. Ao mesmo tempo, a Análise do discurso fornece os meios de análise das

mensagens, tendo em mente que a promoção da saúde implica o desenvolvimento da informação sobre aspectos que produzem qualidade e tomada de consciência da saúde para a vida.

Busca-se perceber o quanto o usuário tem importância ao poder produzir conteúdo, na forma comunicacional em que é estruturado o *Facebook*, que foge ao padrão emissor-receptor. A mensagem da operadora deve, em princípio, portanto, suscitar a construção do conhecimento em rede. Ou seja, é preciso observar como as operadoras e usuários interacionam e como fazem uso das mensagens. Ao mesmo tempo em que estimulam a sua disseminação (grau de interatividade), devem engajar-se de modo a promover também o empoderamento. Por isso, tem importância um tipo de postagem que ajude na comunicação, em seu viés relacional, espaço em que ocorre o empoderamento.

Adicionalmente, foi feita uma análise de SWOT para refinamento e sintetização dos resultados. Além disso, essa ferramenta permitiu estabelecer dados estratégicos relacionados aos objetivos, aos usos do Facebook e de comunicação organizacional nesse sítio. E, para confrontar os dados encontrados, foi elaborado um questionário que agregasse vertentes da SWOT, bem como algumas das variáveis em análise. Esse questionário foi então enviado para as três operadoras, além de também ser enviado um para pesquisador referência na área da comunicação organizacional. Buscou assim, observar-se a contraparte das empresas e de um especialista no assunto, além de poder extrair conclusões sobre as necessidades dos utentes e oportunidades para melhorar a comunicação nessas redes, dando robustez à tese em confronto com os dados encontrados pela pesquisadora. Dessa forma, tais determinantes, aliados ao que se disse mais acima, conformam a atual metodologia.

Esses primeiros apontamentos são introdutórios. Para maior entendimento, iremos melhor especificar a seguir os marcos conceituais utilizados, alguns já citados acima, além fazer de um levantamento teórico mais pormenorizado dos métodos utilizados na pesquisa, descrevendo também os fatores por que foram escolhidos, além explicar mais claramente os passos que serão utilizados para a consecução geral da pesquisa.

5.2. Modelo conceitual

Sob o ponto de vista metodológico, para melhor compreensão do modo de investigação, apresentamos primariamente o modelo conceitual, já que existem implicações desse modelo para as categorias de pesquisa. Este modelo e as categorias de pesquisa, por sua vez, requerem que se estabeleçam os marcos teóricos, segundo os quais são estabelecidos o ponto de vista dos principais conceitos da presente pesquisa. O contexto é o sistema privado de saúde no Brasil, com foco sobre as estratégias de promoção da saúde adotadas pelas maiores OPS brasileiras por meio do Facebook.

O modelo conceitual será retomado em outros pontos dessa metodologia, como mais a frente, para especificação de cada uma das categorias de análise, e o tópico subsequente tratará dos marcos teóricos.

A seguir, é apresentado o esquema que ilustra o modelo conceitual.



Figura 6 – Modelo conceitual da investigação. Fonte: Autora da pesquisa, 2016.

5.3. Marcos teóricos e conceituais

Muitas das variáveis que estão envolvidas nessa pesquisa, advêm de campos de conhecimentos amplos e têm, nas suas respectivas áreas, possibilidades interpretativas e conceituais diversas. Além disso, podem ser tomadas de acordo com um dado ponto de vista de um pesquisador. Por isso, supomos a necessidade de retomar alguns pontos do levantamento teórico dos capítulos anteriores e trazer novos dados para estabelecer os marcos conceituais de onde essa tese parte. Isto é, a definição operacional de seus conceitos centrais.

5.3.1. Interatividade

Este é um conceito primordial nesta pesquisa. Pensando na forma comunicacional em rede, e em seu aspecto dialógico, a interatividade é interpretada aqui de forma mais ampla que sua acepção original, de uma relação estrita homem-máquina. Assim, subtende-se nessa relação a comunicação proporcionada entre pessoas pelos meios digitais. Sob o ponto de vista de conceito operacional, é tomada a partir da construção do conhecimento em rede, e se caracteriza pelas respostas das operadoras sob o viés relacional, o quanto incitam e produzem relacionamento pela rede, além de o quanto disseminam informação. Como para Thackeray et al. (2013), a interatividade é aqui entendida como o nível de comunicação e contato nas redes online, entre duas ou mais pessoas, que criam canais de diálogo que fogem a lógica unidirecional da comunicação. Assim, a interatividade aqui supõe, de alguma forma, algum tipo de “redirecionamento”, ação, *likes*, etc., em postagens em que o conteúdo seja referente a promoção da saúde e originalmente produzido pela página da operadora.

5.3.2. Relacionamento

A maneira com que a operadora responde aos usuários, sob o ponto de vista de “produzir” interatividade, assim como, a forma do contatos firmados entre usuários. Aqui está atribuída uma qualidade à resposta dos administradores da página do

Facebook, isto é, se ela é propiciadora de disseminação e produção de conhecimento, ao mesmo tempo em que estimula a interatividade com foco na promoção da saúde, já que o caráter moderador tem caráter motivacional no engajamento dos sujeitos.

5.3.3. Redes Sociais

As Redes sociais definem uma estrutura sociológica. Tomaél e Marteleto (2007, p. 75), assim, definem uma rede social como um conjunto de pessoas, organizações ou outras entidades sociais conectadas por “relacionamentos sociais, motivados pela amizade e por relações de trabalho ou compartilhamento de informações e, por meio dessas ligações”, vão construindo e reconstruindo a estrutura social.

Como reforça G. C. Ferreira (2011, p. 213), para caracterizar-se como rede social deve haver essa estrutura social constituída pelas componentes, designadas por atores. Esses podem estar conectados por um ou vários tipos de relações, tais como laços de amizade, laços familiares, interesses comerciais, sexuais, entre outros. “Nessas relações, os atores sociais desencadeiam os movimentos e fluxos sociais, através dos quais partilham crenças, informação, poder, conhecimento, prestígio etc.”.

Redes sociais se diferem dos Sites de Redes Sociais, como veremos a seguir.

5.3.4. Sites de Redes Sociais

Seguindo as diferenciações propostas por Boyd and Ellison (2007), Raquel da Cunha Recuero (2006) e G. C. Ferreira (2011), para efeito desse trabalho, optou-se por usar o termo mídias sociais (mais geral) para designar tanto os Sites de Redes Sociais (como o *Facebook* e *LinkedIn*), quanto os aplicativos de relacionamentos (como o *Whatsapp* e *Messenger*), diferenciando-os do conceito de redes sociais (que tem caráter mais estrito e sociológico) utilizado na ARS, ainda que por vezes certas características dessas definições se confundam.

Assim, *sites de redes sociais* designam na presente pesquisa, todo tipo de páginas da internet que permitem criar um perfil pessoal, ao passo que disponibilizam meios de interação, troca de mídias e de informações entre os usuários.

Ou seja, o termo *rede social* não é tomado com a acepção popularizada e generalizada nos últimos anos para definir mídias sociais como o *Facebook*. Como vimos, no campo social elas definem um tipo de agrupamento específico, que as mídias de relacionamento como o *Facebook* podem ou não fomentar. Ou, ainda, podem ou não serem propiciadoras de interação e incentivar troca de interesse em comum ao ponto em que estes contatos (nós) e o fluxo de informação entre eles se configurem como uma rede social.

5.3.5. Operadoras de planos de saúde

Seguindo a Lei 9.656/1998, as operadoras de saúde são tomadas como sendo empresas de modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de prestação de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido. Nesse caso, essas empresas tem como a finalidade garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde. Esses serviços são livremente escolhidos pelos usuários, e os custos pagos de forma integral ou parcialmente por meio da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor.

Seguiu-se aqui, também, a classificação de segmento das operadoras de saúde. São o grupo das dos subsegmentos comerciais, formados pelas cooperativas médicas, as medicinas de grupo e as seguradoras; e do segmento não-comercial, formado pelos planos de autogestão. A partir da classificação do segmento, as cooperativas médicas chamadas Unimed's representem uma modalidade empresarial, também com números expressivos, mas nelas existe a questão da individualização de suas unidades, o que restringe esses números. Dessa forma, foram selecionadas duas empresas das medicinas de grupo que congregam a maior e a terceira maior fatia no número de clientes por

empresa individualmente. A segunda empresa com maior em números de clientes é uma seguradora especializada em saúde.

Cabe notar que a importância dessas três empresas transcende a da mera participação numérica no segmento de assistência médica suplementar, haja vista que, além de detentoras da maior fatia do mercado, elas tendem a ser um fator de espelhamento de práticas de promoção de saúde para outras empresas do setor. Por isso, foram selecionadas por presente estudo, por exatamente serem líderes comerciais no seu meio.

5.3.6. Comunicação em saúde

Pressupõe e engloba, nos termos dessa pesquisa, o conteúdo, tipo de comunicação, objetivo, tipos de imagens, interatividade e relacionamento usados para promoção da saúde. A comunicação aqui é admitida em sua dimensão dialógica e interativa, diferentemente da comunicação do tipo informativa. Dessa forma, esse conceito também dá contorno às unidades de análise da presente pesquisa, ajuda a definir a tipologia de conteúdos e temáticas e como as mensagens serão tomadas enquanto orientadas para a Promoção da saúde, assim passíveis de utilização para Análise do discurso.

5.3.7. Promoção da saúde

A promoção da saúde é aqui tomada, na perspectiva da Organização Mundial de Saúde – OMS, que define a saúde como “recurso que permite às pessoas manter uma vida, individual, social e economicamente produtiva” e compreende a promoção da saúde como um processo social e político, não limitado a abraçar ações direcionadas a fortalecerem as habilidades e capacidades dos indivíduos, mas envolvendo, também, ações dirigidas a mudar as condições sociais, ambientais e econômicas, de forma a amenizar o seu impacto na saúde pública e individual (WHO, 1998, p.1).

5.3.8. Empoderamento

Conceito fundamental para a pesquisa, pois pressupõe aqui o objetivo final da comunicação em promoção da saúde. Nesse contexto, é tomado nessa tese como o processo de capacitação dos indivíduos e comunidades para assumirem maior controle sobre os fatores pessoais, socioeconômicos e ambientais que afetam a saúde (WHO, 1998, *Cit in* Sícoli e Nascimento 2003).

Dessa forma, o empoderamento supõe uma dimensão de autonomia que justifica o uso de *Facebook*, já que se retroalimenta da força que o usuário tem, dando-o a capacidade de não somente “repassar” a informação, disseminando-a, mas também participando da produção da informação (Sícoli e Nascimento, 2003).

5.4 Análise de Conteúdo

Como já notado, a presente pesquisa busca uma combinação metodológica em que parte do viés analítico quantitativo advem da análise do conteúdo. Essa técnica será descrita sumariamente a seguir, para depois esboçarmos como ela será utilizada aqui.

5.4.1. Contexto teórico da Análise de Conteúdo

A Análise de Conteúdo (AC) surgiu nos Estados Unidos no início do século XX, visando analisar o material jornalístico produzido, com forte impulso entre 1940 e 1950 na pesquisa de símbolos políticos. Ocorreu uma extensão de seu interesse e pesquisa, entre 1950 e 1960, para outras áreas. Portanto, em termos históricos, esta técnica existe há mais de menos 70 anos, como forma de pesquisa, sendo anterior ao que convencionamos chamar Análise de Discurso (Caregnato & Mutti, 2006).

Como bem observa Sousa (2004a, p. 662), apesar da análise de conteúdo ter nascido “como um método quantitativo para analisar o conteúdo de jornais (por exemplo, a percentagem de notícias de política, desporto, etc., na informação total), pode aplicar-se,

no geral, a todas as áreas da comunicação”. Além disso, “permite destacar questões associadas às relações de gênero, às representações da violência, às representações de minorias e de pessoas portadoras de deficiência, etc”.

Assim, de forma ampla, a análise de conteúdo refere-se a um método usado pelas ciências humanas e sociais para investigação que abarca um conjunto de instrumentos e envolve variadas técnicas de pesquisa. Ela é “uma técnica de pesquisa para a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação”. Além disso, é “uma técnica de investigação determinada a formular, a partir de certos dados, inferências reproduzíveis e válidas que podem se aplicar a seu contexto” (Fonseca Júnior, 2005). Ademais, como assinalou Fonseca Júnior (2005, p. 286), a orientação empírica desse método é uma das suas principais características. Ao lado desta característica, teríamos o diferencial dela ter uma metodologia própria, além do que

é sistemática porque se baseia num conjunto de procedimentos que se aplicam da mesma forma a todo o conteúdo analisável. É também confiável – ou objetiva – porque permite que diferentes pessoas, aplicando em separado as mesmas categorias à mesma amostra de mensagens, possam chegar às mesmas conclusões.

Por isso, para Herscovitz (2008), a análise do conteúdo também estabelece um instrumento voltado para o entendimento da capacidade que os *media* tem de fazer inferências em torno do imaginário social. Em sua metodologia, a sistematização dos resultados de classificação por categorias, constitui-se como um facilitador do processo consequente: a inferência. É por meio desta etapa que o pesquisador “infere” os primeiros dados de análise, ou seja, faz o cruzamento das informações encontradas na categorização e estabelece quais serão os polos em que se concentram sua interpretação.

Ainda para Herscovitz (2008), a análise de conteúdo da mídia nos ajudaria também a entender um pouco mais sobre quem produz e quem a recebe, também a estabelecer alguns parâmetros culturais implícitos e a lógica organizacional por trás das mensagens.

A abordagem da análise de conteúdo pode ser quantitativa e qualitativa, o que determina uma diferença dependendo do rumo tomado. No caso de ser quantitativa, é preciso traçar

uma frequência das características que se repetem no conteúdo do texto. Na abordagem qualitativa, se “considera a presença ou a ausência de uma dada característica de conteúdo ou conjunto de características num determinado fragmento da mensagem” (M. Lima, 1993, p. 54 *Cit. In* Caregnato e Mutti 2006, 682)

De modo que o trabalho de aplicação do método costuma ser feito através do método de dedução frequencial ou análise por categorias temáticas. Na dedução frequencial se enumera a ocorrência de um mesmo signo linguístico (palavra) que se repete com frequência, buscando verificar “a pura existência de tal ou tal material linguístico”, sem a preocupação com o “sentido contido no texto, nem à diferença de sentido entre um texto e outro”. Tudo isso, culmina com descrições numéricas e no tratamento estatístico (Pêcheux, 1990a *Cit. In* Caregnato e Mutti 2006).

Já na análise por categorias temáticas busca-se encontrar séries de significações que o codificador detecta por meio de indicadores que lhe estão ligados. Neste caso, codificar ou caracterizar um segmento é colocá-lo em uma das classes de equivalências definidas, a partir das significações, segundo o julgamento do codificador. Isso exigirá qualidades psicológicas complementares como a fineza, a sensibilidade, a flexibilidade, por parte do codificador para apreender o que importa (Caregnato e Mutti, 2006).

É preciso notar, com esclarece Sousa (2004b, p. 50), que a distinção entre a análise de conteúdo e da análise do discurso é por demais pequena. Isso porque, a análise do discurso procura “desvelar, como o seu próprio nome indica, a substância de um discurso entre o mar de palavras que normalmente um enunciado possui e fazer ilações entre essa substância e o contexto em que o discurso foi produzido”. Ao denominarmos esses procedimentos, outros pesquisadores estão fazendo “uma distinção sutil entre análise de conteúdo (quantitativa) e análise do discurso (qualitativa)”. Do ponto de vista de Sousa (2004b), com o qual concordamos, “esta distinção é inútil, pois uma análise do discurso pode ser, em alguns casos deve ser, simultaneamente quantitativa e qualitativa”.

Entretanto, manteremos a distinção aqui, meramente para evitarmos confusão de conceitos nos trabalhos de base e para haver um diálogo com a produção acadêmica brasileira, que usa os termos de forma diferenciada. Do mesmo modo, essa distinção de nomenclatura é necessária para o emprego metodológico, que será feito na presente pesquisa, já que tais análises serão feitas em tempos diferentes. Primeiramente, será usada a análise de conteúdo, que Sousa (2004a, 2004b) denomina “análise do discurso quantitativa”. Posteriormente, teremos a observação dos dados sob o viés qualitativo, ou, ainda conforme Sousa (2004a, 2004b), a “análise do discurso qualitativa”.

Outro fator encontrado nos autores que descrevem a técnica é certa diferença na nomenclatura e definição das etapas de elaboração do método, por exemplo, em Herscovitz (2008) e Fonseca Júnior (2005). Aqui seguiremos as sugeridas por Sousa (2004b).

Para Sousa (2004b),

os dois procedimentos essenciais da análise quantitativa do discurso são a identificação dos pontos substantivos de um discurso e a sua classificação de acordo com categorias, criadas *a priori* ou, eventualmente, no decorrer da própria análise do discurso (*a posteriori*).

Baseando-se em Wimmer e Dominick (1996), Sousa (2004b) nota que esses não são os únicos procedimentos da análise do conteúdo, nomeadamente quando se pretendem empregar métodos quantitativos, sendo ainda os procedimentos³⁰:

1. Formulação do objeto e dos objetivos, das hipóteses e perguntas de investigação – Essa fase é comum à generalidade das pesquisas científicas e que tem por fim circunscrever o objeto concreto da análise do discurso, adiantar explicações e relações hipotéticas que, com clareza, guiarão a investigação e estabelecer os objetivos da pesquisa;

³⁰ Importante observar que os itens listados a seguir, ao indicativo dessa nota, foram retirados quase na íntegra do livro de Sousa (2004b). Decidiu-se não formatar essa passagem como citação direta para o bem do corpo do texto e para melhor entendimento dos itens.

2. Definição do universo de análise - Nesta fase pretende-se impor limites espaciais e temporais ao *corpus* do trabalho;
3. Seleção da amostra - Nem sempre é possível analisar universos demasiado extensos. Nestes casos, seleciona-se uma amostra representativa deles;
4. Seleção da unidade de análise - A unidade de análise é o elemento que se quantifica;
5. Definição das categorias de análise - A definição de categorias é um dos pontos cruciais da análise do discurso. Esta definição deve ser a mais exaustiva possível, para que todos ou quase todos os elementos substantivos do discurso possam ser classificados (pode criar-se uma categoria residual “outros casos” para aqueles casos que não podem ser categorizados);
6. Estabelecimento de um sistema de quantificação - Numa análise de conteúdo normalmente quantifica-se a frequência da ocorrência das unidades de análise dentro de uma categoria (medição nominal);
7. Categorização ou codificação - A codificação ou categorização do conteúdo corresponde à operação de classificar uma unidade de análise dentro de uma determinada categoria de análise.
8. Análise de dados - Uma vez contabilizadas as unidades por categoria, devem ser usados procedimentos estatísticos para analisar os dados.

5.4.2. Abordagem para a Análise de Conteúdo para a presente pesquisa

Como vimos, a análise de conteúdo é uma técnica analítica que se baseia no método científico que pode ser usado para “resumir” quantitativamente mensagens textuais. Dessa forma, com as categorias de análises, mais à frente estabelecida, busca-se esclarecer:

- a) Os tipos de conteúdos compartilhados pelas maiores OPS brasileiras, através do *Facebook*;
- b) A tipologia de conteúdos e temáticas adotadas pelas maiores OPS brasileiras na promoção da saúde por meio do *Facebook*;

- c) O público efetivo a que se destinam os conteúdos de promoção da saúde compartilhados pelas maiores OPS brasileiras no *Facebook*;
- d) O desenvolvimento e/ ou fortalecimento do relacionamento entre as maiores OPS brasileiras e o público em geral através do *Facebook*;
- e) A resposta (audiência) para o conteúdo de promoção da saúde compartilhado pelas maiores OPS brasileiras por meio do *Facebook*.

Para esse último, será estabelecida uma codificação determinante da “Quantidade da interatividade”, por meio da análise de conteúdo.

5.5. Análise do discurso

Como proposta para fazer a análise qualitativa dos dados trazido da Análise de Conteúdo, é importante destacar que, nesse contexto, a Análise do discurso funciona como a contraparte na busca sentido sobre os dados daí trazidos. Esse campo de estudo será apresentado a seguir.

5.5.1. Perspectivas teóricas sobre Análise do discurso

Como destacado por M. A. S. M. e. Silva (2005, p. 6), a palavra discurso, em sua origem etmológica, contém em si a idéia de percurso, de correr por, de movimento. Assim, de forma óbvia, o objeto da Análise do Discurso é o discurso, isto é, ela se interessa por estudar a “língua funcionando para a produção de sentidos”. Isto permite analisar unidades além da frase, ou seja, o texto.

Dentro do que convernciona-se chamar Análise do discurso, como notado por Maia (2009, p. 1), a partir da obra de Norman Fairclough (2001), *Discurso e Mudança Social*, o histórico de revisão de métodos e resultados mostra diferentes abordagens, tais como

o trabalho descritivo de linguistas como Sinclair e Coulthard (1975), passando por abordagens de análise de conversação presentes nos estudos de Labov e Fanshel (1977), pela linguística crítica de Kress e Hodge (1979) e pelo trabalho crítico de Michel Pêcheux, até chegar à perspectiva de discurso

desenvolvida por Michel Foucault, de caráter mais histórico, teoricamente orientado, e centralizado na categoria do poder.

Por isso, ressaltou Gill (2010, p. 244 *Cit. In Caregnato e Mutti 2006, 680*) que não existe apenas uma linha de Análise de Discurso (AD), mas muitos estilos diferentes, algo em torno de 57 variedades, com enfoques variados,

a partir de diversas tradições teóricas, todas reivindicando o mesmo nome. O que esses diferentes estilos parecem ter em comum, ao tomar como objeto o discurso, é que partilham de “uma rejeição da noção realista de que a linguagem é simplesmente um meio neutro de refletir, ou descrever o mundo, e uma convicção da importância central do discurso na construção da vida social”.

Para Caregnato and Mutti (2006, p. 680), a AD não seria uma metodologia, mas uma disciplina de interpretação fundada pela intersecção de epistemologias distintas, de áreas da linguística, do materialismo histórico e da psicanálise. Cada qual, a seu modo, contribuiu para a evolução da AD, sendo que é com a linguística que há um deslocamento da noção de fala para discurso; “do materialismo histórico emergiu a teoria da ideologia; e finalmente da psicanálise veio a noção de inconsciente que a AD trabalha com o de-centramento do sujeito”.

Um dos fundadores dos estudos sobre a AD foi Michel Pêcheux, para quem o processo de análise discursiva tem a pretensão de interrogar os sentidos estabelecidos em diversas formas de produção, verbais e não verbais, bastando que sua materialidade produza sentidos para interpretação. Dessa forma, para ele, pode a linguagem ser estudada

não apenas enquanto forma linguística como também enquanto forma material da ideologia. Além de que é “no contato do histórico com o linguístico, que [se] constitui a materialidade específica do discurso”. A AD trabalha com o sentido e não com o conteúdo do texto, um sentido que não é traduzido, mas produzido (Caregnato e Mutti, 2006).

Essa produção, portanto, imbrica com a ideologia, conceito chave da análise do discurso, de forma que

O DISCURSO é um suporte abstrato que sustenta os vários TEXTOS (concretos) que circulam em uma sociedade. Ele é responsável pela concretização, em termos de figuras e temas, das estruturas semio-narrativas. Através da Análise do Discurso é possível realizarmos uma análise interna (o que este texto diz?, como ele diz?) e uma análise externa (por que este texto diz o que ele diz?). Ao analisarmos o discurso, estaremos inevitavelmente diante da questão de como ele se relaciona com a situação que o criou. A análise vai procurar colocar em relação o campo da língua (suscetível de ser estudada pela Linguística) e o campo da sociedade (apreendida pela história e pela ideologia) (Gregolin, 1995, p. 17)

Para a AD, ideologia toma a forma de um conjunto de representações dominantes em uma determinada classe dentro da sociedade. Enquanto existem várias classes, várias ideologias estão constantemente confrontando-se com a sociedade, de forma que a ideologia é a visão de mundo de determinada classe, a maneira como ela representa a ordem social. Desse modo, linguagem e ideologia se relacionam na determinação daquela por esta, pois não há uma relação direta entre as representações e a língua (Gregolin, 1995).

Como mostrou (Pêcheux, 1990b, p. 18)

O discurso é um dos aspectos da materialidade ideológica, por isso, ele só tem sentido para um sujeito quando este o reconhece como pertencente a determinada formação discursiva. Os valores ideológicos de uma formação social estão representados no discurso por uma série de formações imaginárias, que designam o lugar que o destinador e o destinatário se atribuem mutuamente.

Dessa forma, a análise do discurso subjacente a um texto, podemos observar as projeções da enunciação no enunciado; os recursos de persuasão utilizados para criar a "verdade" do texto (relação enunciador/enunciatório) e os temas e figuras utilizados (Gregolin, 1995).

É importante salientar que na interpretação o analista é um intérprete, que assim produz uma leitura também “discursiva influenciada pelo seu afeto, sua posição, suas crenças, suas experiências e vivências; portanto, a interpretação nunca será absoluta e única, pois também produzirá seu sentido”. De modo que,

Qualquer elemento pode ser estudado enquanto marca linguística, ou “marca de discurso”, podendo ser selecionadas poucas marcas linguísticas para interpretação; na AD não é necessário analisar tudo que aparece [...], pois se trata de uma análise vertical e não horizontal. O importante é captar a marca linguística e relacioná-la ao contexto sócio-histórico. Deste modo, várias leituras do texto farão com que o analista do discurso estranhe aquela(s) palavra(s) ou formas sintáticas, pode ser, que marca(m) o discurso e se repete(m), visualizando assim as marcas linguísticas no material linguageiro (Caregnato e Mutti, 2006, p. 682).

Ao mesmo tempo, é interessante explicar o motivo que induziu a escolha do recorte sócio-histórico, pois este faz parte das “condições” “de produção do discurso, representadas no *corpus* em análise, bem como a necessidade de ilustrar as condições da constituição do *corpus*”. Em seguida, quando delimitado o eixo temático, o pesquisador trabalhará com este, supondo

o estabelecimento de “recortes discursivos”, onde se representam linguagem e situação. O recorte resulta da teoria e é uma construção do analista; no estudo do recorte se busca caracterizar as regularidades na “formação discursiva”, no confronto com sentidos heterogêneos. As regularidades das marcas linguísticas que aparecem no discurso fazem parte da identidade do discurso acessado pelo sujeito, trazendo sentidos pré-construídos que figuram na memória do dizer da sociedade (Caregnato e Mutti, 2006, p. 682).

Dessa forma, a interpretação deverá ser feita sempre entre o “interdiscurso” e o “intradiscurso” do enunciado, até chegar às posições representadas pelos sujeitos através das marcas linguísticas. Note-se que aqui não tem importância a forma e o conteúdo, mas os efeitos de sentido que se pode apreender mediante interpretação. Por isso é preciso não “esquecer que a interpretação sempre é passível de equívoco, pois embora a interpretação pareça ser clara, na realidade existem muitas e diferentes definições, sendo que os sentidos não são tão evidentes como parecem ser” (Caregnato e Mutti 2006, 682).

Seguindo a interseção feita por Sousa (2004a, 2004b) com análise do conteúdo, a Análise do discurso qualitativa aqui, procura apreciar as qualidades não quantificáveis do objetivo do tema de estudo. Assim,

um discurso pode ser analisado sob os prismas da linguística ou da semiótica, por exemplo. Além disso, excertos representativos de um discurso podem ser empregues para justificar determinadas proposições e juízos que se possam fazer durante uma pesquisa qualitativa. É óbvio que a análise qualitativa do discurso (tal como a quantitativa) pode ser aplicada à publicidade, à comunicação empresarial, à comunicação mediática em geral, aos estudos filmicos, aos estudos literários, etc (Sousa, 2004a, p. 680).

Para isso, o pesquisador deve seguir os mesmos passos estipulados para a análise quantitativa e os passos do processo científico em geral. A diferença é que a abordagem será qualitativa.

É, assim, tarefa do pesquisador localizar, identificar, seleccionar, recolher, descrever e analisar elementos de interesse para a sua pesquisa. Por exemplo, para avaliar a comunicação escrita num jornal, o pesquisador deve recolher e analisar uma amostra de textos. A amostra deve ser construída com base nas mesmas regras que presidiriam a uma análise quantitativa do discurso [...]. Posteriormente, em função do objeto e dos objectivos da pesquisa (à partida delimitados pelas hipóteses e perguntas de investigação), o analista pode preocupar-se em verificar se a linguagem é complexa ou simples, se as regras gramaticais são respeitadas, como os discursos indiciam as intenções dos enunciadorees, etc. [...] com base numa grelha de análise, definida pelo pesquisador em função de categorias de análise, tendo em conta as hipóteses e perguntas de investigação oportunamente colocadas. A única diferença é que não se contabilizarão dados nas categorias. Apenas se apresentam os dados que servirão de base à interpretação (Sousa, 2004a, p. 680).

Desse modo, cabe ao pesquisador procurar individualizar, circunscrever e definir os itens que irá analisar nos documentos que se propõe estudar. À medida que avança nessa análise, documento a documento (ou frase a frase, palavra a palavra, etc.), deve registar os dados respeitantes a cada item (Sousa, 2004a). E entre os elementos que podem configurar uma análise qualitativa do discurso,

com repercussões sobre a construção da grelha de análise, encontram-se, por exemplo, a análise do tema, dos enquadramentos e das estruturas, a determinação dos objectivos do enunciadoree e dos objectivos e acções dos protagonistas, o estudo das estruturas textuais, a determinação das qualidades atribuídas às fontes e personagens, etc.

Na presente pesquisa, com base no proposto por Souza (2004a, 2004b), a análise do discurso será utilizada sob dois aspectos. Aplicada aos comentários e respostas entre usuários e OPS, para estudarmos a interatividade e relacionamento, a partir do modo de

uso da linguagem nessa relação, com elemento da troca de informação em rede entre a empresa e o usuário. Além disso, a análise do discurso proporcionará meios de observar a ocorrência e se a promoção da saúde implica o desenvolvimento da informação sobre aspectos que produzem qualidade e tomada de consciência da saúde para a vida, em sentidos amplos, isto é, sob a forma de empoderamento.

5.5.2. Abordagem para a Análise de discurso para a presente pesquisa

Para tanto, as unidades de análises (textos) serão as mensagens dos *posts*, observados o discurso e os sentidos contidos. Por meio da Análise do discurso, tentaremos clarificar a construção dos sentidos dados às mensagens e articulá-las aos outros aspectos de análise, sobretudo tomando a questão da interatividade. Como isso, se busca um maior espectro de entendimento da formalização discursiva da promoção da saúde, além dos sentidos que essa dimensão tem para as operadoras, conforme esquema abaixo. Dessa forma, o conceito de empoderamento é central para este apanhado.

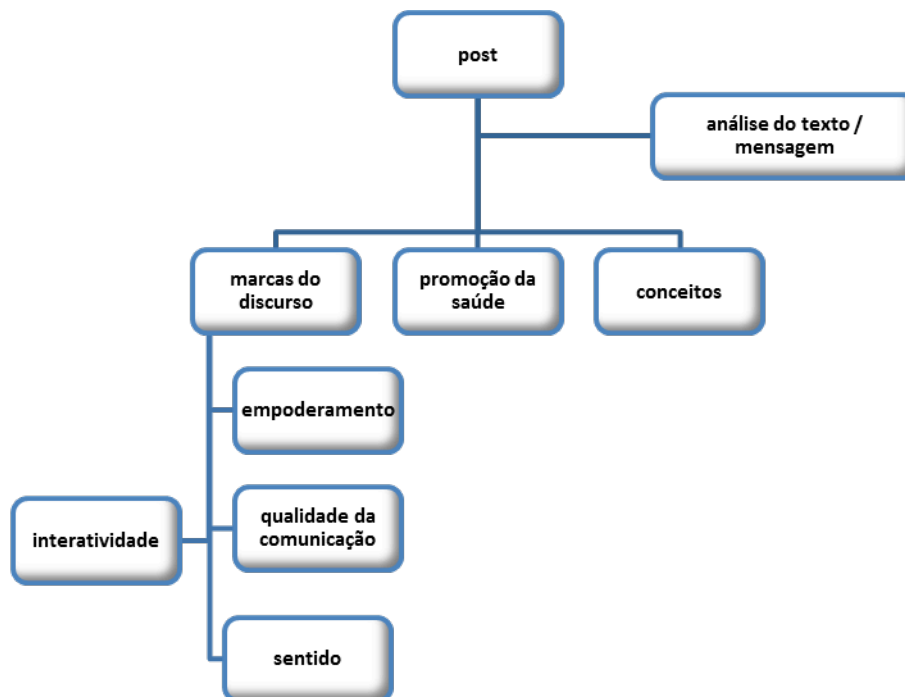


Figura 7 – Esquema para a Análise do discurso. Fonte: Autora da pesquisa, 2006.

5.6. A Análise de Redes Sociais - ARS

Além da Análise do conteúdo e Análise do discurso, a Análise de Redes Sociais foi proposta por proporcionar mais dados para presente pesquisa, enriquecendo sua capacidade analítica, sob um viés mais atual, quando se pensa em redes sociais online. Mas, além disso, por meio dela e das ferramentas disponíveis em seu campo, pode-se fazer uma análise e visualização das redes de interação. A seguir, faremos notas sobre aspectos relevantes na presente pesquisa, além do que já foi dito, além da adequação metodológica do uso da ARS em pesquisas de redes na internet.

5.6.1. Contextualização teórica da ARS

Conforme mostrou Mizruchi (2006, p. 73),

O princípio básico da análise de redes é que a estrutura das relações sociais determina o conteúdo dessas relações. Os teóricos das redes rejeitam a noção de que as pessoas são combinações de atributos, ou de que as instituições são entidades estáticas com limites claramente definidos.

Assim, quando se usa os termos classe, sexo, idade, gênero, para pessoas; ou governo, estado, para instituições, na definição desses que se tornam objeto de estudo, “esses termos e categorias ofuscam aquilo que, para os teóricos de redes, seria a matéria principal da vida social: as redes concretas de relações sociais, que ao mesmo tempo incorporam e transcendem organizações e instituições convencionais”.

E como se pôde ver, a descrição dos tipos de redes sociais incidem diretamente na temática da Análise de Redes Sociais. Isso porque essa descrição caracteriza o modo com que o pesquisador conduzirá seu estudo e seu olhar para a análise das redes em estudo, e que se seguem aos métodos da ARS.

Além disso, é dessa área de estudo de onde advêm grande parte das teorias que orientam os estudos de redes sociais, oriundos, em larga medida, das pesquisas de seus fundadores, que conformam um campo mais amplo, das ciencias de redes sociais. Assim,

“a análise de redes sociais constitui-se em um conjunto de estudos denominados estruturalistas, ou seja, que buscam a compreensão das estruturas sociais através dos padrões de conexão entre os indivíduos, surgidos principalmente em meio aos estudos sociológicos” (Recuero, 2004, p. 26).

A partir dos modos de abordagem e de classificação das redes sociais, e do histórico³¹ das origens por trás da metodologia empregada, que a análise estrutural de redes sociais é um ramo amplo, que compreende tanto abordagens mais quantitativas e sociométricas quanto abordagens mais qualitativas. Ou seja, a análise de redes sociais é inerentemente uma empreitada interdisciplinar, com princípios desenvolvidos por um próspero encontro da teoria social e da aplicação da matemática formal, da estatística e dos métodos computacionais (Recuero, 2006).

Posteriormente, aparece como novo paradigma de análise dentro das ciências sociais. Ainda assim, o método

é igualmente aplicado a outras ciências, pelo seu caráter multidisciplinar, focado em um tipo de dado muito específico, o dado relacional. Trata-se das conexões, laços, contatos, e demais elementos que relacionam um grupo a outro, um indivíduo a outro (Recuero, 2006).

E como explicou Scott (2000,p.3), “relações não são propriedades de agentes, mas de sistemas de agentes”.

Pensando na internet, Raquel da Cunha Recuero (2006) ressaltou que a abordagem de rede fornece ferramentas únicas para o estudo dos aspectos sociais do ciberespaço: permite estudar, por exemplo, a criação das estruturas sociais; suas dinâmicas, tais como a criação de capital social e sua manutenção; a emergência da cooperação e da competição; as funções das estruturas; e mesmo, as diferenças entre os variados grupos e seu impacto nos indivíduos.

³¹ Parte da demonstração desse percurso histórico já foi empreendido no Capítulo 3 da presente tese, fundamentando o que entendemos ser importante para o objetivo desse trabalho. Assim, nessa metodologia procuraremos, dentro do que foi levantado naquele capítulo, especificar apenas as vertentes de abordagens e classificações que nos interessa.

De acordo com Freeman (2004 *Cit. In* Recuero 2004), existem três vertentes básicas que se constituem como as ferramentas e abordagens básicas do estudo das redes sociais:

- a) A abordagem empírica, que constitui a coleta sistemática de dados sobre a interação entre indivíduos em um grupo;
- b) A abordagem imagética, que busca sistematizar os dados coletados no campo em representações gráficas, de forma a tentar encontrar padrões nessas representações; e
- c) A abordagem matemática e computacional, que sistematizam ferramentas para uso computacional.

Tanto a análise de rede social quanto a ciência das redes são baseadas em premissas desenvolvidas por teóricos referenciados por uma ou por outra dessas abordagens, e de ferramentas de análise desenvolvidas através dos anos. Mas só mais recentemente esse método foi empregado diretamente na análise de redes sociais na internet (Recuero, 2006).

Um dos primeiros estudos a trabalhar com análise de redes sociais para estudar problemas da comunicação mediada por computador foi o que Barry Wellman, que de 1996 a 1999 entrevistou usuários de sua cidade e tentou compreender como o advento desse tipo de comunicação, interferia na constituição das redes sociais por eles estabelecidas. Nos últimos anos, entretanto, há uma grande popularização do uso da ARS para o estudo das estruturas sociais na internet, tão diversos como os estudos abordando outros elementos e sistemas variados. Isso determina adequações metodológicas, além do fato de que a estrutura sociológica agora está inserida no ciberespaço (Recuero, 2006, p. 61).

Raquel da Cunha Recuero (2006, p. 61), chama atenção também para adequações quanto aos *Padrões de Conexão*. Eles são as unidades que podem ser analisadas como constituintes das arestas da rede. No caso análise das redes sociais na Internet, é imprescindível notar a questão da interação social mediada por computador como base para a análise dos laços e relações sociais nesse ambiente (Recuero, 2004). Mas o

próprio caráter comunicacional da internet sugere que a “interação social mediada por computador será sempre uma interação mútua, dialógica”.

Leve-se conta também, por exemplo, a relação de um interagente com um *hiperlink* na *web*. Ao agente é permitida, de um modo geral, apenas a decisão entre clicar ou não no *link*. Ele não pode redefinir a URL para onde este *link* aponta, tampouco pode escolher para onde deseja ir, a partir daquele *link*. Trata-se de um “vetor unidirecional”, criado por alguém, que permite ao usuário unicamente, ir ou não ao sítio digital para onde ele aponta (Recuero, 2006).

Porém, em outros sistemas, como no campo de interação do *Facebook*, ou como nos comentários de um blog, “por exemplo, é possível realizar um diálogo não apenas entre os comentaristas, mas também com o autor do blog. Trata-se de uma interação construída, negociada e criativa” (Raquel da Cunha Recuero, 2006). Como assevera Primo e Recuero (2003), “Trata-se de uma interação mútua”. É possível observar-se em interfaces comunicativas, como o Facebook, “não apenas a interação em um comentário, mas as relações entre as várias interações e perceber-se que tipo de relação transpira através daquelas trocas”.

5.6.2. Abordagem para a ARS na presente pesquisa

A ARS serve à presente tese para estabelecer estudo do padrão e da forma da interatividade, para análise e visualização das redes estabelecidas por essa interatividade, além de forma e força da rede, possibilitando analisar a rede de cada uma das operadoras.

Como notou F. Wolf (2008), a análise de redes sociais possui uma série de procedimentos metodológicos que auxiliam o pesquisador a descrever e caracterizar a rede com que está trabalhando e essas seriam algo como a estatística descritiva das redes. Por meio da análise dos dados, busca-se nessa tese, com a ARS:

- Estabelecer padrões de conexão da rede;

- Ver se há relações reativas ou mútuas; e
- Ver tipos de relações estabelecidas.

5.7 Aspectos metodológicos

Primariamente, a partir do que foi exposto até aqui, tem-se um esquema metodológico de análise, que determina o desenho metodológico, a partir da utilização das ferramentas analíticas. Isto é, podemos agora sumarizar os procedimentos da seguinte forma:

1. Análise de conteúdo foi utilizada para a “categorizar e quantificar os *posts*”;
2. Análise do discurso foi utilizada para avaliar a “qualidade da interatividade” e se há “promoção da saúde” no sentido do “empoderamento”;
3. Análise de redes sociais será utilizada para estudarmos o padrão e forma da interatividade, análise e visualização das redes de interação, da forma e força da rede para interatividade e disseminação do conteúdo.

Os aspetos que dizem respeito aos modos de procedimentos nessa utilização serão expostos a seguir, a partir das etapas do processo de pesquisa. Posteriormente serão esclarecidos os passos metodológicos utilizados na análise de SWOT, na criação e aplicação dos questionários enviados.

5.7.1. Escolha da Amostra

A amostra foi composta a partir das postagens das três maiores OPS brasileiras, respectivamente: Bradesco Saúde S/A, Amil Assistência Médica Internacional S.A e Hapvida Assistência Médica LTDA (ANS, 2014). Por meio delas foi feito o censo de *posts* do Facebook, gerados entre maio e setembro de 2016, meses anteriores ao início da codificação. Esse universo de análise, composto por diferentes unidades de *posts*, em conjunto, formam o universo amostral da pesquisa.

5.7.2. Unidades de coletas de dados

De forma ampla, a unidade de coleta desse estudo foram os *post* gerados pelas organizações, como foco na promoção da saúde, que se adequassem ao que foi acima exposto sobre esse conceito. O *post* no Facebook foi definido como uma atualização de qualquer via do canal: atualizações de *status*, *links*, eventos, debates, fotos, notas ou vídeos que fossem disponibilizados nas páginas das operadoras. Itens adicionados, automaticamente, pelo Facebook, resumindo as atividades da organização, não foram incluídos.

5.7.3. Número amostral e *corpus* de análise

Um dos desafios no desenho metodológico foi lidar com a discrepância no número inicial de mensagens, postados entre os meses de análise, de cada uma das operadoras. Essa diferença pode ser vista no quadro a seguir.

Tabela 1 – Amostra Inicial de Postagens

	OPERADORA		
	Amil	Bradesco	Hapvida
Posts totais no período	80	139	394*
Média diária de <i>posts</i> **	0,5	0,9	2,6

* Valor indicado pelo Netvizz. Como se verá, mais à frente, o número de posts disponíveis no perfil da operadora era menor, já que boa parte tinha sido apagada.

** Valores aproximados.

Fonte: Facebook, 2016 / Tabulados pela autora.

Sob o ponto de vista do desenho amostral, essa discrepância no número de postagens, por este trabalho tratar-se de estudo comparativo, tenderia a desequilibrar os resultados. Isto é, se recolhidos todos os *posts* para análise, sem diferenciação e equilíbrio numérico entre as operadoras, possíveis variações seriam diluídas naquela com maior número, e haveria uma chance maior de haver postagens com parâmetros de promoção da saúde,

interatividade e relacionamento nelas, sem que isso possa ser uma característica natural da amostra. Isso tenderia a ocorrer, portanto, para aquela operadora que disponibilizasse mais posts ao longo do tempo estudado.

Por isso foi utilizada uma adaptação da “semana artificial”, proposta por Bauer e Gaskell (2002), para pesquisas qualitativas com texto, imagem e som. A “semana artificial”, no sentido dado por esses autores, é a seleção aleatória de determinados dias da semana por um dado período, mas que ainda assim garanta a representatividade analítica desejada. Essa técnica busca considerar uma amostragem não de todo o conteúdo postado, mas como “um racional para estudar um pequeno número de textos e, assim mesmo, poder tirar conclusões sobre a coleção completa dos textos” (Gaskell e Bauer, 2002, p. 196).

Herscovitz (2007) entende que essa técnica busca lidar com amostras muito grandes, ajudando no entendimento do investigador, e pode ser estendida a outros fatores, bem como transposta a uma quinzena ou a um mês artificial. Para essa autora, a amostra, assim tratada, pode ser considerada confiável porque extrai unidades amostrais de períodos distintos mantendo uma uniformidade.

Um exemplo na utilização dessa técnica seria a seleção de dados de uma primeira segunda-feira, da segunda terça-feira, depois da terceira quarta-feira de meses distintos, e assim sucessivamente, até formar os sete dias semanais. E se fossem observados dados amostrais ao longo de meses, poder-se-ia proceder como um “mês artificial”, recolhendo, ao invés de dias da semana, dias diferentes do mês. Ou, ainda, meses distintos, para o caso em que o interesse de análise fosse um “ano artificial”. Dessa forma, completa Herscovitz (2007), cobre períodos e amostras maiores e variadas. Dependendo dos dados disponíveis e do objetivo do pesquisador, é alcançada uma distribuição equitativa com o mínimo possível de distorções.

Mas essa técnica não poderia ser empregada na íntegra no presente trabalho, por tratar-se aqui de uma tentativa de equalização de dados não distribuídos uniformemente ao longo do tempo. Assim, foi proposta, como solução intermediária ao problema, não

arbitrária e baseada na técnica, a busca de uma maior uniformidade e equivalência da amostra de postagens das operadoras.

O procedimento de deu da seguinte forma: assumiu-se que o número de total de *posts* para cada operadora teria como parâmetro a daquela com menor número de mensagens. No caso, como se observa na tabela acima, esse valor foi da operadora de saúde Amil, que ao todo postou 80 mensagens ao longo dos cinco meses pesquisados. Com isso, de antemão, foram coletados e considerados para a amostra todos os 80 posts da Amil.

Como também se vê na tabela 1 acima, na página da Bradesco o total postado foi de 139 mensagens no período observado. Ou seja, 59 posts a mais que a Amil. Assim, 80 posts (tomado como base o número da Amil) são aproximadamente 4/7 do total postado³². Então se procedeu a recolha de quatro posts sucessivos na página da Bradesco, mas descartando os três consecutivos, alternadamente, até cobrirem-se todos os 139 posts, mantendo-se a proporção de 4/7. Deste modo, no total, foram recolhidos 80 posts da Bradesco e descartado o restante.

Já na página da Hapvida, como se pode perceber no quadro acima, foram postadas 394 mensagens no Facebook no período estudado. Entretanto, com colocado na legenda do quadro, não havia realmente disponibilizado na página esse número para consulta. Foi observado que uma parte das postagens tinha sido apagada, restando não 394 como indicado pelo programa Netvizz³³, mas 261 mensagens. Obviamente, para efeito da equalização da amostra, foi assumido o número de postagens reais disponíveis.

A partir daí, seguindo o mesmo procedimento utilizado para a Bradesco, foi preciso selecionar 1/3 dos posts para obter-se um número equivalente aos das outras duas operadoras, proporção aproximada das 261 mensagens pelo valor de 80 de base³⁴. Para isso recolheu-se um post da Hapvida, à medida que dois subsequentes eram descartados, assim sucessivamente, ao longo de todos os 261 posts, mantendo-se a equivalência de

³² Depois de feito o mínimo múltiplo comum entre 80 e 140 (arredondado).

³³ Esse aplicativo, integrado ao *Facebook*, fornece dados estatístico sobre os perfis desse site de redes sociais. O aplicativo e seu funcionamento serão mais bem explicados ao longo dessa metodologia.

³⁴ 1/3 é um valor aproximado do mínimo múltiplo comum entre 80 e 260.

1/3. Com isso, foram selecionados um total de 87 mensagens na página do *Facebook* dessa operadora. A tabela a seguir resume o processo e mostra os achados até aqui.

Tabela 2 – Número de Amostral com Recorte

	Total de posts iniciais	Recorte proporcional	Total de posts coletados	Postagens não incluídas
Amil	80	1	80	Nenhuma
Bradesco	139	4/7	80	59
Hapvida	261	1/3	87	174

Fonte: *Facebook*, 2016/Dados da autora.

5.7.4 Categorias para a Análise do conteúdo

Após a amostra primária para a presente pesquisa ser dimensionada, foi possível estabelecer as categorias para a análise do conteúdo para classificação das postagens, de acordo com os objetivos. Listadas a frente, essas categorias sugerem relações com as variáveis da pesquisa, tais como temas das mensagens, modo de comunicação, públicos-alvo, interatividade e relacionamento, referentes em parte à análise do discurso. Essas variáveis, por sua vez, estão incluídas nos objetivos específicos, rerepresentados a seguir. É importante lembrar, como ressaltou Sousa (2004a; 2004b) que a análise do conteúdo e a análise do discurso se imbricam, de forma que a resposta aos objetivos são, em sua maioria, dados por essa imbricação.

01. O *Facebook*, por meio de seu caráter interativo e relacional, permite que as OPS brasileiras propaguem as suas estratégias de promoção da saúde.

02. O tipo de informação prevalente nos conteúdos de promoção da saúde, tipicamente compartilhados pelas maiores OPS brasileiras através do *Facebook*, baseia-se em “informação em saúde”, e não na “promoção da saúde”.

03. A comunicação do tipo informativa é a que tem sido, predominantemente, adotada pelas maiores OPS brasileiras em suas estratégias de promoção da saúde através do *Facebook*.

04. As estratégias de promoção da saúde adotadas pelas maiores OPS brasileiras, através do *Facebook*, têm sido direcionadas ao público em geral.

05. As maiores OPS brasileiras têm adotado o *Facebook* mais como via de compartilhamento de informação do que para a construção de relacionamentos e efetiva promoção da saúde.

06. As OPS brasileiras podem conquistar novos públicos-estratégicos e aumentar a resposta às informações compartilhadas se adotarem uma estratégia comunicativa que aproveite as potencialidades do *Facebook*.

A partir da análise dos objetivos, do redimensionamento da amostra, e familiarização dos dados, foi feita a definição das categorias para análise de conteúdo. Essas categorias têm em vista mensagens, independente de sua tipologia, em que o objetivo estivesse ligado à promoção da saúde, bastando que foco dela remetesse a algum aspecto da melhoria da qualidade de vida das pessoas, de acordo com a definição do que seria essa promoção, e assim compondo o *corpus* de análise central. Ao mesmo tempo, mensagens que contemplassem outros aspectos da amostra inicial foram também classificadas segundo categorias específicas, que não a promoção, visto algumas postagens tratarem de questões próximas ou alheias a promoção da saúde e ainda assim compor a amostra.

Para essa seleção, seguindo os passos da análise de conteúdo, as categorias foram aventadas buscando parâmetros de discussão para a presente tese e se baseiam nos marcos teóricos acima. Cada uma das quatro categorias criadas, estão definidas nas subseções a seguir.

5.7.4.1. Categoria: Postagens dispareas e/ou não se enquadram

Essa categoria reflete tipos de postagens que tratavam de assunto não relativo à saúde

e/ou ao perfil de proposta da página. Note-se que aqui se encaixam assuntos diversos, como propaganda de algum seguro de natureza diversa, que não em saúde (sobretudo nas postagens da Bradesco, que tem um portfólio extenso de produtos), dicas de segurança, informações sobre atualizações da página, indicativos de utilização de aplicativos oferecidos pelas empresas, dentre outros. O essencial aqui é perceber que não há qualquer referência à saúde ou aos produtos de saúde das operadoras (dísparos ao objetivo de promoção da saúde), ou não parecem se enquadrar na proposta inicial do perfil e de uso da página no Facebook (não se enquadram). Por isso, foram contabilizadas, mas descartadas da análise do discurso. Um exemplo dessa categoria é dado na figura abaixo.

Figura 8 - Exemplo de Postagens dísparas / informativa de produtos diversos da Bradesco.



Fonte: *Facebook*, 2016.

É preciso observar, no que concerne a essa categoria e outras que não se enquadram na promoção da saúde, que as páginas no *Facebook*, não tem um objetivo único de uso. Tampouco se trata de uma distinção que vê inocentemente o objetivo da manutenção dessas páginas como somente para tal promoção. A distinção é feita buscando parâmetros de discussão, de enquadramento de mensagens diversas, bem como para

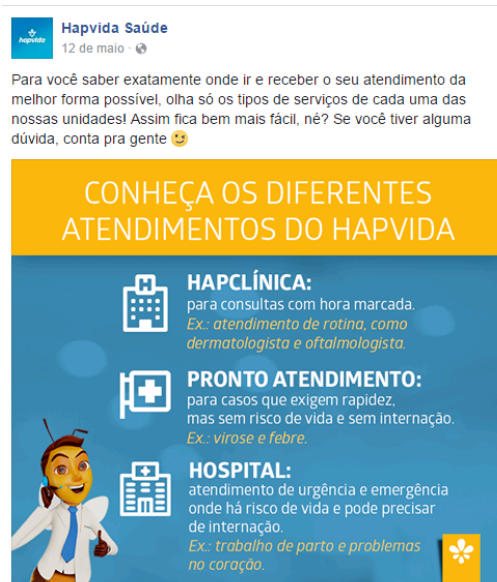
estabelecer parâmetro de comparação entre as operadoras de um *quantum* de utilização para a promoção da saúde. Tem-se em vista que, de forma geral, perfis no *Facebook* servem para os mais diversos objetivos. E como se vê na postagem acima, o espaço é usado também para dicas de segurança no trânsito. Ou ainda, pode ser utilizado para outros fins.

5.7.4.2. Postagens para informação, propaganda e/ou para venda de produtos

Com base no que foi dito na subseção acima, é de se esperar que o espaço seja usado também para exposição da marca ou de algum produto da empresa. Por isso, foi criada a presente categoria. As mensagens que se encaixavam nela, apesar de ter reflexos temáticos na saúde, continham o foco informativo em algum aspecto ou produto da operadora. Não parece haver, na intenção da mensagem, qualquer menção aos cuidados de informação ou promoção da saúde, mas sim, utilização de informação sobre modos de acesso a meios físicos, como hospitais (informativa), ou de algum plano ou produto da seguradora que se relacionava a saúde (propaganda ou venda de produtos).

Essas mensagens foram contabilizadas, admitidas como enquadrando no perfil da página, mas não foi feita sua subsequente análise do discurso, já que não se condiziam com a promoção da saúde. Um exemplo desse tipo de mensagem, do tipo informativa, é dado a seguir.

Figura 9 – Exemplo de mensagem para informação, propaganda e/ou para venda de produtos utilizada pela Hapvida.



Fonte: *Facebook*, 2016.

A distinção entre essa categoria e a anterior, pareceu necessária, já que, aqui, existe alguma menção ao tema saúde, nos termos da presente pesquisa e de seus objetivos, mesmo que não tenha um caráter ou um intensão precisa na saúde. Já na categoria dispares ou não se enquadram, isso não existia. Na postagem abaixo, é possível perceber essa relação tênue, mas que existe, na oferta do produto e a saúde, nos parâmetros da presente categoria. E, como se pode ver, essa postagem a seguir não poderia se enquadrar como uma mensagem de promoção da saúde.

Figura 10 – Exemplo de mensagem de propaganda ou venda de produtos utilizada pela Bradesco.



Fonte: *Facebook*, 2016.

5.7.4.3 Postagem híbrida (informativa em saúde e de propaganda de produtos)

O hibridismo, nesse caso, quer dizer que o foco da mensagem está na associação de um sentido de informação em saúde e da propaganda de algo, ou não se distingue a intenção da mensagem entre uma coisa e outra. Ao contrário da categoria acima, aqui há uma simultaneidade de valores. Ou, ainda, nesse tipo de postagem as operadoras buscam, ao mesmo tempo, trazer temas com informações sobre questões de saúde, mas também tencionam a venda de algum produto da empresa; ou, buscam uma atitude em relação ao cuidado com a saúde em associação com a imagem da empresa. Abaixo é apresentada uma postam desse último tipo.

Figura 11 – Exemplo de Postagem híbrida relacionado a projetos esportivos associados a promoção da marca da Hapvida.



Fonte: *Facebook*, 2016.

Como visto, a promoção da saúde diferencia-se da “informação em saúde”. Enquanto

aquela tenta abarcar diversos aspectos da qualidade de vida das pessoas, essa supõe um o primeiro instante no caminho da promoção, isto é, como algo relevante no processo de orientação que levará à promoção (Moura e Silva, 2004). Assim, nessa categoria, mesmo que houvesse um sentido de promoção da saúde na mensagem, por seu viés mercadológico, termina por retirar o foco da essência da promoção, cujo o sentido é o sujeito reflexivo. Essa associação pode ser percebida em outro exemplo de mensagens de híbridas, como visto abaixo.

Figura 12 – Exemplo de Postagem Híbrida com reflexos na informação em saúde e venda de seguros de proteção à família utilizada pela Bradesco.



Fonte: *Facebook*, 2016.

O caráter de “informação em saúde” também faz com que essa categoria diferencie-se das Postagens para informação, propaganda e/ou para venda de produtos, já que, nessas, não há esse primeiro movimento que leva à promoção da saúde, ou até mesmo qualquer sentido de informação em saúde.

Dessa forma, as mensagens da presente categoria foram contabilizadas e incluídas para análise de do discurso, pois toca em mais proximidade com o tema da presente pesquisa em relação à qualidade da comunicação em saúde e os modos de promovê-la.

5.7.4.4 Postagens de promoção da saúde

Aqui se enquadram as mensagens que, efetivamente, eram voltadas para a melhoria da qualidade de vidas das pessoas, dentre outros aspectos, sem que houvesse um motivo adicional de ser delas, tal como a associação com a promoção da empresa ou tentativa de vender algo. O foco da mensagem é somente procurar abrir diálogo sobre a promoção da saúde, em alguma de suas dimensões, ou sob vários pontos de vista dela, no sentido reflexivo da saúde.

Nesse caso, cabe reforçar, baseado nos preceitos da Organização Mundial de Saúde (1988), dando sentidos amplos da visão de saúde, seja ela individual, social, de âmbito psíquico, físico, relativas a melhoria das condições sociais, ambientais e econômicas. De forma geral, a categoria envolve algum conteúdo que tivesse impacto na melhoria da saúde pública e/ou individual, direcionados ou não aos usuários da página no *Facebook*. Um exemplo é dado a seguir, num post da Amil, em que é estimulada a atividade física.

Figura 13 – Exemplo de postagem em promoção da saúde, com foco na atividade física, utilizado pela Amil.



Fonte: *Facebook*, 2016.

Essa derradeira categoria tem papel central na presente tese, já que é a partir dela que se busca tensionar³⁵, pensados os objetivos iniciais, os demais *posts* selecionados e é, por meio dela, que se estabeleceram os parâmetros de criação das outras categorias. E para essa categoria, assim, como a anterior, e já que a saúde supõe diversos aspectos da vida do sujeito, notou-se a necessidade de criação de subcategorias e temas para ambas, dada o desejo de observar e pesquisar o tipo de informação prevalente nos conteúdos de promoção da saúde, dentre outros aspectos, expostos a seguir, que comportam os objetivos dessa tese.

5.7.5 Subcategorias e temas

Pela riqueza de possibilidade de assuntos que a promoção da saúde permite tratar com base nas postagens, e para aprofundamento da discussão, pertinentes aos objetivos, do modo de ação e de foco em aspectos da promoção da saúde, **as duas últimas categorias foram subdivididas em cinco subcategorias, e as duas primeiras subcategorias em temas**, proporcionando melhor observar os assuntos e os objetos das mensagens. Adicionalmente, proporcionou relacioná-los, junto com a análise do discurso, com as reações e comentários, indicando possíveis predileções das operadoras por dado tema, possibilitando também ver aqueles que despertavam maior interação na rede. Essas subcategorias e seus temas são apresentados a seguir.

- **Subcategoria Hábitos saudáveis de vida** – ou seja, hábitos cotidianos que tem reflexo em algum aspecto da saúde humana, mas sem indicação ou associação explícita com alguma enfermidade. Como se sabe, normalmente, esses hábitos subtendem uma gama variada de benefícios, e tem caráter mais abrangente na qualidade de vida das pessoas. Essa subcategoria se subdividiu nos seguintes temas:
 - Prática regular de atividade física (se o tema da postagem tinha por objetivo orientação para esse tipo de atividade);
 - Alimentação balanceada (tema de orientação para o cuidado na qualidade

³⁵ Essa ideia foi retirada de uma conversa informal com o Prof. Mozahir, co-orientador dessa tese, que sugeria, ainda que em contexto diferente, essa faceta da categoria em questão.

- da alimentação ingerida);
 - Momentos de lazer e descontração (tema no aspecto da qualidade dos momentos livre, como para ida ao cinema, leitura, uso de espaços verdes, etc.);
 - Sono de qualidade (tema com indicação para a importância do sono na qualidade de vida das pessoas);
 - Vida familiar (temas sugerindo que instantes entre familiares em impacto positivo na qualidade de vida das pessoas);
 - Cuidados maternos (postagens que tinham por tema a maternidade e/ou atitudes das mães com impacto nela, na família, ou na criança, desde aleitamento materno, cuidados pré-natais, educacionais, etc.).
 - Misto (postagens com mais de um tema em hábitos saudáveis na mesma mensagem, sem que se pudesse distinguir qual o principal).
- **Subcategoria Prevenção de doenças/cuidados com saúde** – Nessa subcategoria havia explicitamente o aconselhamento ou orientação para com o cuidado de se evitar alguma patologia específica, sem o caráter mais abrangente ou menos direcionado da subcategoria anterior. Ou ainda, poderiam ser dadas dicas de cuidado e tratamento após a doença já está instaurada. Subdividiu-se em temas, de acordo com o tipo de adoecimento que se queria prevenir ou patologia em questão, da seguinte forma:
 - Neurológicas;
 - Cardíacas;
 - Metabólicas;
 - Autoimunes;
 - Bucais;
 - Psiquiátricas;
 - Respiratórias;
 - Ocular;
 - Misto (mais de uma patologia na mesma mensagem, sem que se pudesse distinguir uma principal);
 - Outras (eventualmente, alguma doença que não fosse listada, dada sua raridade, que não fosse claramente definida ou que não poderia ser

classificada).

- **Subcategoria Datas comemorativas de saúde** – Contanto que datas comemorativas são instantes de rememoração sobre algum fator de importância para a saúde, aqui foram colocadas mensagens em que o tema fosse a comemoração de um dia em que o assunto fosse promoção da saúde ou assunto afim. Isto é, foram incluídas também mensagens que se utilizassem de uma data não necessariamente ligada a saúde, mas que remetesse a algum importante aspecto dela. É importante notar que deveria haver, na mensagem, indicação explícita de sentido de texto com a referida data. Caso contrário, seria classificada em outra subcategoria específica de saúde.
- **Subcategoria Campanhas de saúde** – Do mesmo modo que em datas comemorativas, as campanhas locais, regionais ou nacionais, que tem por tema questões sobre a saúde, parecem importantes pelo destaque que dão a assuntos que são pertinentes ou atuais, com impacto na qualidade de vida das pessoas. Por isso, foi criada essa subcategoria.
- **Subcategoria Pontuais/Outros** – Postagem como tema muito pontual se enquadram em nenhuma das subcategorias propostas na promoção da saúde, ou de difícil classificação. Isto é, são pertinentes, tratam de assuntos relativos à saúde, mas ainda assim não são passíveis de classificação nas subcategorias anteriores, ou ainda tinham por tema algo sobre saúde estritamente pontual, sem a abrangência de alguma das subcategorias criadas.

Essas categorias, subcategorias e temas permitiram estabelecer, adicionalmente, parâmetros para se compreender as estratégias de promoção da saúde das operadoras, e se há uma adequação à visão mais ampla do conceito, testando-as em contraste com as hipóteses. E, a partir do exposto acima, começou-se a proceder na análise de conteúdo das mensagens e sua classificação.

5.7.6 Categorias de análise: Análise do discurso

Para a Análise do discurso, após a contabilização das reações e demais dados, procedeu-se a uma leitura cuidadosa dos comentários dos posts categorizados na promoção da saúde, conforme exposto acima.

Após essa leitura, foi feita uma abordagem heurística aos comentários, agrupando-os, inicialmente, por exemplos-padrão, com foco na tipologia desses comentários. A operação assentou-se nas seguintes fases:

- (1) Tipificação/categorização dos comentários;
- (2) Seleção de alguns exemplos típicos de comentários, por categoria;
- (3) Análise global dos exemplos selecionados:
 - a. Os temas;
 - b. A forma como se dirigem à operadora;
 - c. A linguagem (formal e informal, com nível, insultuosa)
 - d. O tipo de comentário (declaração, avaliação, pergunta, simples partilha com terceiro usuário)³⁶.

Não é objetivo formal a apresentação de todas as mensagens colhidas, tampouco de todos os comentários, mas, sobretudo dos que relacionavam a comentar sobre aspectos ou estimular algo que promovessem a saúde e concentrassem contornos das categorias em torno dessa análise. De tal modo, foi feita uma amostra arbitrária, baseada em exemplos-padrão, a partir do agrupamento em categorias gerais, identificados na análise do *corpus*, que consistiam em dois grandes grupos:

- Mensagens não pertinentes à postagem;
- Mensagens pertinentes à postagem.

Essa distinção foi importante, dado o número elevado de mensagens que não tinham por

³⁶ Essa sugestão de leitura e análise foi dada pelo orientador da presente tese, Prof. Jorge, em conversa informal e, como se verá na apresentação dos resultados, no próximo capítulo, será de grande valia para se avaliar e analisar os comentários.

intensão contribuir para a disseminação, discussão ou participação em postagens, cujo o cunho temático era estritamente para melhoria da saúde e da qualidade de vida das pessoas. Ou seja, esses comentários compunham-se de tipos que fugiam ao sentido proposto. Já as mensagens que buscavam o contrário, isto é, que foram postadas pelos usuários e pela operadora comentando os conteúdos das mensagens, com objetivos de estimular aspectos de interatividade e relacionamento, estas se enquadraram na temática da mensagem e forma classificadas como as de segundo tipo.

Feita nova análise global dos exemplos selecionados, foram subdivididos os não-pertinentes em cinco subgrupos de comentários:

1. Autopromoção (corretores de seguro que queriam vender produtos da operadora);
2. Pessoal (questões confidenciais alheias ao tema da postagem);
3. Reclamações (queixas de algo relacionado à operadora); e
4. Elogios (elogio a algo da operadora).

A categoria dos pertinentes, para os usuários, foi subdividida em dois subgrupos:

- Comentários elaborados (formas de texto onde o usuário cria uma redação que tende a linguagem formal e que usa mais de duas orações, de forma inédita);
- Comentários automáticos (formas de texto com frases simples, de até uma oração, curta, ou somente com uso de *emoticons*³⁷).

Os comentários da operadora também foram subdivididos em:

- Automáticos, se tratavam de formas customizadas que se repetiam várias vezes sem alteração, ou se utilizassem de *emoticons*; e

³⁷ Forma de comunicação paralinguística, um *emoticon*, palavra derivada da junção dos seguintes termos em inglês: *emotion* (emoção) + *icon* (ícone) (em alguns casos chamado *smiley*) é uma sequência de caracteres tipográficos, tais como: :) , :(, ^-^ , :3 , e.e' , '!' e :-); ou, também, uma imagem (usualmente, pequena), que traduz ou quer transmitir o estado psicológico, emotivo, de quem os emprega, por meio de ícones ilustrativos de uma expressão facial. Exemplos: 😊 (isto é, sorrindo, estou alegre); 😞 (estou triste, chorando), etc. Normalmente é usado nas comunicações escritas de programas mensageiros, como o MSN Messenger ou pelo Skype, WhatsApp e outros meios de mensagens rápidas (Wikipedia, 2017).

- Elaborados, se eram formas mais sofisticadas e mais pessoais, respondendo de forma inédita á cada comentário, mesmo estes fossem parecidos entre si, e tendendo a linguagem forma, assim abrindo discussão para a questão dialógica da comunicação, no sentido do estímulo do relacionamento em direção ao aumento de interatividade e do empoderamento.

Os comentários elaborados, poderiam vir acompanhado de *emoticons*.

5.7.7 Coleta e quantificação dos dados

A coleta de dados foi feita a partir de *prints* dos posts e seus comentários, um a um, de acordo com a operadora, por meio de visita periódica aos perfis das operadoras, a contar o primeiro *post* do mês de maio de 2016, em crescente até o último post do mês de setembro de 2016. Comentários e alterações posteriores a esse período não foram incluídas.

A pesquisa dessas mensagens, a recolha dos *prints*, a coleta de dados no Netvizz e as análises estatísticas foram feitas entre os dias 1 e 10 de novembro de 2016. Ao mesmo tempo, os posts foram enumerados e transpostos para um documento *Office Word*, separadamente para cada operadora. Eventualmente, foram transcritos comentários de usuários num quadro em *Office Word*, com suas devidas numerações, para uso posterior.

Após a coleta, para análise do conteúdo, estabeleceu-se um sistema de quantificação baseado na frequência da ocorrência das unidades de análise dentro da respectiva categoria, e subsequente subcategoria e tema (medição nominal) (Sousa, 2004a), a partir das grelhas de análise.

As postagens que se encaixassem nas Categorias Híbridas e de Promoção da saúde foram estendidas para a Análise do discurso, também codificados e contabilizadas, em tabelas e documentos *Office Word* e *Office Excell*. Entrementes, foram contabilizadas as reações e demais dados das postagens (medição numeral), de modo somatório e

dispostos esses dados também em tabelas, que se procedeu-se a uma leitura cuidadosa dos comentários dos posts categorizados na promoção da saúde.

Mais a seguir são especificados também o modo de coleta de e quantificação dos dados no Netvizz e Gephi.

5.7.7.1. Grelhas para Análise de Conteúdo

Após a coleta dos *prints* e adequação da média amostral por meio da “semana artificial”, seguiu-se o processo de análise de conteúdo e análise do discurso, já feita a transformação do conteúdo em unidades e a classificação das unidades em categorias de análise e suas respectivas subcategorias e temas. Para isso, utilizou-se a grelha da tabela 3, abaixo, como suporte.

TABELA 3 – Grelha de categorização para Análise do conteúdo

c	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	TEMAS	OPERADORA		
				Amil	Bradesco	Hapvida
	Postagens dispare e/ou não se enquadram*	X	X			
	Postagens para informação, propaganda e/ou para venda de produtos**	X	X			
	Postagem híbrida (informativa em saúde e de propaganda de produtos)	Hábitos saudáveis de vida	Prática regular de atividade física			
			Alimentação balanceada			
			Momentos de lazer e descontração			
			Sono de qualidade			
			Vida familiar			
			Cuidados maternos			
	Prevenção e		Neurológicas			

Interatividade e relacionamento de operadoras de saúde brasileiras por meio do *Facebook*: estratégias para promoção da saúde

	tratamento de doenças/Cuidados com a saúde	Cardíacas			
		Metabólicas			
		Autoimunes			
		Bucais			
		Psiquiátricas			
		Respiratória			
		Ocular			
		Misto (mais de um tema)			
	Datas comemorativas em saúde	X			
	Campanhas de Saúde	X			
Pontuais/Outros	X				
Postagens de promoção da saúde	Hábitos saudáveis de vida	Prática regular de atividade física			
		Alimentação balanceada			
		Momentos de lazer e descontração			
		Sono de qualidade			
		Vida familiar			
		Cuidados maternos			
	Prevenção e tratamento de doenças/Cuidados com a saúde	Neurológicas			
		Cardíacas			
		Metabólicas			
		Autoimunes			
		Bucais			
		Psiquiátricas			
		Respiratórias			
		Ocular			
	Misto (mais de um tema)				
	Datas comemorativas em saúde	X			
	Campanhas de saúde	X			
	Pontuais/Outros	X			

Fonte: Elaboração própria.

5.7.5.2. Coleta de dados e quantificação para ARS

Os dados primários para utilização da Análise de redes sociais serão deduzidos do próprio site do *Facebook*. Outra parte foi obtida de dados trazidos, eventualmente, das outras análises. O *Nervizz*, que foi utilizado, é uma ferramenta disponibilizada por esse SRS que permite fazer um levantamento dos dados e das estatísticas, que vem sendo usado em estudos de redes na internet. O programa acessa diferentes secções da plataforma do *Facebook* - em especial de grupos e páginas - para fins de investigação, e produz arquivos podem ser facilmente analisadas no software padrão.

Os seguintes módulos estão disponíveis atualmente:

1. Dados grupo - cria redes e arquivos tabulados sobre a atividade do usuário através de *Posts* em grupos específicos;
2. Dados da página - cria redes e arquivos tabulados para a atividade do usuário em sobre os *Posts* em páginas específicas;
3. Página em rede - cria uma rede de páginas conectadas por meio dos *Likes* do usuário;
4. Pesquisa - interface para a função de busca do *Facebook*;
5. *Link* de estatísticas - fornece estatísticas de *links* compartilhados no *Facebook*.

5.7.8. Forma de codificação

Uma lista de códigos foi desenvolvida para definir as variáveis para cada unidade de coleta de dados. O esquema de codificação teve base na literatura e em uma análise ambiental das contas do *Facebook*.

Cada unidade foi associada à OPS de origem e à data da postagem. Em seguida, cada unidade foi codificada para a presença ou ausência de conteúdo das categorias apresentadas na tabela 3, acima. Assim, um único *post* pode ser codificado como tendo uma categoria de conteúdo, e conseqüentemente uma subcategoria e tema, para as duas

últimas categorias. No dos temas, dada certa complexidade de sentido, poderiam haver mistos.

5.7.9. Análise dos dados

Primeiramente, foi feita a análise comparativa da coleta de dados das operadoras. Posteriormente, foram usados métodos estatísticos de média e porcentagem para análise dos dados. Depois com, base nessa coleta de dados, feitas a apresentação dos resultados e discussão das Análises do conteúdo, subsequentemente a de discurso. Por fim, quando usadas a ferramentas da ARS, foi finalizada a análise do caráter relacional e interacional das redes – por resposta da operadora.

Grande parte da análise foi descritiva com a contagem, a partir do processo de codificação. Para avaliar a distribuição de conteúdo em categorias-chave no *Facebook*, criou-se uma estatística-resumo para cada perfil, que descreveu a frequência com que um determinado tema aparecia nas mensagens. Então, essas estatísticas sumárias foram calculadas para criar os dados de resumo que foram apresentados. Os dados apresentados para análise do conteúdo tiveram o foco nas OPS e não nas mensagens individuais, a fim de ser coerente com o propósito dessa investigação.

Para a ARS, usamos o aplicativo *Gephi*. Ele é um dos novos programas de interface para estudo de redes sociais, usado para análise de dados e visualização gráfica da rede, permitindo também a construção de imagens específicas sobre ela. Trata-se de um programa *open-source* gratuito, uma plataforma interativa de visualização e exploração de todos os tipos de redes e sistemas complexos, grafos dinâmicos e hierárquicos. A seguir, podemos ver a interface do programa.

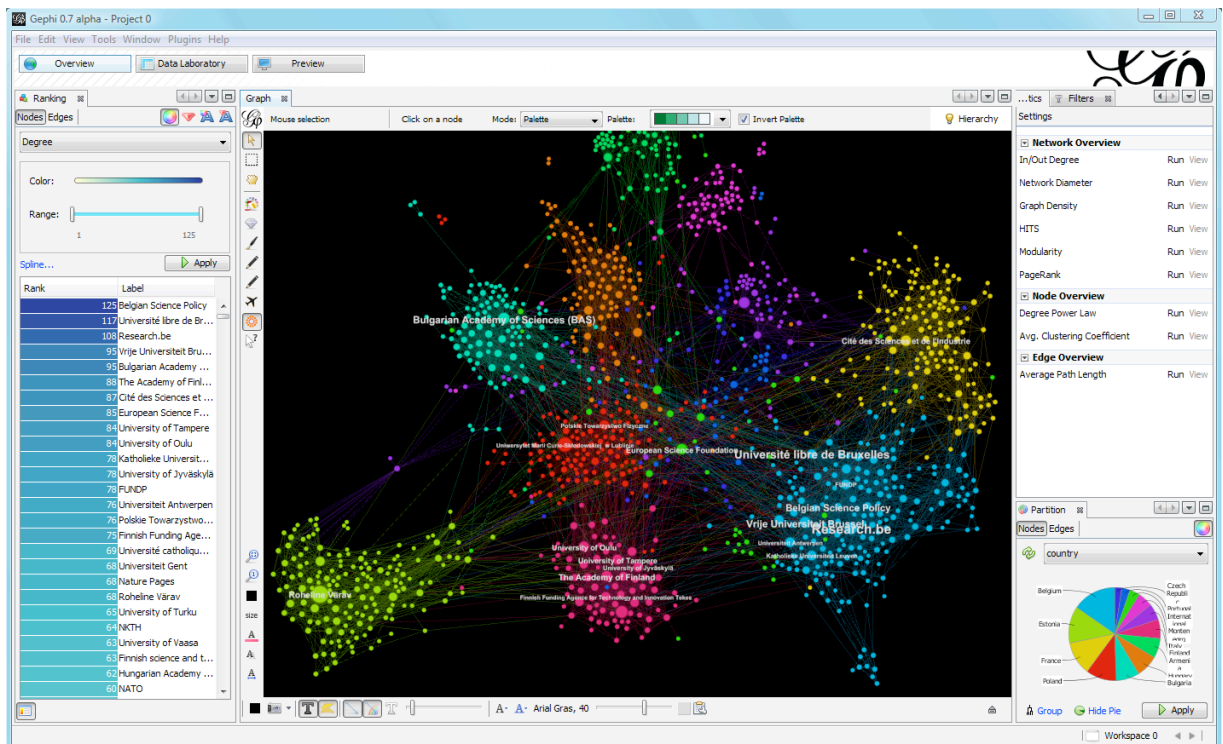


Figura 14 – Interface do Gephi. Fonte: Wikipedia, 2016.

A beleza dos gráficos produzidos, além de sua extensa funcionalidade, fez a plataforma ser utilizada em uma série de projetos de pesquisa acadêmicas, de jornalismo, entre outros lugares, por exemplo para visualizar a conectividade global de conteúdos do New York Times e analisar o tráfego de rede Twitter, além de fatores mais tradicional de análise de rede (Wikipedia 2016).

5.7.10. Apresentação dos dados

Uso de gráficos e tabelas do Word e Excel para os dados da Análise do Conteúdo e Análise do discurso, enquanto o *Gephi* foi utilizado para apresentação dos grafos e padrões das redes sociais.

5.8 Análise de SWOT e Questionários

Largamente utilizada e de fácil aplicação, a Análise de SWOT (ou Matrix SWOT) é ferramenta capaz de analisar o cenário (ou ambiente) de uma dada instituição,

normalmente como base para gestão e planejamento estratégico. Dessa forma, ajuda na definição de ações, objetivos, metas e iniciativas para direcionar a operação de uma dada corporação. Devido a sua simplicidade, ser utilizada para qualquer tipo de análise de cenário, desde a criação de um blog à gestão de uma multinacional.

Na prática, a análise, de maneira simplificada, foca em sumarizar em quadrantes as Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças que circundam aquilo que se analisa (e de onde temos os derivativos dessas vertentes do inglês, com a sigla que dá nome a ferramenta, isto é, SWOT: Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats). Os dados encontrados são dispostos em modelos dados, com no a seguir.



Figura 15 – Modelo para análise de SWOT. Fonte: <http://www.agendor.com.br/>

Por outro lado, questionários são também ferramentas largamente usadas para os mais diversos meios. Em pesquisas, buscam coleta de informação, utilizado numa sondagem ou inquérito daquilo que se pretende observar ou coletar dados.

A seguir, serão descritas a aplicação das duas ferramentas, de forma mais específica, na presente pesquisa.

5.8.1 A SWOT

Na presente pesquisa, a SWOT serviu refinamento, sintetização dos resultados estratégicos, aos usos do *Facebook* e de comunicação organizacional nesse sítio. Mas, sobretudo, analisar o cenário em que as operadoras estudadas estão inseridas.

5.8.2 O Questionário

Ao mesmo tempo, pareceu importante uma oportunizar e abrir diálogo para o olhar das operadoras sobre si mesmas, bem como para confrontar os dados encontrados, com a elaboração de um questionário que agregasse vertentes da SWOT e algumas das variáveis em análise relacionadas à comunicação organizacional.

Elaborados os questionários (Apêndice 1), estes foram enviados para as três operadoras, além de também ser enviado um questionário adicional para pesquisador referência na área da comunicação organizacional, como contraparte para ampliação da discussão entre os dados encontrados na presente pesquisa, com as empresas e com um especialista no assunto, derivando ainda mais dados e conclusões possíveis sobre as necessidades dos utentes e como possibilidade para melhorar a comunicação nessas redes, no sentido de ampliação da comunicação em saúde e para promoção da saúde.

5.8.3 Passos metodológicos de aplicação das ferramentas

Os passos metodológicos dessas etapas, pode ser assim resumidas:

1. Aplicação da análise de SWOT a partir das observações primariamente colhidas pela autora;
2. Elaboração do questionário para operadora e adaptação para o especialista;
3. Tentativa de contato telefônico com os responsáveis pela comunicação organizacional das mídias digitais sociais, isto é, pelo *Facebook*;
4. Envio do instrumento aos responsáveis pela manutenção do Facebook e da comunicação organizacional das três operadoras, além do seu envio para o

especialista da área.

Os contatos telefônicos prévios pareceram necessários para uma primeira ambientação com os responsáveis, além de explicação prévia dos objetivos da pesquisa, seguindo envio do questionário por meio de e-mails. No caso do especialista da área, foi preciso pequenas adaptações nas perguntas (Anexo 1). Buscou-se também utilizar “trechos” das respostas na discussão ampliação das variáveis de comunicação organizacional, estratégias para interatividade e relacionamento.

CAPÍTULO VI – RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Notas sobre o recorte amostral

A apresentação dos resultados se dá em torno dos *posts* e dos comentários dessas mensagens, nas páginas do *Facebook*, das operadoras de saúde analisadas. Cabe observar, de antemão, que as três empresas apresentam outras ferramentas digitais de interação com seus usuários, tais como *twitter* e *youtube*, o que reforça seus valores em manter abertos canais de comunicação. No que envolve o *Facebook*, em específico, a Tabela 4 seguinte, traz um apanhado inicial sobre dados gerais, valores em torno dos *posts*, usuários e de frequência de uso da página por cada operadora.

Tabela 4 – Dados gerais sobre as operadoras no *Facebook*.

	OPERADORA		
	Amil	Bradesco	Hapvida
Número de seguidores	246.283	1.107.453	337.773
Posts totais no período	80	139	394*
Média diária de posts**	1	1	3
Comentários totais	2.350	3.881	8.072
Média diária de comentários**	16	26	54
Média de comentário por post**	29	28	20
Reações totais	55.790	73.623	78.325
Usuários atuantes nos posts***	36.449	47.491	42.807

* Valor indicado pelo Netvizz. Como se verá, mais a frente, o número de posts disponíveis no perfil da operadora era menor, já que boa parte tinha sido apagada.

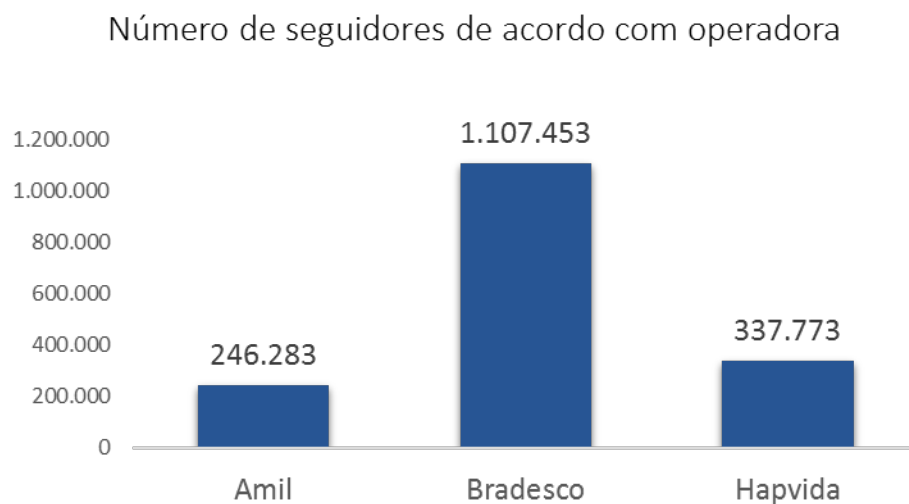
** Valores aproximados.

*** Dando *likes* ou fazendo comentários.

Fonte: *Facebook*, 2016 / Tabulados pela autora.

Num primeiro momento, observa-se, por meio desses dados, o fato da Bradesco apresentar aproximadamente o dobro da soma de seguidores das outras duas operadoras, como pode ser visto no gráfico em destaque a seguir. Isso obviamente tem reflexos na quantidade e qualidade das respostas e reações aos posts, como se verá na análise de outros resultados.

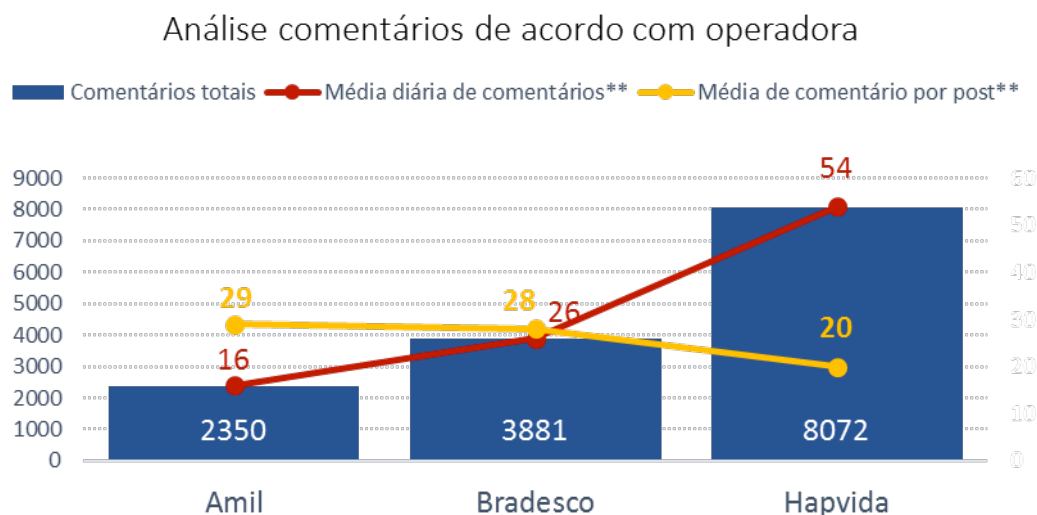
Gráfico 3 – Comparativo do número de seguidores das operadoras no *Facebook*.



Fonte: *Facebook*, 2016 / Tabulados pela autora.

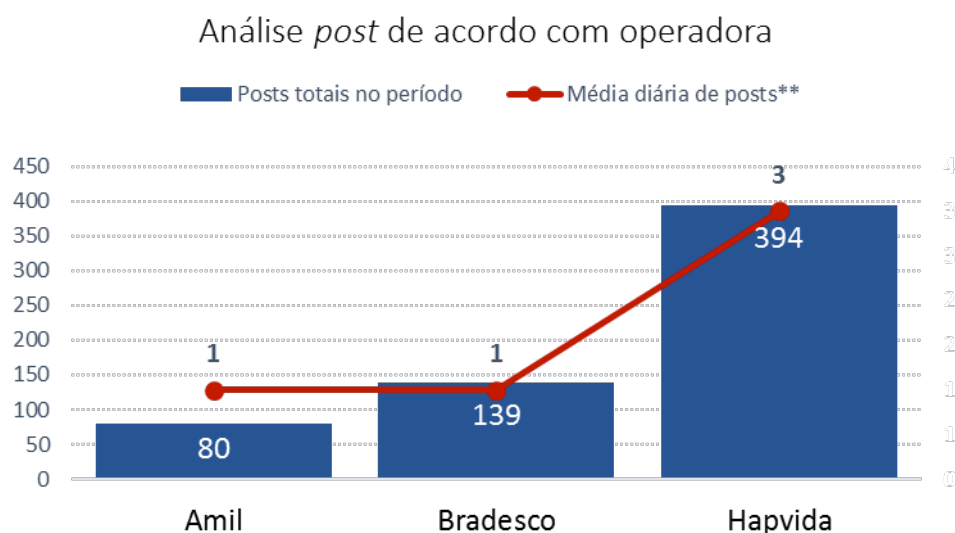
Outro aspecto importante é o fato da Hapvida apresentar quase o dobro de postagens e comentários totais que a Bradesco e Amil juntas, e mais que o dobro das duas quando observada a média diária de postagens, ainda que tenha menor número que seguidores que a Bradesco, com vemos nos gráficos seguintes.

Gráfico 4 – Comparativo de comentários e acordo com as operadoras no *Facebook*.



Fonte: *Facebook*, 2016 / Tabulados pela autora.

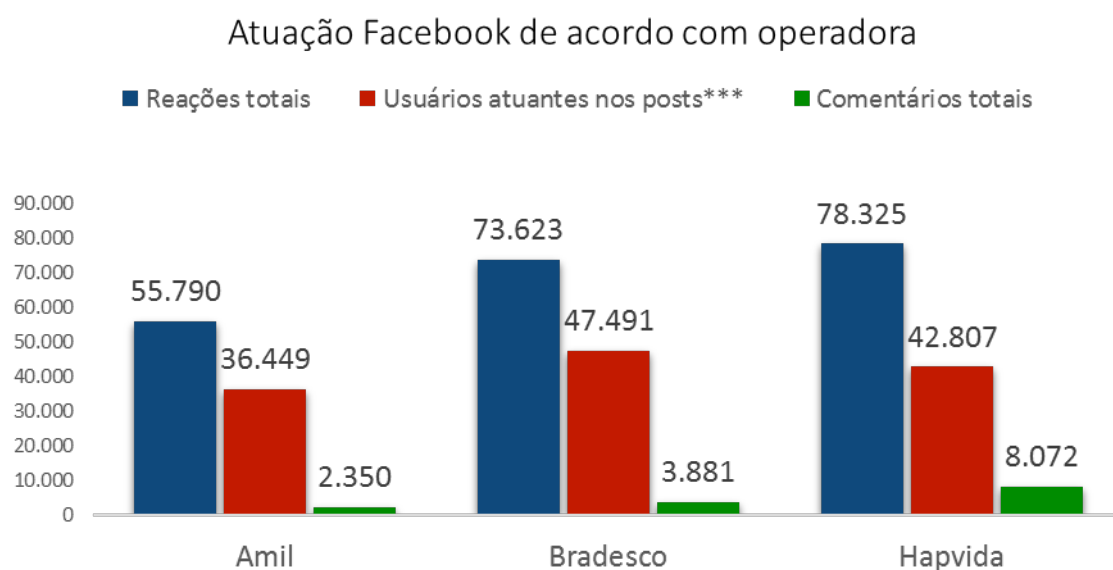
Gráfico 5 – Dados gerais sobre média de postagens das operadoras no *Facebook*.



Fonte: *Facebook*, 2016 / Tabulados pela autora.

Como se vê nos números acima, o número maior, isso não exatamente reflete de forma proporcional na média de **comentários por post**, bem como nas reações totais e usuários atuantes, sugerido primeiramente, haver um tamanho limite de resposta quando se busca oferecer um volume maior de informação (e mais posts).

Gráfico 6 – Dados gerais sobre reações e usuários atuantes nas postagens das operadoras no *Facebook*.



Fonte: *Facebook*, 2016 / Tabulados pela autora.

O fato das operadoras apresentarem entre elas valores relativamente parecidos nas reações e usuários atuantes sugere haver um valor ótimo no número de postagens no *Facebook* quando as empresas já estão firmadas no mercado, como já demonstrado em algumas pesquisas (Gollner & Goulart, 2013; Skaf, 2016). A partir dessas pesquisas, pode-se deduzir que mesmo que se ultrapasse certo valor de postagens por dia, isso não tende a surtir um efeito proporcional ao aumento, quando pensado o engajamento dos sujeitos, a interação e quanto a participação na promoção da saúde em páginas do *Facebook*. Esse aspecto será mais bem discutido a frente.

Mais um dado marcante é a diferença significativa no número de *posts* totais entre as três operadoras. Essa diferença pode demonstrar o empenho da operadora em manter seu canal de comunicação ativo. Ou pode sugerir um número de postagem excessiva (dado as recomendações acima vistas), ou ainda mostrar aspectos do modo de uso e como cada operadora percebe o *Facebook*. Esses assuntos serão ainda retomados para discussão, observando-se que tais aspectos são apenas parte do que pode ser observado, além de não implicar diretamente os objetivos da presente pesquisa.

6.2 Resultados da Análise do conteúdo

Como se viu, o uso readequado da “semana artificial”, como apresentado no capítulo da metodologia, pareceu garantir um número de posts equivalentes para serem analisados, mantendo um número igual ou próximo mensagens entre cada operadora. Isso também pareceu permitir a aleatoriedade da amostra, ao passo que redimensionou o *corpus* de forma equilibrada ao evitar possíveis deformidades pela discrepância no número de unidades de análise. Dessa forma, foram selecionados 80 posts da Amil e da Bradesco, cada, e 86 posts da Hapvida.

Depois desse redimensionamento, foi feita a exploração do material, pela análise de conteúdo, alocada cada mensagem nas categorias estabelecidas, e a subsequente seleção daqueles posts que continham mensagens em que o objetivo estivesse ligado à promoção da saúde para posterior análise do discurso.

A seguir, são apresentados os resultados relativos à análise do conteúdo e a classificação por categorias. A ordem de apresentação das categorias, segue aquela apresentada na metodologia.

6.2.1 Postagens díspares e Postagens informativas

A tabela a seguir, mostra o número de postagens que cada uma das operadoras disponibilizou, segundo as duas primeiras categorias, Postagens díspares e Postagens para informação.

Tabela 5 – Número de Postagens de cada Operadora

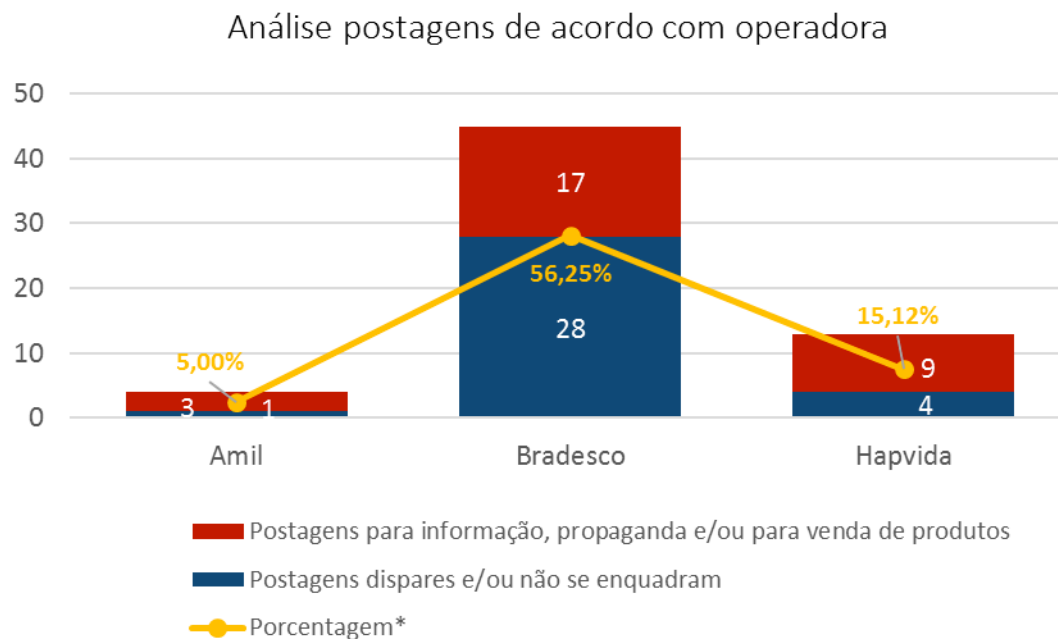
	OPERADORA		
	Amil	Bradesco	Hapvida
Postagens díspares e/ou não se enquadram	1	28	4
Postagens para informação, propaganda e/ou para venda de produtos	3	17	9
Total	4	45	13
Porcentagem*	5,00%	56,25%	15,12%

* Porcentagem em relação ao total amostral inicial, isto é, Amil e Bradesco 80 postagens, e Hapvida 87 postagens.

Fonte: *Facebook*, 2016 / Tabulados pela autora.

Pelo resultado, é possível observar que a Amil foi a empresa com o menor número de mensagens que se enquadravam nessas duas categorias, com quatro postagens assim distribuídas. Sobre a primeira categoria, de Postagens díspares, a Bradesco apresentou 28 mensagens, em sua maioria sobre o funcionamento e alterações da página no *Facebook*, bem como uso de suas funcionalidades, dentre outros aspectos, não direcionados à saúde. Note-se a oferta de produtos diversos aos planos de saúde da seguradora que, ao contrário da Amil e Hapvida, apresenta um *mix* diverso: seguro de carro, seguro residencial, etc. Além disso, 17 das mensagens se enquadravam na segunda categoria.

Gráfico 7 – Comparativo das postagens díspares e para informação das operadoras.



Fonte: *Facebook*, 2016 / Tabulados pela autora.

A partir do gráfico acima, pode-se perceber que o número destas postagens marca um valor significativo em relação às 80 mensagens totais selecionadas da Bradesco, totalizando mais que a metade delas, isto é, 56,25%, o que a torna a com mais posts nessas categorias, e que fogem ao direcionamento da página para a promoção da saúde.

Esses dados parecem indicar duas coisas. Primeiro, uma inclinação de utilização da página pela Bradesco para informações gerais sobre os produtos e como veículo de vendas, não só de planos de saúde. Segundo, sugere algo referente a característica particular da *homepage* da empresa, e ligado à primeira inclinação, como já dito, de conter um canal para diversos outros produtos ligados a seus seguros diversos, que não somente os planos de saúde. Isso tende a fazer com que eles utilizem o espaço para um espectro maior de propaganda, e ao tentar equalizar esse espaço tende a expor cada um dos tipos de produtos ofertados, seja em mensagens díspares e seja em mensagens informativas. Ao mesmo tempo, isso se sobrepõe às próximas categorias analisadas, retirando espaço delas para posts direcionados à promoção da saúde. A seguir, temos um exemplo de post que se enquadra nesses termos.

Figura 16 - Exemplo de Postagens díspares e/ou que não se enquadram, de produtos diversos da Bradesco.



Fonte: *Facebook*, 2016.

Observando a mensagem, antes que se pense na capacidade comunicacional do *Facebook* para o *marketing*, talvez valesse pensar na comunicação em saúde. L. A. Oliveira, Bastos, Castro, and Medeiros (2015) entendem, como base em apontamentos como o de Storey et al. (2014), que

Verbal ou não verbal, a comunicação possibilita a transmissão de ideias e formas de pensamentos entre pessoas e grupos. Por meio dela, a comunidade expressa convergências e divergências em diversas instâncias, inclusive nos processos que envolvem a saúde. E, a expressão dessa comunicação, pode envolver aspectos intrapessoais (emoção, cognição e decisões), interpessoais (relações sociais), organizacionais (normas e estrutura social) e macrosociais (sistemas culturais). Essa amplitude de expressão torna a comunicação um processo complexo.

Dessa forma, pensar o espaço disponível no *Facebook* é orientar-se por essa complexidade comunicacional, e nas intervenções em saúde, espera-se que fatores

comportamentais sejam analisados quando se define a estratégia, a essência da mensagem e o meio de comunicação. Em seu bojo, esses fatores determinam se a mensagem estimulará ou não, a adoção de condutas almejadas (L. A. Oliveira et al., 2015). Por isso é importante pensar uma aceção mais ampla para a comunicação em saúde quando se utiliza o espaço das mídias sociais, como notou Lefevre, Lefevre e Figueiredo (2010). E no presente caso, talvez um redimensionamento do uso da página.

Voltando ao Gráfico 7 acima, observa-se que a Hapvida apresentou quatro mensagens que se enquadravam na primeira categoria, representado 5% do seu total geral de mensagens. Importante notar, ainda que não atenda as conformações do que seria uma comunicação em saúde, das mensagens da segunda categoria, a maioria disponibilizada pela Hapvida buscava dar informação aos clientes e usuários para ajudá-los no melhor uso de seus planos de saúde, com informações de formas corretas de se encaminhar ao hospital em caso de necessidade, dicas sobre utilização do plano, recomendações, etc., não representando exatamente uma propaganda ou com motivo de venda de algum produto, ainda que seja óbvia a associação entre a imagem da empresa e a boa prestação de serviços. Um exemplo de postagem desse tipo é dado a seguir.

Figura 17– Exemplo de mensagem de informação utilizada pela Hapvida.



Fonte: *Facebook*, 2016.

Como já ressaltado, postagens de categorias que não se enquadram na promoção da saúde, utilizadas pelas empresas nas páginas no *Facebook*, não devem ser vistas como alheia aos objetivos das empresas, já que o espaço é utilizado para os mais diferentes fins. Já se disse que a distinção é feita buscando parâmetros de discussão, de enquadramento de mensagens diversas, bem como para estabelecer parâmetro de comparação entre as operadoras para a promoção da saúde.

Ainda sim, nos termos do presente trabalho, o não aproveitamento do espaço, ou o aproveitamento mal feito pelas operadoras ao deixar de usar a força dessa ferramenta digital para a promoção, é um indicativo de mau uso do poder persuasivo que a associação da imagem da empresa proporciona, sendo por isso, motivos de discussão. E isso reflete nos objetivos aqui pretendidos, o que parece justificar a distinção nas categorias de análises.

Pensando assim, seria de se supor um estágio intermediário entre a tentativa de disponibilizar mensagens de cunho estritamente direcionado a promoção da saúde e de disponibilizar mensagens que se engajem parcialmente nessa promoção, associando-se seus conteúdos a imagem da empresa nessa dinâmica comunicacional. Ao que parece, a próxima categoria a ser analisada vem a preencher esse espaço.

6.2.2 Postagens híbridas

A terceira categoria analisada é relativa às Postagens híbridas. Elas são voltadas para questões informativas em saúde e associadas a propaganda de produtos das empresas, e que assim não se encaixam num padrão de promoção da saúde. São apresentados a seguir, os dados dessa categoria, seguidos por suas subcategorias e temas, conforme estabelecido na metodologia. Foram suprimidas, no quadro, subcategorias ou temas que não obtiveram postagens.

Tabela 6 – Dados numéricos das operadoras na categoria Postagens híbridas.

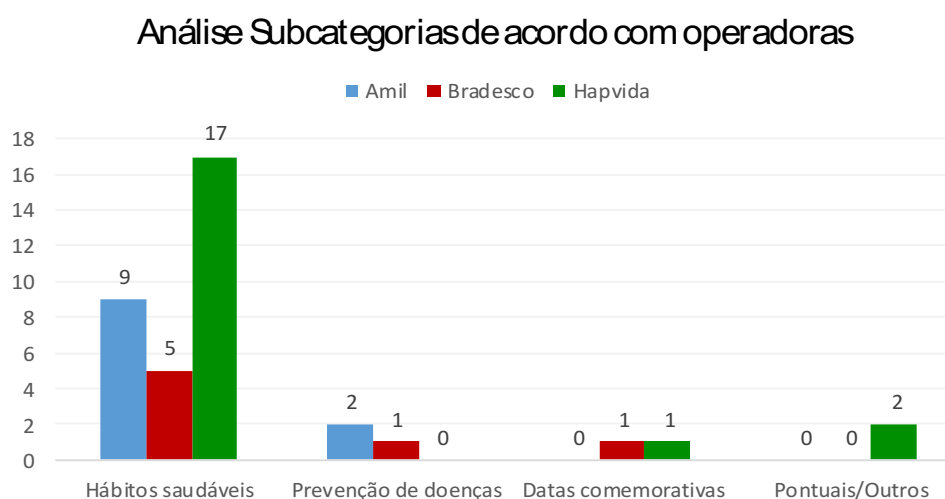
SUBCATEGORIA	TEMAS	OPERADORA		
		Amil	Bradesco	Hapvida
Hábitos saudáveis	Atividade física	3	2	10
	Alimentação	1	0	2
	Lazer	1	1	2
	Vida familiar	3	2	1
	Maternidade	1	0	2
Prevenção de doenças	Bucais	1	1	0
	Misto	1	0	0
Datas comemorativas		0	1	1
Pontuais/Outros		0	0	2
Total		11	7	20
Porcentagem*		13,75%	8,75%	23,25%

* Porcentagem em relação ao total amostral inicial, isto é, Amil e Bradesco 80 postagens, e Hapvida 87 postagens.

Fonte: *Facebook*, 2016 / Tabulados pela autora.

Percebe-se aqui o pouco número de postagem da Bradesco que se encaixa nesse perfil, enquanto a Amil postou um número relativamente maior, 11 de suas mensagens, seguido pela Hapvida, a que maior número, com 20 delas, embora tenham ocorrido características distintas entre elas nos temas e conteúdos das mensagens. Isso fica mais fácil de observar no gráfico a seguir.

Tabela 7 – Postagens das operadoras na categoria Postagens híbridas.



Fonte: *Facebook*, 2016 / Tabulados pela autora.

Como nas duas primeiras categorias, acima discutidas, Amil e Bradesco apresentam algumas de suas mensagens no tema Vida familiar, onde o foco é a promoção e venda de seguros de proteção à família, buscando a associação entre a previdência e o bem estar familiar em suas mensagens. O essencial aqui é a imagem, diferenciando das duas categorias anteriores, que remete a subcategoria de hábitos saudáveis e/ou ao tema familiar, como é possível ver no exemplo abaixo.

Figura 18 – Exemplo de Postagem Híbrida com reflexos na informação em saúde e venda de seguros de proteção à família utilizada pela Bradesco.

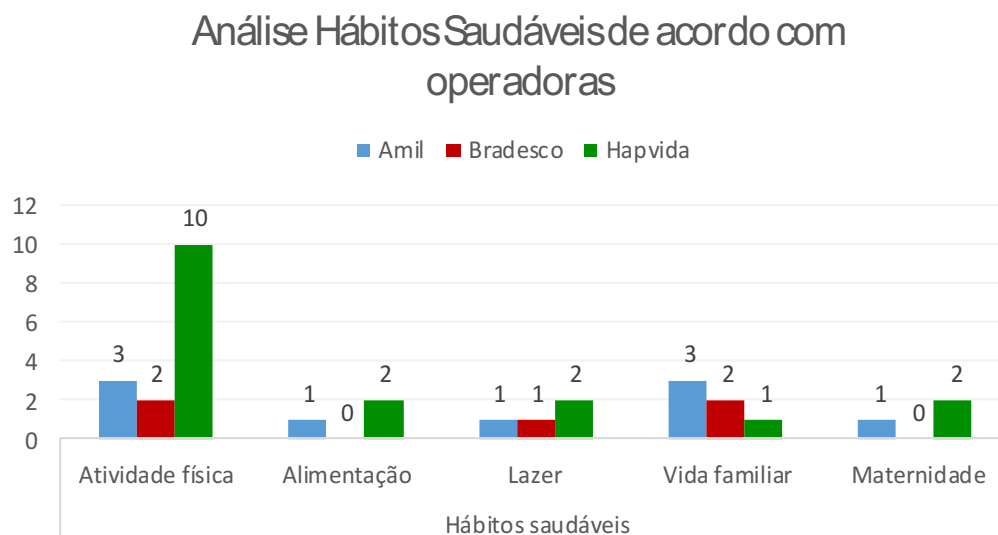


Fonte: *Facebook*, 2016.

Além disso, na página da Amil, mas sobretudo na da Hapvida, haviam posts que orientavam para a boa prática de esportes, lazer e para alimentação saudável. Esses temas, como se verá na análise da categoria a seguir, são dos mais recorrentes nas postagens das duas empresas, sugerindo uma preferência por eles. Na presente categoria, entretanto, para a Amil e para a Hapvida, as mensagens estavam ligadas com projetos específicos de cada operadora, projetos esses que tinha associação à promoção

das suas marcas e algum aspecto de hábitos benéficos pra saúde. Particularmente a Hapvida, haviam dez mensagens enquadradas nessa categoria relacionadas à atividade física, e direcionadas ao projeto *hapvida1k*, que busca estimular a prática de exercícios e a formas de lazer que estimulem essa prática (dança, por exemplo), bem como aos eventos esportivos em que o nome da empresa estava envolvido. A disparidade numérica nesses temas pode ser visto no gráfico seguinte.

Gráfico 7 – Postagens Híbridas das operadoras em temas sobre hábitos saudáveis.



Fonte: *Facebook*, 2016.

Além disso, tais postagens não se configuravam como mensagens de promoção da saúde por não terem somente tal foco nela, em seu sentido amplo e reflexivo, e por suscitarem questões mercadológicas. Entretanto, como já indicado acima, essa tentativa das empresas de saúde sugerem uma tentativa mista, não tanto utilizada pela Bradesco, pois ao um tempo em que tentam trazer benefícios de imagem da empresa, busca-se também estimular a prática de exercício, como pode ser visto logo abaixo, no exemplo.

Figura 19 – Exemplo de Postagem Híbrida relacionado a projetos esportivos associados a promoção da marca da Hapvida.



Fonte: Facebook, 2016.

Uma dedução importante trazida pelos dados dessa categoria, e a partir de utilização de mensagens híbridas como acima mostrada, é que número relativamente menor de comentários da Bradesco em relação às outras duas operadoras, se observada a maior quantidade de seguidores de sua página, sugere que o excessivo foco na promoção e venda de produtos pode retirar o caráter interativo, e assim, a participação ativa dos usuários. E isso é um indicativo de uso da página que também poderia ser observado por outras operadoras que mantem perfis no *Facebook*, que não somente as da presente pesquisa.

O termo *Interatividade* em seu sentido original quer dizer formas de relação-interação do homem com uma máquina, usada e pensada em seu benefício. A internet, juntamente com as novas tecnológicas, são capazes de acrescentar um *plus comunicacional* nessa relação, formando redes estensas de interatividade. Por isso, interatividade pode designar a característica própria de uma interface digital – textual, gráfica ou mesmo sonora – que permite trocas entre o “usuário de um sistema informático e a máquina” (Valle & Bohadana, 2012, p. 978).

Mas como observam Ferreira and Bianchetti (2004), a interatividade não está nas tecnologias, mas nas relações sociais que poderão ser mediadas pelas tecnologias, ainda que esteja na essência das novas mídias. Desse modo, o desenvolvimento das novas tecnologias da informação e comunicação proporcionam uma mudança na forma de comunicação, pois o modelo linear da lógica de distribuição da informação emissor-mensagem-receptor, transforma-se e a mensagem passa a ser um conteúdo manipulável por emissores e receptores.

De tal forma que, ao tomarmos como possível a afirmação de que o menor número de respostas dos usuários da Bradesco podem se dever ao número maior de mensagens direcionadas ao *marketing* da empresa, podemos supor que um melhor manejo dos conteúdos dessas mensagens rumo a promoção da saúde melhoraria a participação desse usuários. Desse modo, haveria, proporcionalmente, mais interatividade. A próxima categoria, que trata de mensagens para a promoção da saúde, tenta indicar tal fato.

6.2.3 Postagens de promoção da saúde

O aspecto mais importante que a presente pesquisa tenta cobrir é analisar as postagens que tinham por foco diretamente a promoção da saúde, que dentre diversos fatores oferece espelhamento das maiores operadoras do Brasil para outras, quando percebido o uso do espaço do *Facebook*. São essas mensagens que, também, mais a frente, passarão pela análise do discurso. Além disso, é o uso do espaço do *Facebook* que em parte recobre a necessidade, dada a orientação da ANS nesse sentido, de que as empresas forneçam informação de qualidade aos usuários e que promovam a saúde.

Nesse sentido, já se indicou, a ANS vem buscando uma mudança de paradigma com o objetivo de “produzir saúde” e não apenas tratar a doença, “estimulando as operadoras de planos privados de assistência à saúde a repensarem a gestão com vistas a contribuir para mudanças do modelo de atenção no qual haja incorporação progressiva de ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças” (ANS, 2016, p. 1).

Por isso, a ANS define como parte do programa para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças atuações das operadoras que contenham um conjunto orientado de estratégias e ações programáticas integradas nesse sentido. Isso é imprescindível para que se entenda o papel dos sites de redes sociais e de outras ferramentas digitais para essas empresas, o que representa um fator de articulação de análise na presente pesquisa. Mas, é bom reafirmar, permite entender a contraparte legal que imputa às empresas a promoção da saúde, já que elas são sistematicamente avaliadas por órgãos como a ANS.

Feitos esses apontamentos, quando observadas as mensagens de promoção da saúde, os resultados foram os seguintes, ressaltando-se que, também nessa categoria, foram suprimidas, no quadro, subcategorias ou temas que não obtiveram postagens:

Tabela 7– Dados numéricos das operadoras na categoria Postagens para promoção da saúde.

SUBCATEGORIA	TEMAS	OPERADORA		
		Amil	Bradesco	Hapvida
Hábitos saudáveis	Atividade física	13	2	7
	Alimentação	15	2	14
	Lazer	1	1	4
	Vida familiar	1	0	3
	Maternidade	7	0	13
Prevenção de doenças	Cardíacas	2	0	0
	Buciais	11	2	1
	Respiratórias	1	2	2
	Ocular	0	0	1
	Misto	5	2	3
Datas comemorativas		6	11	1
Campanhas de saúde		2	5	0
Pontuais		1	1	4
Total		65	28	53
Porcentagem*		81,25%	35,00%	61,63%

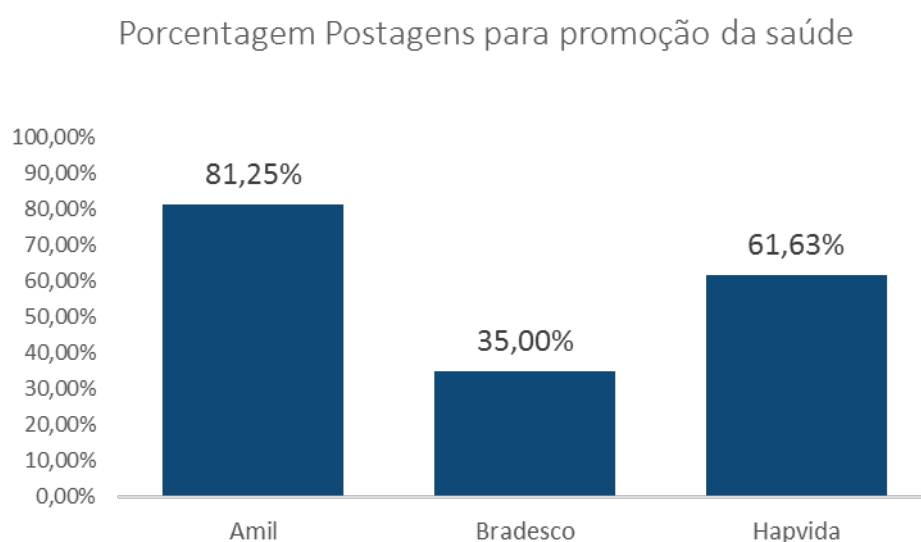
* Porcentagem em relação ao total amostral inicial, isto é, Amil e Bradesco 80 postagens, e Hapvida 87 postagens

Fonte: *Facebook*, 2016 / Tabulados pela autora.

Como se vê, a Amil e a Hapvida são as duas empresas que mais apresentaram

mensagens de promoção da saúde, sendo, respectivamente, 81,25% e 61,63% do total e postagens dessas empresas. O fato da Bradesco apresentar 35% de mensagens deve-se, como se viu, ao número elevado de posts disponibilizados nas categorias Postagens díspares e Postagens informativas, apresentadas anteriormente.

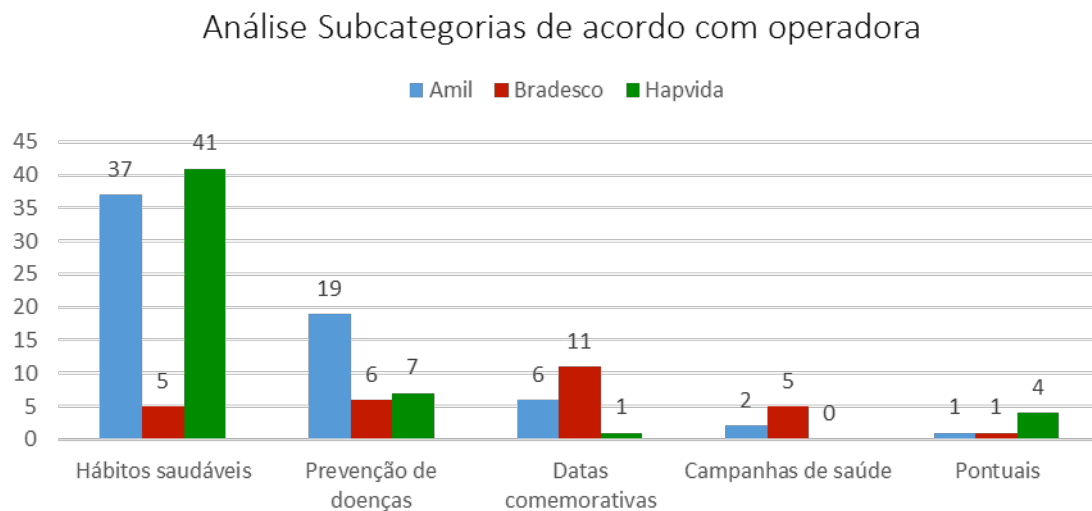
Gráfico 8 – Porcentagem de mensagens sobre promoção da saúde das operadoras no *Facebook*.



Fonte: *Facebook*, 2016 / Tabulados pela autora.

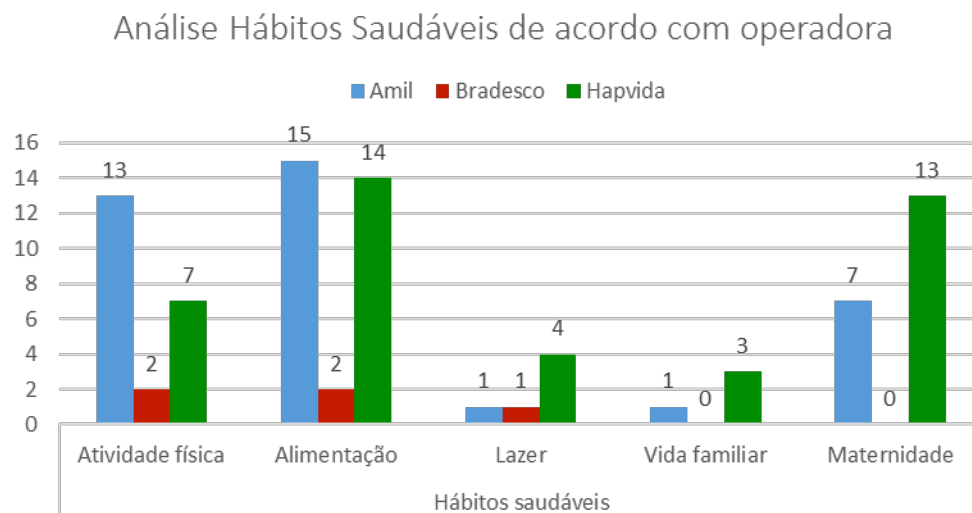
Quando observadas as subcategorias e temas, vemos que a Amil e a Hapvida, seguindo a mesma tendência que em outras categorias, concentram seus posts na questão da atividade física e na alimentação balanceada, como dois dos principais temas para de promoção da saúde. A Amil foi a que mais manteve suas mensagens nesses dois quesitos, sendo 28 delas, isto é, 37% do total geral de mensagens. Veem-se mais claramente esses números nos gráficos seguintes, com a distribuição por subcategorias e temas.

Gráfico 9 – Postagens de promoção da saúde por subcategoria de acordo com as operadoras no *Facebook*.



Fonte: *Facebook*, 2016 / Tabulados pela autora.

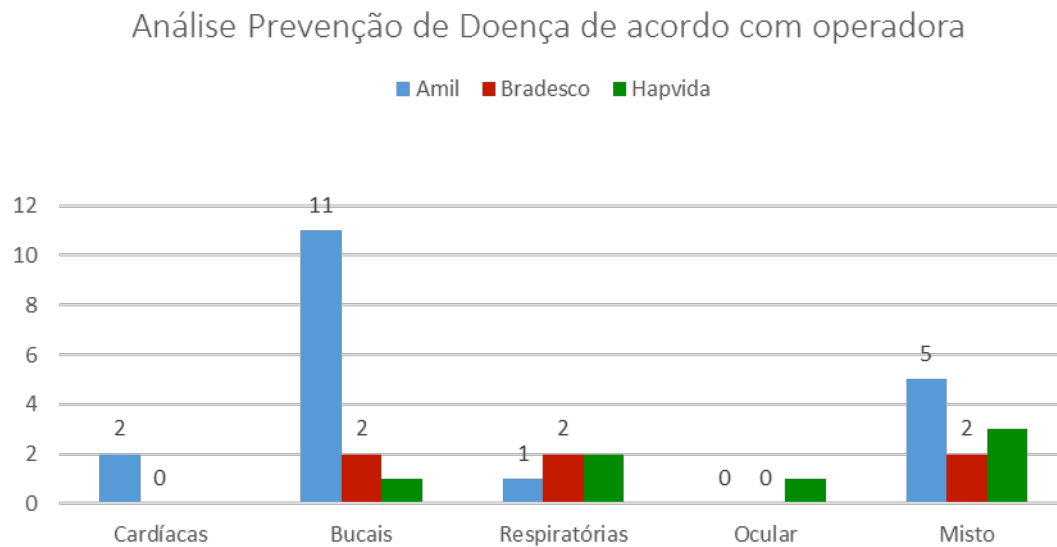
Gráfico 10 – Postagens de promoção da saúde em hábitos saudáveis por operadoras no *Facebook*.



Fonte: *Facebook*, 2016 / Tabulados pela autora.

Além disso, como é possível ver no gráfico abaixo, a Amil deu também destaque para mensagens que tinham por tema, a prevenção de doenças bucais, concentrando aí 11 delas. Esse número é marcante em relação às outras operadoras, sobretudo que existem mais cinco postagens da mesma operadora com foco em prevenção, de caráter misto. Mais abaixo, vemos um exemplo de postagens sobre a desse tipo, disponibilizada pela operadora.

Gráfico 11 - Postagens de promoção da saúde em prevenção de doenças das operadoras no *Facebook*.



Fonte: *Facebook*, 2016 / Tabulados pela autora.

Figura 20 – Exemplo de postagem em promoção da saúde, com foco na saúde bucal, utilizado pela Amil.



Fonte: *Facebook*, 2016.

O foco em temas que favorecem o cuidado com a saúde bucal, da Amil, sugere que a empresa, além de dar valor a esse tipo de mensagem e encará-lo como importante, pode também procurar, por essa via, valorizar o plano dental que ela disponibiliza, como vemos na mensagem acima. Além disso, parece ser a que mais se empenha e disponibilizar temas com foco em prevenção, de maneira geral.

Já com a Hapvida, como pode ser visto no gráfico de resultados das postagens sobre promoção da saúde, acima, ocorreu uma tendência parecida a da Amil na dispersão de temas: postou sete mensagens (cerca de 8%) para prática de exercícios, e para o cuidado com alimentação, postou 14 (cerca de 16%), refletindo a mesma preocupação que a Amil, nos termos aqui discutidos.

Um detalhe importante nos posts da Hapvida foi a existência de um terceiro tema que concentrou mais mensagens. Enquanto a Amil focou, além da prática esportiva e alimentação, na saúde bucal, a Hapvida buscou assuntos relativos a promoção da saúde no tema maternidade, como para cuidados pré-natais, para saúde do bebê e de crianças, dentre outros. Nesse caso, foram disponibilizados 13 mensagens do total geral, representado cerca de 15% dos posts, sendo que quatro dessas mensagens coincidem com o mês de maio, mês das mães no Brasil³⁸. Note-se ainda que nesse tema a Amil postou 7 mensagens, enquanto a Bradesco nenhuma. Temos um exemplo de mensagens sobre a maternidade da Hapvida, logo a seguir.

Figura 21 – Exemplo de mensagem em promoção da saúde com o tema maternidade, utilizado pela Hapvida.



Fonte: *Facebook*, 2016.

³⁸ Como não havia referência direta à data de comemoração, preferiu-se classificá-la com Cuidados maternos.

Cabe ressaltar que, pensar a maternidade como tema de mensagens, é pensar um planejamento ideal para o futuro, que coincide não somente com o cuidado com o ser que irá nascer, mas com a família e com o seu entorno, meio-ambiente, etc. Algo próximo a isso, parece ser uma das características para as postagens da Hapvida, não só para essa subcategoria, que a distingue em grande parte das outras operadoras.

Ainda que a maioria das postagens de promoção da saúde da Hapvida e das outras duas operadoras seja de cunho médico-assistencialista ou preventivo, a afirmação do tema da maternidade tem reflexos em outros trabalhos que notam que

a promoção de saúde supõe uma concepção que não restrinja a saúde à ausência de doença, mas que seja capaz de atuar sobre seus determinantes. Incidindo sobre as condições de vida da população, extrapola a prestação de serviços clínico-assistenciais, supondo ações intersetoriais que envolvam a educação, o saneamento básico, a habitação, a renda, o trabalho, a alimentação, o meio ambiente, o acesso a bens e serviços essenciais, o lazer, entre outros determinantes sociais da saúde (Sicoli & Nascimento, 2003, p. 102).

Pensar de forma tão abrangente a noção de saúde fazer pensar que se está lidando com algo tão amplo, como a própria noção de vida”, envolvendo tanto aspectos individuais como aspectos macro-estruturais, bem como sua permanente interação (Czeresnia 2003, 46).

Já para a operadora Bradesco, cabe destacar as postagens sobre Datas comemorativas, seguido das de Campanhas de saúde. Em termos comparativos às outras empresas, e a despeito do número reduzido de mensagens com foco na promoção da saúde da Bradesco, essas mensagens completaram quase o restante de suas postagens na presente categoria. Se as anteriores concentraram quase que 65% do total de mensagem, das 35% (28 mensagens) restantes sobre promoção da saúde, 11 tinham por subcategoria as Datas comemorativas (Ver Figura X) e cinco eram sobre Campanhas de saúde, mais da metade das em promoção da saúde. Ao mesmo tempo, vê-se que, nesse quesito, de Datas comemorativas, a Amil, com seis mensagens, pareceu dar um pouco mais de importância ao tema que a Hapvida, essa com apenas uma postagem.

Figura 22 – Exemplo de postagem em promoção da saúde com em datas comemorativas de saúde, da Bradesco.



Fonte: *Facebook*, 2016.

Um aspecto relevante da promoção da saúde diz respeito ao seu nascimento correlato com campanhas de saúde. Ainda que a promoção da saúde tenha se descolado dessa correlação, o forte impacto que as campanhas têm no imaginário reforça a ideia de importância de sua utilização na internet, como podemos ver no exemplo a seguir, sobre o combate ao tabagismo que, como se sabe, tem impacto global na saúde.

Figura 23 – Exemplo de postagem em promoção da saúde com em campanhas de saúde, da Amil



Fonte: *Facebook*, 2016.

Isso indica uma tendência que também pode ser mais bem aproveitada pelas empresas, com toda implicação positiva no âmbito da promoção da saúde. Ainda assim, como visto, é preciso que essa utilização seja um estágio no caminho para se superar a ideia preventiva que está por trás da maioria das campanhas, para assumirmos um espectro maior de diretrizes para promoção da saúde.

Parte da diferenciação já foi apresentada no percurso histórico, no Capítulo sobre a promoção da saúde, como em Leavell e Clark, com seu modelo focado fortemente na prevenção, passando pelo informe Lalonde, de onde a confusão foi criticada, até a Carta de Otawa. Por isso, se percebe o deslocamento da ideia de promoção indo além da ideia de prevenção de doenças.

Assim, um dado que as empresas de saúde devem atentar é que a prevenção e a promoção têm em comum a ênfase no cuidado e não na cura, além do que

uma importante característica da contemporânea discussão sobre a promoção da saúde reafirma a questão dos limites do modelo biomédico [...] para

ênfatar os cuidados com a saúde, ao invés de concentrar recursos e ações na assistência e cura de enfermidades. [...] Contudo, uma contemporânea definição de promoção da saúde a identifica como uma estratégia (ou conjunto de estratégias) que envolve um campo de conhecimentos e práticas transversais a todas as ações e níveis de atenção em saúde. Não se constitui em um nível específico de atenção e, tampouco, se situa em ações anteriores à prevenção (Marcondes, 2004, pp. 9-10).

Outro detalhe que parece importante se observar nos resultados, nesse sentido, é que a Hapvida, quando o tema é hábitos saudáveis, e principalmente voltado para a prática de exercícios, demonstra uma tendência, também apresentada em outras mensagens de promoção da saúde, de mesclar e associar mais temas e subcategorias numa única mensagem, sem apresentar uma unicidade temática. Além disso, mostrou buscar, de forma indireta (não impositiva), e por vezes lúdica, comunicar a mensagem. Isso sugere a busca de visão de saúde de maneira mais ampla, abarcando diversos aspectos dela. A seguir, vemos um exemplo disso.

Figura 24 – Exemplo de postagem em promoção da saúde mesclando informações de diferentes aspectos em saúde, da Hapvida.



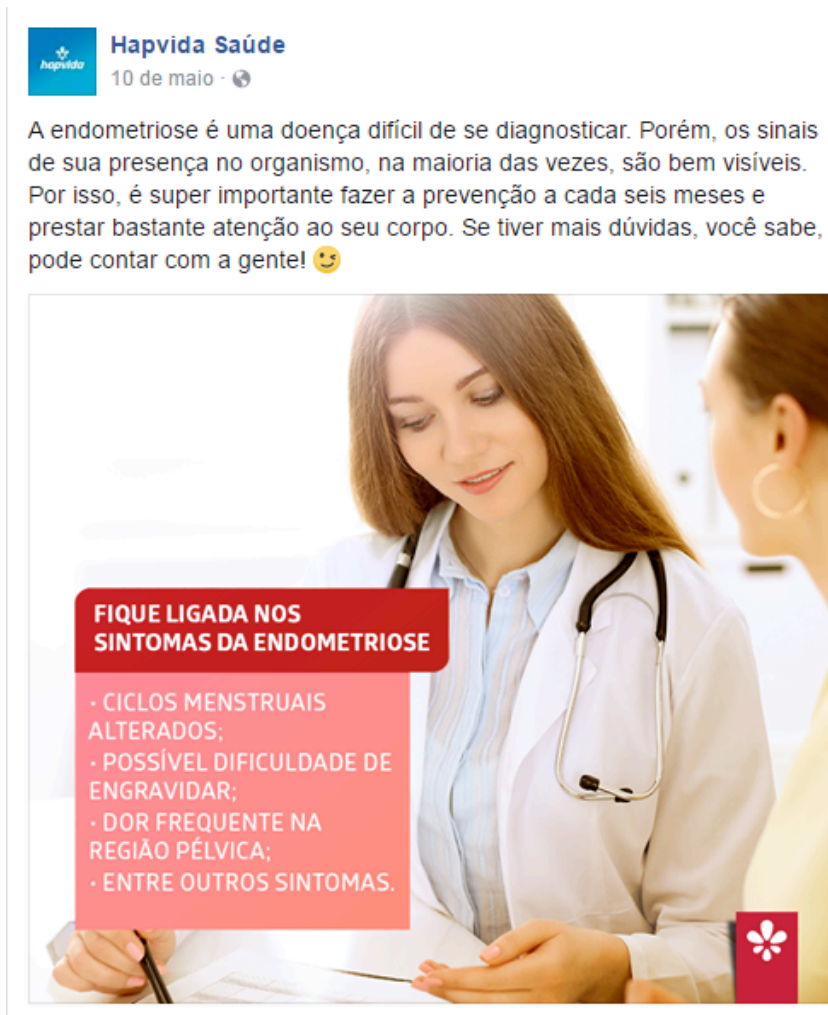
Fonte: *Facebook*, 2016.

Se a partir disso, em específico, é possível criar uma maneira qualitativa de pensar tais mensagens, vemos que a ludicidade e o aporte multifacetado da temática das mensagens apontam para uma faceta da promoção da saúde, isto é, seu caráter diverso e multideterminado, mostrado na citação acima. E essa multideterminação se imbrica na diferenciação entre a prevenção e a promoção.

Prevenir significa preparar, conhecer antecipadamente, prever, evitar ou impedir que se realize um dano, um mal ou um perigo. Assim, o objetivo da prevenção é a ausência da doença. Já promover significa gerar novas perspectivas, fomentar. Por isso, a Promoção da Saúde indica um olhar abrangente e positivo para o desenvolvimento humano, tendo como objetivo maximizar a saúde e os recursos das comunidades. Ou seja, a prevenção se baseia no conhecimento do funcionamento das doenças e dos mecanismos para o seu controle e evitação. A “Promoção da Saúde baseia-se na identificação das necessidades e condições de vida das pessoas e atenta-se às diferenças, singularidades e subjetividades implicadas nos acontecimentos individuais e coletivos de saúde” (Czeresnia, 1999, apud Penteadó e Servilha 2004, 112; Soto Mas, 1997).

Essa postura também se vê refletida no número de mensagens da operadora na subcategoria Pontuais, que apresentam assuntos ou temáticas muito específicas, como com doenças raras (Figura 25).

Figura 25 – Exemplo de postagem em promoção da saúde sobre uma doença rara, da Hapvida.



The image shows a Facebook post from the page 'Hapvida Saúde', dated May 10th. The text of the post discusses endometriosis, stating it is difficult to diagnose but has visible signs, and emphasizes the importance of prevention every six months and paying attention to one's body. It includes a smiley face emoji. Below the text is a photograph of a female doctor in a white lab coat with a stethoscope, looking at a document while talking to a patient. A red text box is overlaid on the photo, containing the title 'FIQUE LIGADA NOS SINTOMAS DA ENDOMETRIOSE' and a list of symptoms: '· CICLOS MENSTRUAIS ALTERADOS;', '· POSSÍVEL DIFICULDADE DE ENGRAVIDAR;', '· DOR FREQUENTE NA REGIÃO PÉLVICA;', and '· ENTRE OUTROS SINTOMAS.'. A small red logo with a white flower is in the bottom right corner of the photo.

Hapvida Saúde
10 de maio · 🌐

A endometriose é uma doença difícil de se diagnosticar. Porém, os sinais de sua presença no organismo, na maioria das vezes, são bem visíveis. Por isso, é super importante fazer a prevenção a cada seis meses e prestar bastante atenção ao seu corpo. Se tiver mais dúvidas, você sabe, pode contar com a gente! 😊

FIQUE LIGADA NOS SINTOMAS DA ENDOMETRIOSE

- CICLOS MENSTRUAIS ALTERADOS;
- POSSÍVEL DIFICULDADE DE ENGRAVIDAR;
- DOR FREQUENTE NA REGIÃO PÉLVICA;
- ENTRE OUTROS SINTOMAS.

Fonte: *Facebook*, 2016.

Isso sugere a popularização e amplificação de temáticas que tendem a adquirir importância precisamente por sua pouca aparição nos meios de comunicação, mas que tem impacto na saúde, de forma global, como a sexualidade e o cuidado com o uso da pílula anticoncepcional (Figura 26).

Figura 26 – Exemplo de postagem em promoção da sobre o uso da pílula anticoncepcional, da Hapvida.

Hapvida Saúde
17 de maio · 🌐

A pílula anticoncepcional é um dos métodos mais usados pelas mulheres para prevenir a gravidez. Apesar disso, seu uso ainda gera algumas dúvidas 😬 colocamos aqui algumas dicas para vocês, não esquece de dizer se te ajudou 😊

SAIBA MAIS SOBRE A PÍLULA ANTICONCEPCIONAL

- O início da cartela deve ser feito no primeiro dia da menstruação.
- Respeite o horário para tomar (sempre o mesmo) e os dias (não devemos esquecer nenhum!).
- Com uso regular e sem erros na administração, a pílula chega a mais de 90% de acerto.

Fonte: *Facebook*, 2016.

Esse aspecto multifacetado das mensagens não se reflete, entretanto, na “aparente” menor importância que a Hapvida deu ao tema da prática esportiva na categoria promoção da saúde. Se observadas as mensagens do projeto Hapvida+1k, classificadas como híbridas, percebe-se que há também, somadas essas mensagens com as da promoção da saúde, a mesma tendência da Amil para com o foco nos dois temas acessíveis e populares.

Sobretudo para a Amil, mas que caberia para a Hapvida e Bradesco, aparenta tendência dos mantenedores das páginas de ambas a empresas em lançar mão de tais mensagens pela praticidade do tema, ao ser facilmente assimilado e conhecido, ou ser simples em sua expressão. Além disso, pode se dar pelo fato de tais temas terem maior alcance já

que qualquer um poder fazer exercícios nos mais diferentes lugares e espaços, bem como a facilidade comunicativa em orientar aos usuários, ater-se a uma alimentação saudável, etc. Entretanto, pensando na comunicação da promoção da saúde, essa praticidade e facilidade diminuiu o poder de ampliação possível da visão do que seria saúde, se forem focados tantos esforços em temas habituais e que, por outro lado, também repercutem nos gastos das operadoras pelo seu caráter preventivo.

Além do já dito, algumas mensagens dessa classificação merecem destaque, observando também uma tendência de mesclar diferentes aspectos da saúde e de temas numa mesma mensagem. É, aliás, a Amil a que mais mensagens postou de conteúdo misto. A mensagem a seguir, mostra a possibilidade dessa riqueza de assuntos, de maneira geral pouco aproveitada pelas operadoras, que proporcionam as informações e a promoção da saúde.

Figura 27 – Exemplo de postagem em promoção da saúde de conteúdo misto da Amil.



Fonte: *Facebook*, 2016.

Note-se que a mensagem está próximo do tema de hábitos saudáveis de alimentação, mas admite outras facetas, pois trata do acondicionamento do alimento e como isso determina sua qualidade e a saúde de quem o consome, sugerindo outras questões de promoção da saúde, pertinentes ao perfil da página no *Facebook*. Isso, por sinal, é ainda mais enfatizado na mensagem seguinte, que por sua temática tenta abarcar, por meio da definição do que seria a saúde, remetendo o usuário a essa reflexão da globalidade de seu significado (Figura 28).

Figura 28 – Exemplo de postagem em promoção da saúde sobre a globalidade da noção de saúde, da Amil.



Fonte: *Facebook*, 2016.

Não foi possível, nesses termos, observar tal tendência na operadora Bradesco. Aliás, todos esses ensejos abrem espaço para uma breve discussão, feita a seguir.

6.2.4 Aspectos gerais sobre a análise de conteúdo

Se a saúde deve ser tomada como estado de bem-estar físico, mental, espiritual e econômico de um indivíduo, seria de se supor que esses estados fossem também abordados pelas operadoras no cominho de uma efetiva promoção da saúde. Mas, sob o

ponto de vista de uma visão geral das postagens das operadoras, excetuando-se casos pontuais da Amil e Bradesco, e de forma um pouco mais abrangente, da Hapvida, observa-se que não foram apresentadas postagens de temas diversos, como a qualidade do sono, Prevenção de doenças e cuidados com a saúde para questões Metabólicas, Autoimunes, Psiquiátricas, presentes na grelha de análise, dentre outros assuntos, como primariamente se pensou que havia, na concepção da presente tese. O que foi visto é que tais esforços foram concentrados em quatro ou cinco assuntos, basicamente.

Nesse sentido, e de certa forma, a Hapvida é a empresa que tem melhor distribuídas a diversidade de temas possíveis nas postagens sobre promoção da saúde, seguido pela Amil. Já a Bradesco, além do baixo número de postagens com foco na promoção da saúde, é a que apresenta menos diversidade de temas, ainda que na Amil e Hapvida haja uma tendência de concentração maior em três temas.

Também sob um ponto de vista global, e ao se olhar também todas as categorias anteriores, é interessante notar que, quando se trata do aspecto posterior à prevenção, isto é, quando instaurada a doenças, as mensagens não fazem referência aos seus modos de tratamento, mas somente sua prevenção e cuidados, reafirmando a questão preventiva. Do mesmo modo, a concentração de posts nos temas sobre prática de exercício e em alimentação balanceada sugerem também uma maior preocupação com a prevenção e a orientação em cuidados com a saúde, não com o foco da promoção da saúde, mas direcionada à diminuição de gastos que dessas empresas.

Ou seja, se forem observadas a dimensões teóricas propostas pelos autores sobre o que condiciona, determina e ajuda a promoção da saúde, ao menos pelas mensagens que foram classificadas e analisadas, de forma geral, as empresas estão mais no nível da prevenção que da promoção. A Organização Mundial de Saúde (1988), preconiza sentidos amplos da visão de saúde, seja ela individual, social, de âmbito psíquico, físico, relativas a melhoria das condições sociais, ambientais e econômicas. Do mesmo modo, são sete os princípios que orientam a prática em promoção: além da participação social e empoderamento, a OMS ainda lista concepção holística, intersetorialidade, equidade, ações multiestratégicas e sustentabilidade (Sicoli e Nascimento, 2003).

Esses princípios determinam o efetivo e concreto engajamento social estabelecido como objetivo essencial da promoção de saúde, sendo que a participação social

é compreendida como o envolvimento dos atores diretamente interessados – membros da comunidade e organizações afins, formuladores de políticas, profissionais da saúde e de outros setores e agências nacionais e internacionais – no processo de eleição de prioridades, tomada de decisões, implementação e avaliação das iniciativas (WHO, 1998, apud Sícoli e Nascimento 2003, 104) .

Ao mesmo tempo, a disseminação da informação e a educação são bases para a tomada de decisão e componentes importantes da promoção de saúde, determinantes esses do princípio de empoderamento (Sícoli & Nascimento, 2003). Papel que pode ser exercido, sobremaneira, pela internet, em especial, pelo *Facebook*.

Assim, é preciso pensar o papel do usuário na disseminação da informação. Em parte, a análise do discurso pode lançar luz, para entendemos melhor esse processo. Pesquisas tendem a dar valor à questão da quantidade de participação, e a análise do discurso aqui, busca olhar a interatividade e relacionamento no sentido da qualidade. É o que tentará ser feito a seguir.

6.3 Resultados da Análise do discurso

Como estão em boa parte implicados, e ao se proceder nos passos da apresentação dos resultados da Análise de conteúdo, foi preciso também já encaminhar dados dos resultados da Análise do discurso³⁹. Parte disso ocorrerá também a seguir, já que será preciso retomar pontos já analisados, ainda que se tente destacar cada um dos tipos de observação dos resultados.

Além disso, concorda-se com Orlandi (2015), quando afirma que ao se fazer a seleção do *corpus* já se está, em si, procedendo ao início da análise do discurso. Selecionou-se

³⁹ Vale aqui de novo lembrar que essa diferenciação é feita buscando um diálogo e discussão entre a produção acadêmica portuguesa e a brasileira, já que no Brasil a maioria dos autores tende a diferenciar os métodos. Como visto, percebemos a pertinência de publicações (Sousa, 2014a; Souza, 2014b) que claramente mostram que essa diferenciação é, muitas vezes, desnecessária, sendo resultados mais do viés e foco de estudo.

assim, para a análise do discurso as falas da empresa e dos usuários nos comentários das postagens sobre a promoção da saúde, o que indica um recorte bastante preciso sobre a tipologia, dado o conteúdo das postagens. Assim, para se observar a questão da interatividade e relacionamento, devemos nos ater as condições de Produção do discurso, que nesse caso, se mostra como referente estabelecido por temas ligados a saúde, também como uma instância verbal determinada pelo contexto sócio-histórico-ideológico, os interlocutores, o lugar de onde falam etc.

M. A. S. M. e. Silva (2005, p. 21) completa essa ideia, notando que a Análise do Discurso

relativiza a autonomia do objeto da Linguística, ou seja, a língua como sistema abstrato, fechada nela mesma e impõe-lhe a “ideia” de discurso, que é um objeto sociohistórico e no qual está implícita a intervenção do linguístico. Tampouco considera a história e a sociedade (objeto das Ciências Sociais) como independentes de suas significações, isto é, como se não tivessem perpassadas pela linguagem

Na presente tese, o bojo do contexto ao qual aqui se refere é, portanto, o momento comunicacional-digital, em que mídias sociais ampliam nossa compreensão do humano, pautado, assim se propõe, num dialogismo que referencia o empoderamento e por consequência, a promoção da saúde e o desenvolvimento de autonomia dessas pessoas posicionadas com voz e iniciativa.

Também por esses meios, o contexto digital tem redimensionado o modo comunicação, ao menos seu aspecto formal, com uma linguagem rápida, sem que isso, aparentemente, constitua-se de um valor menor na cadeia comunicacional e interacional, em que se pese o contexto de produção dos discursos, onde a interatividade é ampliada pelo uso das mídias digitais e aparelhos eletrônicos que permitem seu uso.

Assim, como ponto inicial para apresentação dos resultados da Análise do discurso e para fomentar a discussão, serão apresentados logo abaixo, alguns dados quantitativos que, se não representem o foco principal do objetivo da presente pesquisa, são tomados em algumas pesquisas como indicadores da interatividade (Ramanadhan, Mendez, Rao,

& Viswanath, 2013; Thackeray, Neiger, Burton, & Thackeray, 2013). Isto é, a seguir serão apresentados os números que representam o modo de resposta dos usuários frente aos posts, seja dando *likes/reactions*, compartilhando ou comentando, em relação às categorias que foram aqui analisadas. Já mais a frente, será dado o estudo da análise textual das respostas escritas e as réplicas da operadora a essas respostas, isto é, a forma de relacionamento com esses usuários.

6.3.1 Comparativos de respostas e reações dos usuários

Abaixo, na Tabela 8, são apresentados valores que cercam as respostas, os comentários e as reações dos usuários, quando confrontadas as categorias de análise para cada operadora.

Tabela 8 – Números de respostas e reações dos usuários de acordo com as operadoras e as categorias de análise.

		Número de posts	Curtidas	Compartilhamentos	Comentários
AMIL	Díspares	1	253	45	36
	Propaganda	3	1.213	268	240
	Híbrida	11	972	331	87
	Promoção	65	49.655	4.644	786
BRADESCO	Díspares	28	18.433	1.443	440
	Propaganda	17	8.849	860	125
	Híbrida	7	638	203	64
	Promoção	28	18.370	1.684	338
HAPVIDA	Díspares	4	1.270	143	170
	Propaganda	9	626	109	182
	Híbrida	20	5.636	444	425
	Promoção	53	10.074	1.257	685

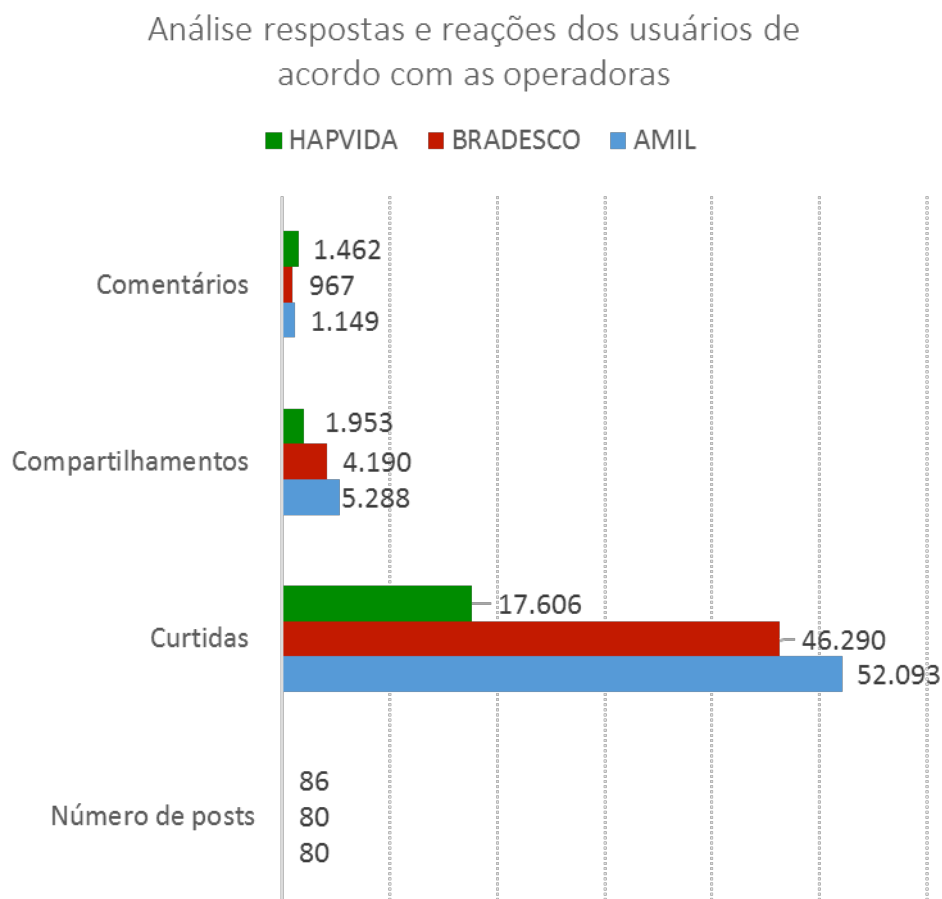
Fonte: *Facebook*, 2016 / Tabulados pela autora.

Como é possível observar, os números de reações refletem os dados já apresentados anteriormente, por meio das categorias de análise do conteúdo, já que há relação direta entre os valores dessas categorias. Assim, vê-se que o número de curtidas e

compartilhamentos, de forma geral, é maior nas categorias onde há maior número de posts. Ainda assim, observa-se uma tendência central das postagens em promoção da saúde de concentrarem mais respostas e reações, sugerindo que a categoria e os conteúdos das mensagens são mais estimuladores de interatividade.

No gráfico a seguir, podemos observar os dados sob outro ponto de vista, em seus valores brutos, quando somados os totais de reações sem levar em conta as categorias, com a Amil obtendo o maior número de participações, comparadas às outras duas operadoras.

Gráfico 12 – Respostas e reações dos usuários das operadoras no *Facebook*.

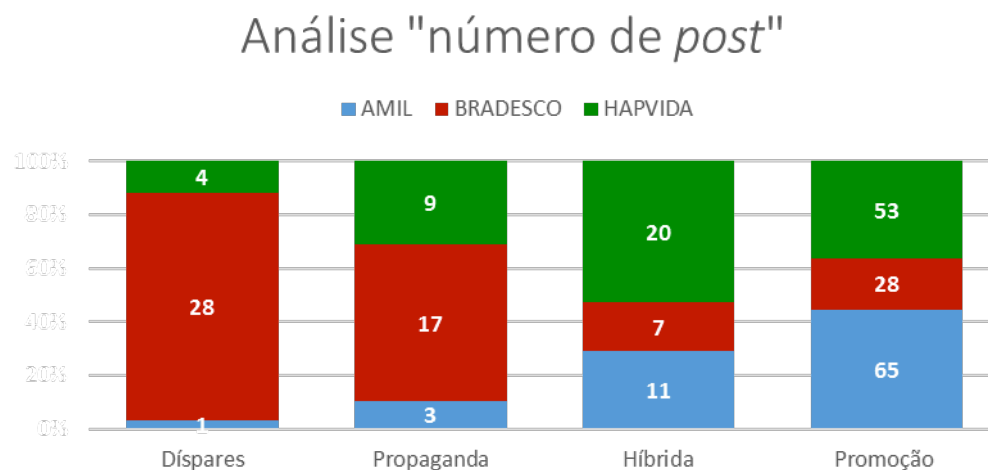


Fonte: *Facebook*, 2016 / Tabulados pela autora.

Outro fator que deve ser levado em conta nesses dados é o possível reflexo da Bradesco ser a operadora com maior número de seguidores, aproximadamente o dobro da soma

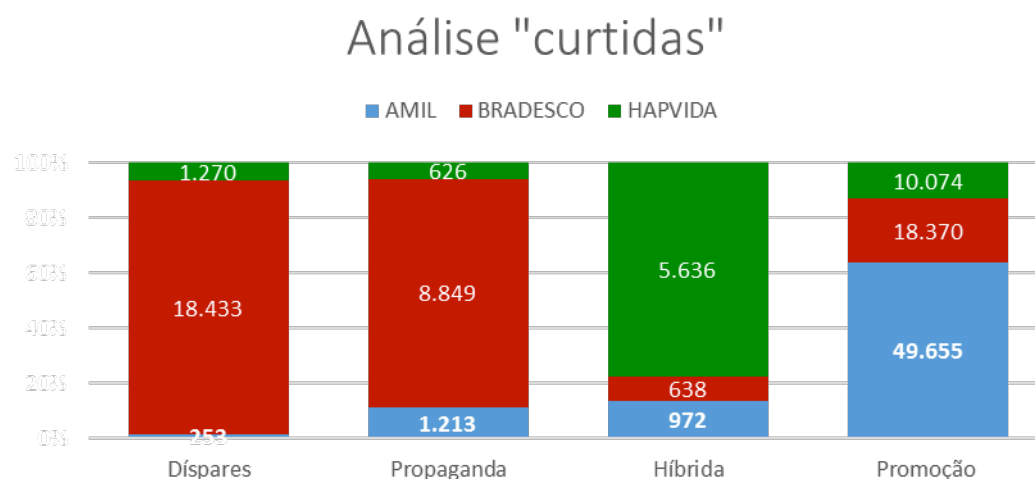
das outras duas operadoras. Ainda que apresente menor número de postagens em determinadas categorias, ainda sim obtêm respostas e reações similares às das outras operadoras. Observe-se, por exemplo, especificamente a categoria de promoção da saúde, em que, com 28 postagens, ela supera as curtidas da Hapvida, que tem 53 posts nessa categoria. Num sentido inverso, verifica-se o número expressivo de respostas obtidas pela Amil, já que, ainda que seja a que mais posts tem na promoção da saúde, é também a com menor número de seguidores (Gráficos 12).

Gráfico 13 - Postagens de promoção da saúde das operadoras no *Facebook*.



Fonte: *Facebook*, 2016 / Tabulados pela autora.

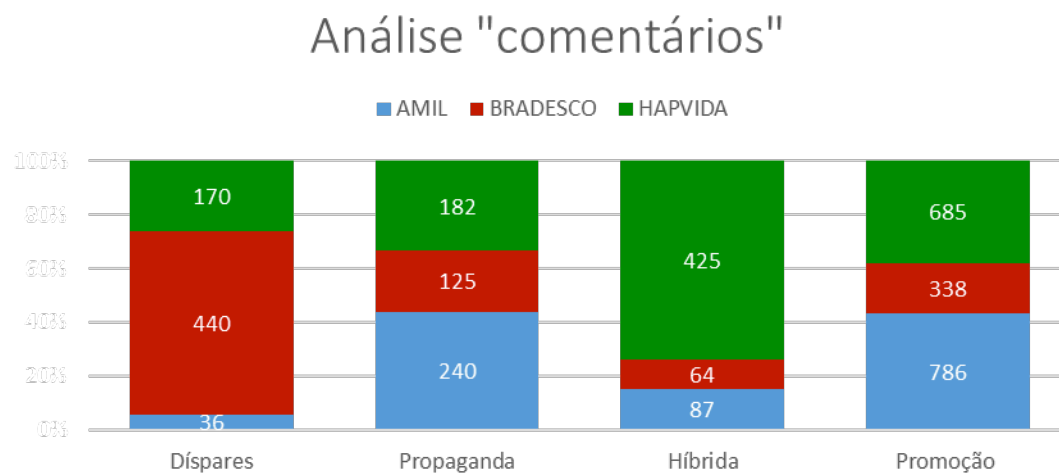
Gráfico 14 – Curtidas nas mensagens das operadoras no *Facebook*.



Fonte: *Facebook*, 2016 / Tabulados pela autora.

Também uma tendência contrária pode ser notada. Ao supor maior resposta, ainda que tenha maior número de seguidores, em alguns parâmetros de análise, a Bradesco obtém resultados menores ou parecidos em outros aspectos de interação, como nos comentários das postagens em promoção da saúde. Aqui, a Amil é a que têm o número mais expressivo, 786 comentários, seguido pela Hapvida (685), depois Bradesco (338). A seguir, temos um gráfico em que esses parâmetros são mais bem visualizados.

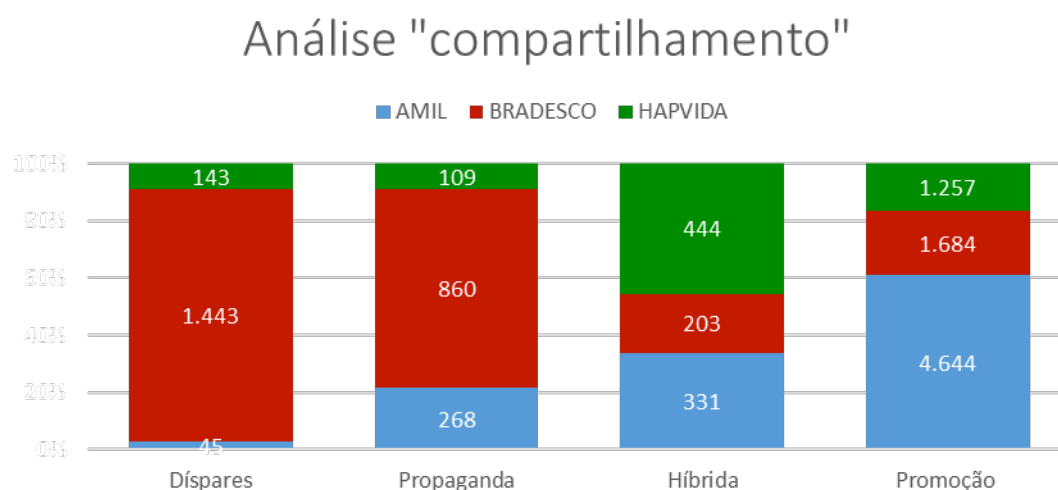
Gráfico 15 – Números de comentários das operadoras no *Facebook*.



Fonte: *Facebook*, 2016 / Tabulados pela autora.

Esses dados sugerem uma preferência dos usuários, nesses casos, por tipos de reações imediatas, que requerem um *click*, e podem ser acionadas mais facilmente, não necessitando um engajamento maior dos usuários – tais como curtidas e compartilhamentos. Já os comentários, que requerem mais tempo de disponibilidade dos usuários, onde normalmente existe a necessidade de elaborar e digitar algo na página, nesses casos parece haver um maior engajamento – ou uma preferência – dos usuários da Hapvida, que se propõe a tanto com mais frequência. Pode-se perceber, por exemplo, o elevado número deles no gráfico a seguir. Note-se, também, o número desses compartilhamentos que a Bradesco consegue em postagem dísparas e de propaganda, em relação às outras duas operadoras.

Gráfico 16 – Número de compartilhamento das operadoras no *Facebook*.



Fonte: *Facebook*, 2016 / Tabulados pela autora.

Informações complementares a esse achado são dadas no quadro seguinte, onde veremos valores de resposta e reação, mas, agora, relacionados com as subcategorias das postagens consideradas como de promoção da saúde. Nele, os números são mais representativos para a proposta da Análise do discurso, visto cobrirem questões que focam a promoção da saúde.

Tabela 9 – Número de respostas e reações dos usuários nas subcategorias das postagens de promoção da saúde

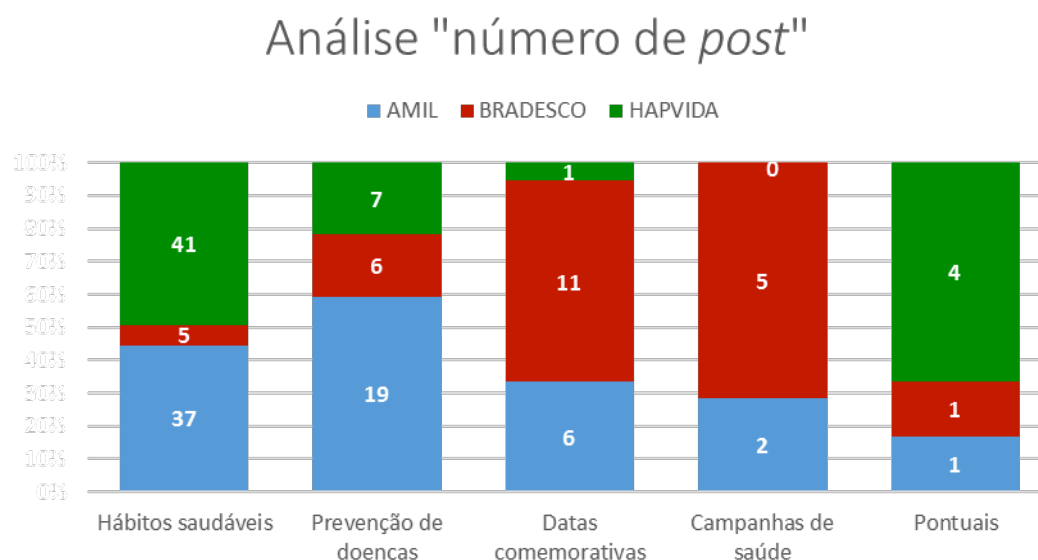
		Número de posts	Curtidas	Compartilhamentos	Comentários
AMIL	Hábitos saudáveis	37	31.563	2.356	434
	Prevenção de doenças	19	10.358	1.638	182
	Datas comemorativas	6	7.539	440	151
	Campanhas de saúde	2	104	143	10
	Pontuais	1	91	67	9
BRADESCO	Hábitos saudáveis	5	4.434	141	54
	Prevenção de doenças	6	532	241	42
	Datas comemorativas	11	7.650	663	184
	Campanhas de saúde	5	5.674	611	54

	Pontuais	1	80	28	4
HAPVIDA	Hábitos saudáveis	41	8.591	866	371
	Prevenção de doenças	7	718	118	267
	Datas comemorativas	1	53	3	9
	Campanhas de saúde	0	0	0	0
	Pontuais	4	712	270	38

Fonte: *Facebook*, 2016.

Comparando com a tabela anterior, vemos a mesma tendência do que foi dito anteriormente. Mais especificadamente para as subcategorias, é possível ver que a concentração de posts da Amil e Hapvida em hábitos saudáveis.

Gráfico 17 – Número de posts por subcategoria das operadoras no *Facebook*.

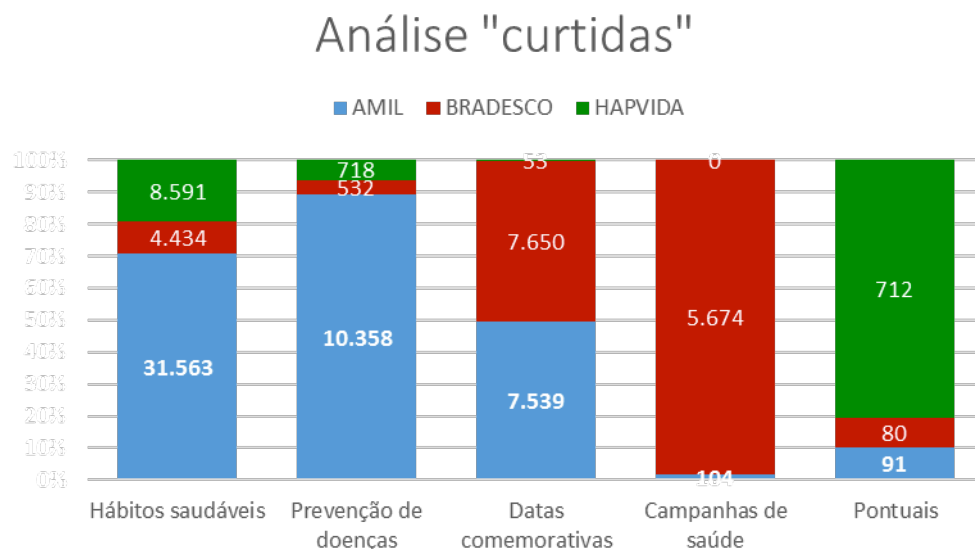


Fonte: *Facebook*, 2016 / Tabulados pela autora.

Como observado, grande parte dessas mensagens eram sobre alimentação balanceada e sobre a prática de exercícios. Essa subcategoria mostra também uma maior quantidade de reações imediatas dos usuários da Amil, do tipo curtida e compartilhamento, se comparado com os da Hapvida. Entretanto, o número de comentários é parecido entre ambas as operadoras, em termos relativos, somados os dessa subcategoria com a seguinte, sendo que nessa soma a Amil tem um número relativamente maior de

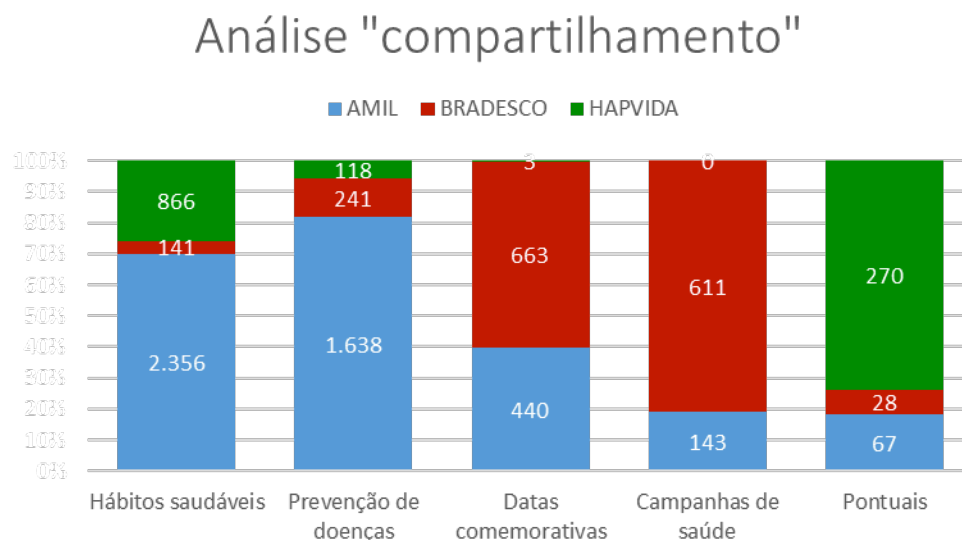
postagens. Isso pode ser visualizado, com mais clareza, nos gráficos a seguir.

Gráfico 18 – Curtidas por subcategorias nas postagens das operadoras no *Facebook*.



Fonte: *Facebook*, 2016 / Tabulados pela autora.

Gráfico 19 - Compartilhamentos por subcategorias nas postagens das operadoras no *Facebook*.

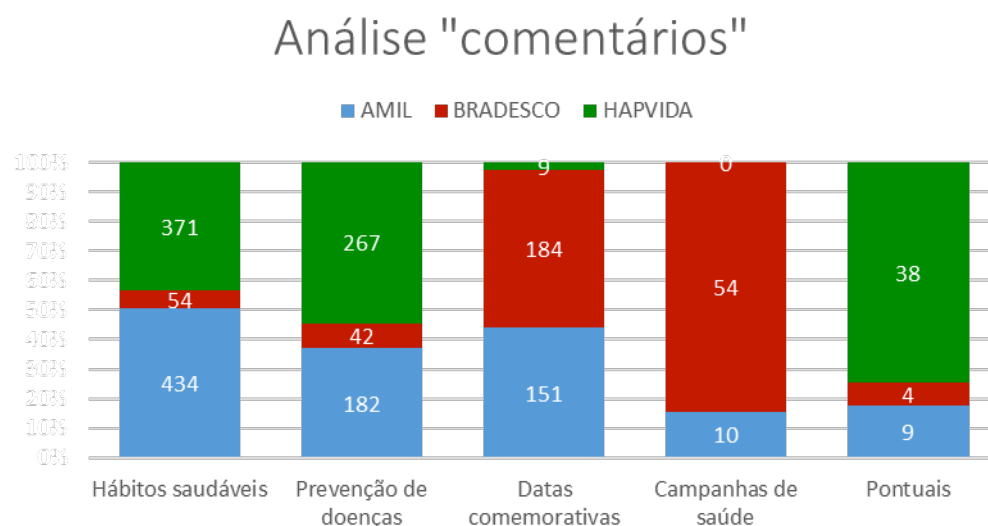


Fonte: *Facebook*, 2016 / Tabulados pela autora.

Esse dado é ainda mais reforçado pelos números do segundo item, a prevenção de doenças. Como é possível ver no gráfico mais acima, Amil tem nela 19 postagens, contra sete da Hapvida. Nele vemos a discrepância entre o número de curtidas na página

da Amil e da Hapvida, com a Amil com valores relativos maiores. No entanto, quando observado número de comentários (Gráfico 20, seguinte), vemos que a Hapvida supera a anterior, mesmo com um número menor de postagem nessa subcategoria. Isso sugere um manejo da informação e da mensagem para a interatividade, quando aciona a participação ativa, ao mesmo tempo em que recoloca em discussão uma preferência não só das operadoras por temas de caráter preventivo, mas também uma preferência e maior interesse dos usuários por esses temas.

Gráfico 20 – Comentários por subcategorias nas postagens das operadoras no *Facebook*.



Fonte: *Facebook*, 2016 / Tabulados pela autora.

Vê-se também que a Bradesco, com seis postagens, equivalentemente, apresenta números pouco expressivos em comparação com as outras duas operadoras. Isso pode ser reflexo do caráter multidirecionado da página, com sua variedade de produtos. Mas, ainda assim, esse aspecto parece não ter influência no item onde ela tem maiores números de postagens, o de Datas comemorativas e Campanhas de saúde, apresentando bom desempenho tanto nas ações instantâneas, como em reações de qualidade, mas não tão bons quanto às outras operadoras, ainda podendo ser reflexo do caráter disperso e multifacetado da página.

Adicionalmente, o quadro sobre as mensagens híbridas (Tabela 10) a seguir, sugere alguns pontos de discussão.

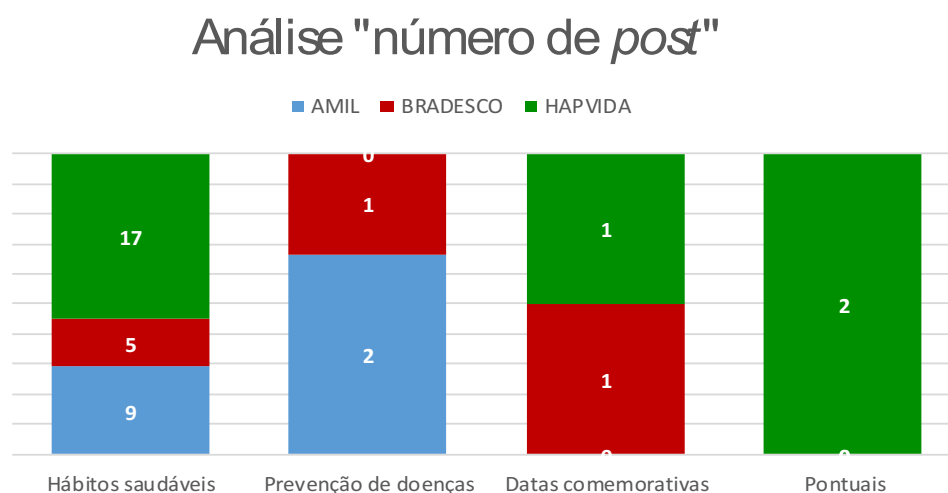
Tabela 10 – Número de respostas e reações dos usuários nas subcategorias das postagens híbridas.

		Número de posts	Curtidas	Compartilhamentos	Comentários
AMIL	Hábitos saudáveis	9	725	244	71
	Prevenção de doenças	2	247	87	16
	Datas comemorativas	0	0	0	0
	Campanhas de saúde	0	0	0	0
	Pontuais	0	0	0	0
BRADESCO	Hábitos saudáveis	5	461	104	43
	Prevenção de doenças	1	109	85	13
	Datas comemorativas	1	68	14	8
	Campanhas de saúde	0	0	0	0
	Pontuais	0	0	0	0
HAPVIDA	Hábitos saudáveis	17	5.252	303	382
	Prevenção de doenças	0	0	0	0
	Datas comemorativas	1	150	37	15
	Campanhas de saúde	0	0	0	0
	Pontuais	2	234	104	28

Fonte: *Facebook*, 2016.

Bom adiantar que, somente com as informações presentes, e o quadro acima, não se pode inferir com certeza que o maior número de postagem nessa categoria indica, diretamente, o manejo estratégico entre a imagem da empresa e a informação em saúde. Os dados devem ser vistos com cautela, nesse sentido, já que a maioria das mensagens tinha por foco, a questão mercadológica. Além disso, e isso já é recorrente nesses resultados, pelo quadro se vê que a esmagadora maioria as mensagens dessa categoria se concentraram na subcategoria hábitos saudáveis (Gráfico 20).

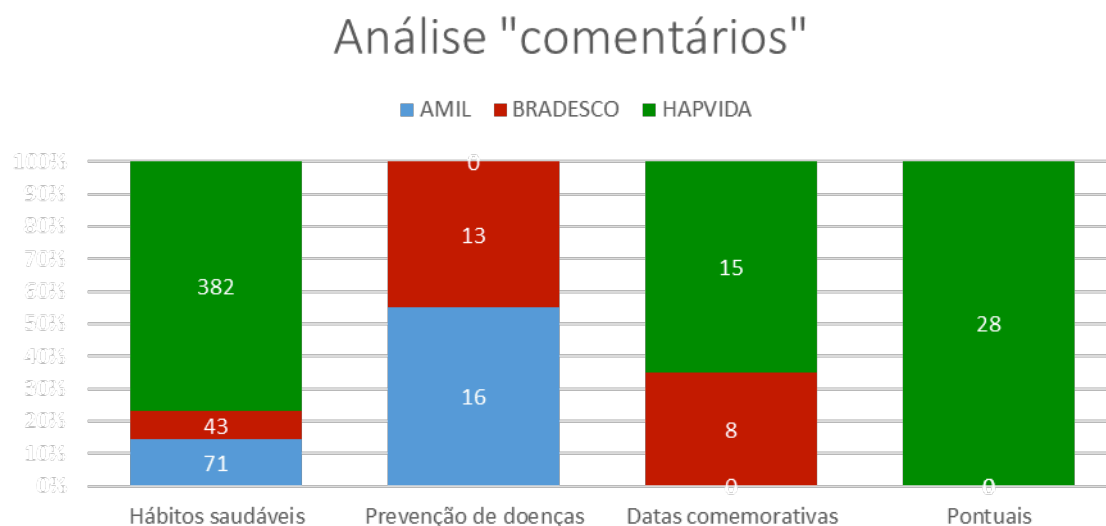
Gráfico 21 – Postagens na categoria Híbrida, por subcategoria, das operadoras no *Facebook*.



Fonte: *Facebook*, 2016 / Tabulados pela autora.

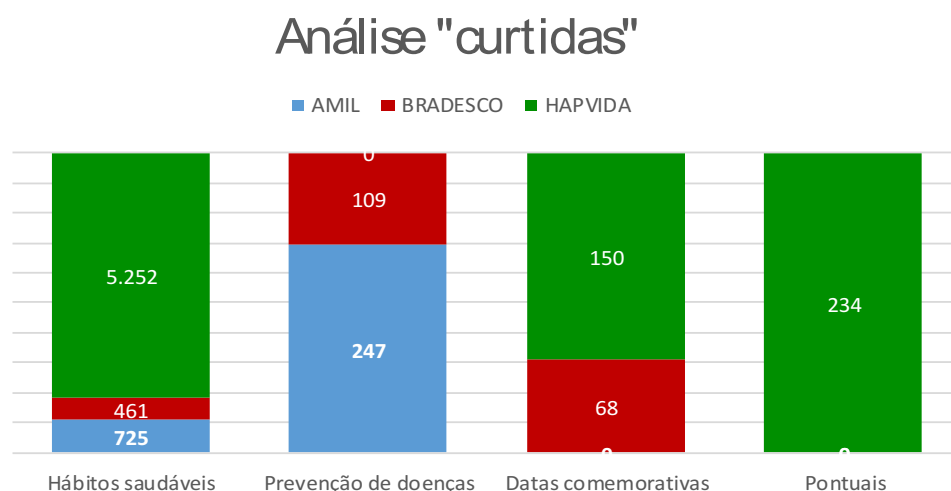
O que é notável nos resultados das reações das postagens híbridas, e coaduna-se com o que foi afirmado na análise do conteúdo, é a indicação de que uma tentativa de equalização da exposição da marca a partir de eventos que estimulem hábitos saudáveis, como a prática esportiva, e a tentativa mista de promover a saúde, pode ser responsável pelo grande desempenho da Hapvida, tanto para curtidas como para comentários, quando avaliados mais estritamente os posts com seu programa Hapvida1+k, com observado nos gráficos seguintes.

Gráfico 22 – Comentários nas postagens híbridas das operadoras no *Facebook*.



Fonte: *Facebook*, 2016 / Tabulados pela autora.

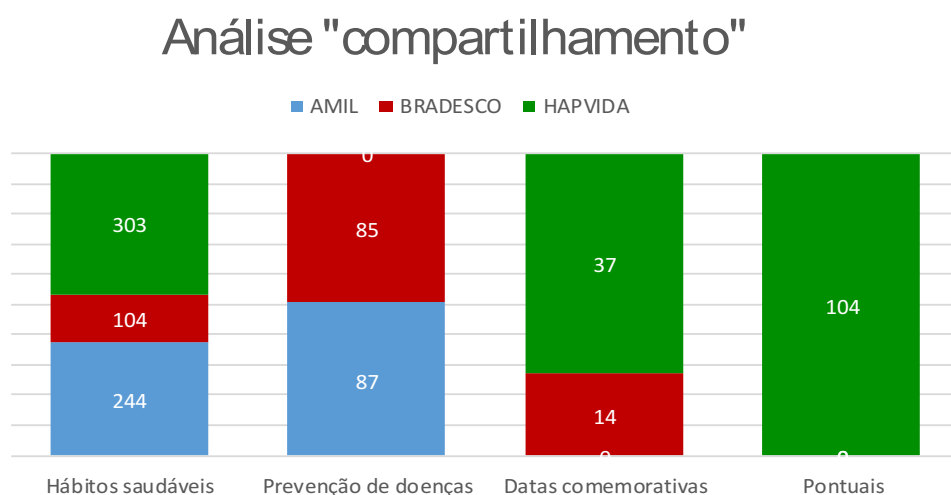
Gráfico 23 – Curtidas por subcategorias nas postagens das operadoras no *Facebook*.



Fonte: *Facebook*, 2016 / Tabulados pela autora.

Nessa mesma subcategoria, entretanto, a Hapvida não obteve tamanho destaque quando observados os compartilhamentos, decorrente talvez do conteúdo das mensagens, direccionalmente estabelecidas para pessoas que se relacionam mais diretamente com o programa Hapvida1+k, tornando desinteressante a eles repassarem o post a outras pessoas. Além disso, com se pode ver no gráfico a seguir, há um equilíbrio relativo de compartilhamentos entre as três empresas, se observadas a quantidades de postagem de cada uma delas.

Gráfico 24 – Compartilhamento em postagens híbridas das operadoras no *Facebook*.



Fonte: *Facebook*, 2016 / Tabulados pela autora.

6.3.2 Notas preliminares: sobre o uso do *Facebook*

A análise de discurso, estritamente aqui, serve para, a partir dos objetivos iniciais, identificar quais os elementos de comportamento moderador e participante estimula e mantém a interação nas estratégias de promoção da saúde, assim como observar se as maiores OPS brasileiras tem usado o *Facebook*, como via de compartilhamento de informação ou se estão, realmente, engajadas em promover a saúde através da construção de relacionamentos.

Como já indicado na metodologia, após a contabilização das reações e demais dados, procedeu-se a uma leitura cuidadosa dos comentários dos posts categorizados na promoção da saúde. Da amostra, baseada em exemplos-padrão, foi feita uma leitura heurística, partir do agrupamento em categorias gerais, dos grupos das mensagens não pertinentes à postagem e mensagens pertinentes à postagem, e suas subcategorias, além das réplicas da operadora.

Não se furta assim a atender aos passos da análise do discurso proposto por autores como Orlandi (2006), Orlandi (2015) e Brandão (2002), já que não se trata aqui de uma análise flutuante, no sentido de extrair sentidos por meio das estratégias do intradiscurso, observadas questões ideológico-históricas. O objetivo que se buscava de sentido já encaminhava o olhar do pesquisador. Ou seja, já se queria de antemão observar aspectos dos discursos, pensando a interatividade e relacionamento nos comentários das mensagens. De forma que a tipologia do comentário fosse o indicativo desses parâmetros.

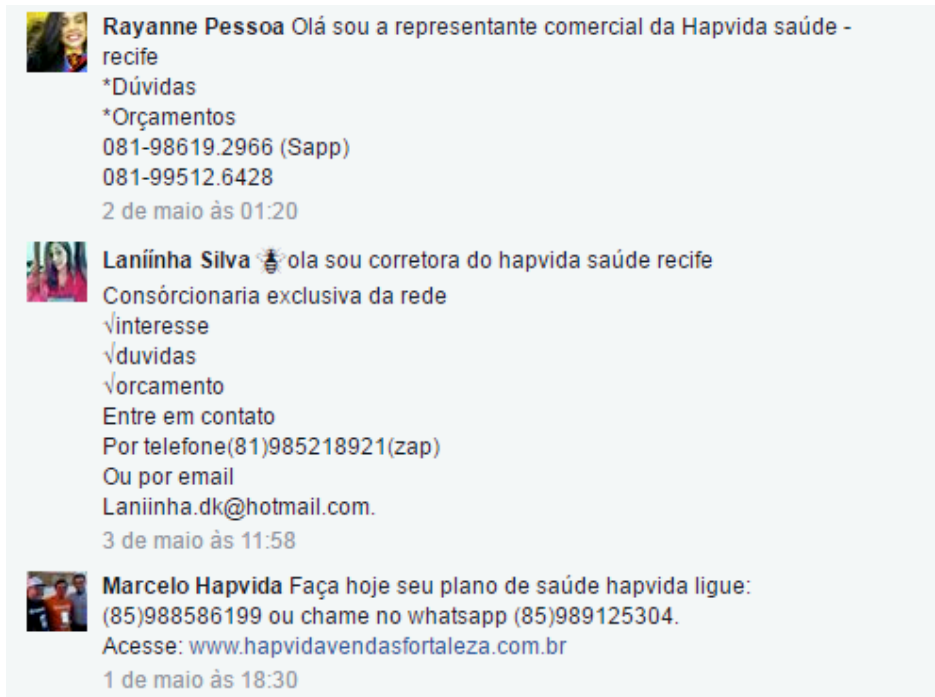
A análise no discurso serviu assim como anteparo para observar a propriedade da mensagem em ser reflexiva, dialógica e propiciadora de interatividade, haja vista que, tomadas nesse sentido, uma das hipóteses aqui tratadas é de que essas mensagens tendem a tomar a comunicação como *locus* propiciador de empoderamento e o sujeito como autônomo no processo e participação da rede de conhecimento gerada na promoção da saúde.

Ao mesmo tempo, como já indicado, foi preciso observar a pertinência desses comentários, já que, como se vê com frequência em espaços abertos a discussão na internet e muitos das falas dos usuários não são direcionados ao objetivo proposto inicialmente pelos administradores das páginas. De modo que muitos usam esse espaço como meio para fazer observações gerais, para comentar coisas pessoais, e ainda para autopromoção (como no caso de muitos vendedores de planos de saúde que colocam nos comentários seus dados de contato). A seguir é feita uma breve análise das categorias em que comentários desse tipo se encacharam.

6.3.3 Comentários não pertinentes

A seguir, apresentamos um exemplo de comentários não pertinentes para autopromoção, muito frequente nas páginas das três operadoras em postagens com temas de promoção da saúde.

Figura 29 - Exemplo de comentário de autopromoção, não pertinente ao objetivo do post sobre promoção da saúde da Hapvida.

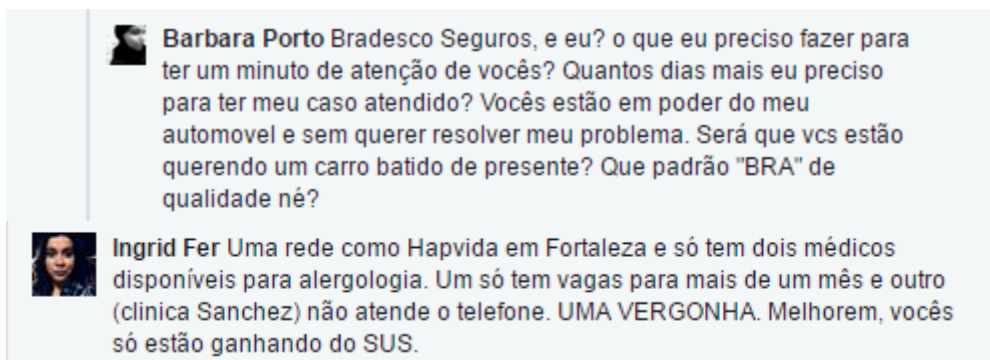


Fonte: *Facebook*, 2016.

A maneira de apresentação dos comentários é muito parecida nas páginas das três operadoras. E, como se vê, o objetivo desses comentários é formalmente dizer aos usuários que estão lendo as postagens onde eles podem conseguir comprar planos das operadoras, sendo os corretores de saúde autores dos comentários. Esses comentários compõem grande parte da amostra e é o segundo em quantidade. Observou-se que a Hapvida é o que tem mais deles.

Mas de todos os não pertinentes ao objetivo dos posts, a grande maioria dos comentários eram relativos a reclamações sobre a operadora de saúde da respectiva página, quer seja pela falta de satisfação com algum aspecto do produto/plano de saúde que atualmente essa pessoa faz uso, quer seja pelo aumento de preços, mal entendimento, entre outros motivos. Em alguns casos, em algumas postagens sobre promoção da saúde, não havia um comentário sequer pertinente que respondesse ao conteúdo original da postagem: todos eram reclamações. Dois exemplos de reclamações são dados a seguir, o primeiro encontrado na página da Bradesco e o segundo na da Hapvida.

Figura 30 - Exemplo de comentário não pertinente contendo reclamações sobre a operadora de saúde.



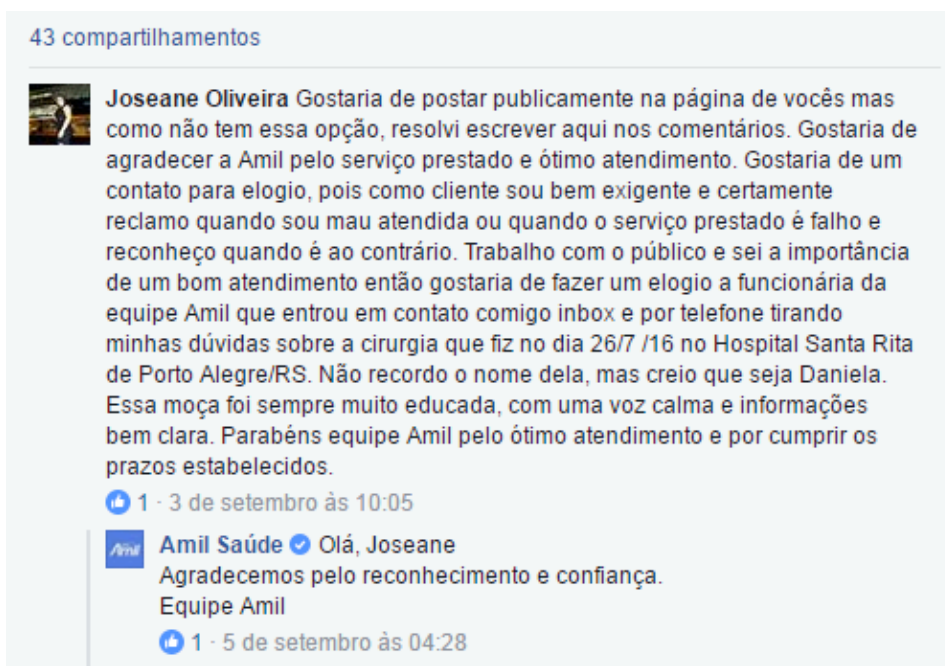
Fonte: *Facebook*, 2016.

De todo modo, faz-se importante observar que, por padrão de funcionamento dessas páginas, não há um espaço dedicado aos usuários para que possam fazer reclamações desse tipo, bem como para outros comentários não-pertinentes, se pensarmos que deveriam se dar sob o ponto de vista dos assuntos postagem. Mas a falta de espaço para tanto, obviamente, não justifica o fato da má utilização ou por haver postagem de

reclamações em espaços indevidos e a recorrência frequente dessa atitude. Além disso, é bom que se diga, são feitas tentativas periódicas dos moderadores em orientar os usuários a utilizarem os meios corretos de reclamação, o que também não diminui a frequência destas.

Ao contrário da reclamação, um exemplo de elogio é dado a seguir. Comentários desse tipo são algo raro, e que também exemplifica a falta desse espaço que ao menos, em teoria, caberiam falas direcionadas ao post inicial.

Figura 31 - Exemplo de comentário não pertinente de elogios sobre a operadora de saúde Amil.

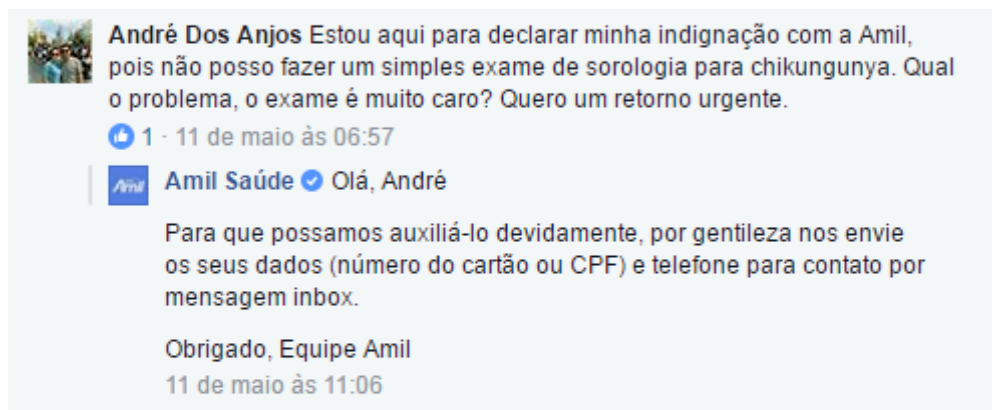


Fonte: *Facebook*, 2016.

Essas observações possibilitaram que, durante a análise do discurso, fosse observado algo que não era uma das preocupações iniciais: o modo e forma de utilização das páginas pelo usuário. Ou seja, a capacidade do usuário entender e direcionar seus esforços para correta utilização desse espaço, entendendo-o não como espaço pra motivos outros (existem canais para isso, como sempre indicam os moderadores), mas entender tal lugar, sobretudo como de informação e de promoção da saúde, e para tanto com assuntos afins a esses temas.

Como sugestão, é possível aventar aspectos da promoção da saúde nos conteúdos das mensagens que impliquem a educação, e que ajudem no bom aproveitamento das funcionalidades das páginas. Do mesmo modo, pensar modos de entrecruzamento entre o aspecto moderador que orientem quanto a falta de noção de uso, de forma mais a moderação desses comentários é feita por mensagens instantâneas automáticas, nas três operadoras, como a seguir.

Figura 32 - Exemplo de orientação do correto espaço pra reclamação, feito por mensagem automática, num post de promoção da saúde da Amil.



Fonte: *Facebook*, 2016.

Se há uma moderação com comentários automáticos para queixas e reclamações, que resulta numa possível maior dificuldade de entendimento do uso do espaço (ver, para isso, comentários da Figura 32, nem mesmo isso ocorre em comentários de autopromoção, onde não há nenhuma moderação, em todas as três páginas das operadoras. Esses usuários, que são também corretores de seguros de saúde, se autopromovem sem que nada seja feito.

6.3.4 Comentários pertinentes

Os resultados da análise do discurso, focada na tipologia, dos comentários pertinentes, de cada operadora, são dados a seguir. Foi possível observar que cada operadora tem características distintas na forma de fazer comentários e de moderar. Desse modo, cada uma terá apresentada sua análise em separado.

6.3.4.1 Resultado da Análise do discurso: Amil

A Amil foi a primeira empresa que teve seus comentários analisados e foi aquela que mais apresentou post relativos a promoção da saúde. Dentre eles, quando o conteúdo é a promoção da saúde e maternidade, de forma geral, a interatividade é intensificada (assim como nas outras duas operadoras). Nessas mensagens, observam-se muitos comentários e reações, sugerindo um interesse específico pelo tema, e que parece atrair atenção, sobretudo do público feminino. O post a seguir é um reflexo disso, mesclando uma parte textual, juntamente com um vídeo que apresentavam temas sobre maternidade e os filhos.

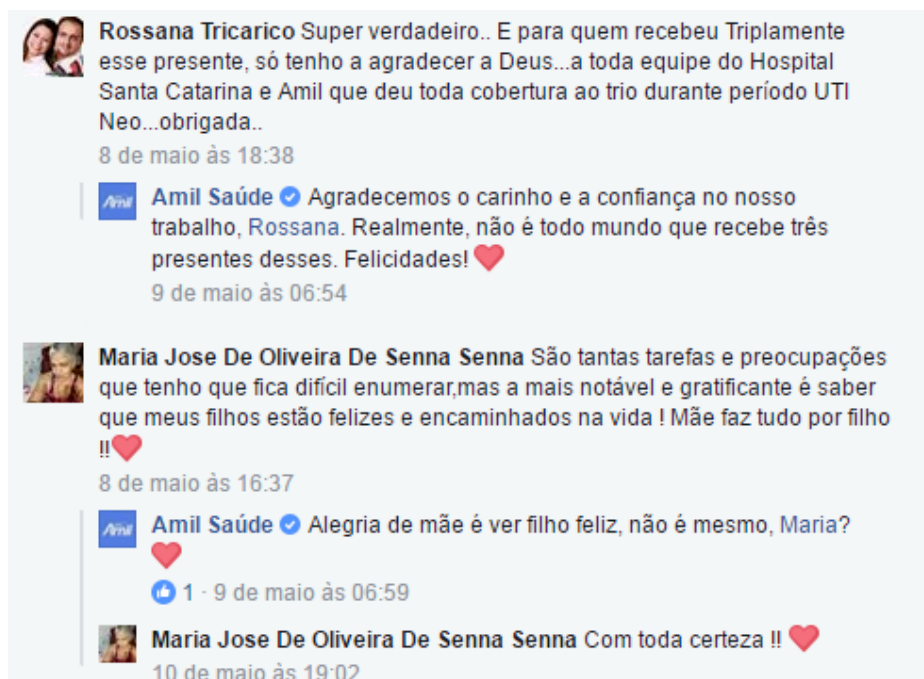
Figura 33 - Exemplo de post de promoção sobre cuidados maternos da Amil.



Fonte: *Facebook*, 2016.

Se comparado aos outros posts da Amil, é um dos que mais teve compartilhamentos e curtidas, sendo 175 e 609, respectivamente, e aproximadamente 30.000 visualizações e 58 comentários. Quando observados esses comentários, vemos o aspecto moderador em andamento, no que diz respeito a todo tipo de comentário, inclusive os não-pertinentes⁴⁰. Quanto a esses últimos, o post é um bom exemplo de que, quando bem encaminhada a moderação, e iniciado os comentários por aqueles pertinentes, em temas mais chamativos, os comentários impertinentes tende a não acontecer ou serem poucos, além de se observar maior engajamento dos usuários. A seguir, vemos exemplos desses comentários retirados do post acima.

Figura 34 - Exemplo de comentários post de promoção da saúde sobre o tema da maternidade, na Amil.



Fonte: *Facebook*, 2016.

A primeira usuária, num comentário do tipo pertinente, elaborado, revela gratidão ao fato de ter filho, mas também equipara esse fato com o atendimento recebido de quando deu a luz a eles, amparada pelo plano de saúde. Mostra uma linguagem formal, evitando-se os neologismos criados pela internet, bem como o uso de *emoticons*. No

⁴⁰ Eventualmente serão apresentados comentários da categoria anterior a título e exemplificação, como matriz de discussão ou para servir de parâmetro para os comentários pertinentes que serão analisados.

caso de resposta da operadora, ela tende a reforçar o agradecimento, com um comentário do tipo elaborado, mas sem se esquecer do tema central proposto na mídia original do post, estabelecendo um bom relacionamento.

No mesmo post, e logo em seguida, com a segunda usuária esse relacionamento ainda mais significativo, já que obtém uma réplica, algo não muito usual nos comentários. Importante observar que a resposta vem em forma de pergunta, referendando o caráter dialógico. Além disso, note-se a associação entre comentários elaborados e o uso de *emoticons* no caso da operadora e da usuária. No caso da operadora, de forma geral, esse uso é feito como se vê: de forma moderada e sutil. E embora aqui não se perceba marcas de empoderamento, o sentido está dado a um processo de troca mútua, uma marca nas respostas aos comentários feitos pela Amil.

Mas, como pode ser visto em outras postagens, o sentido do texto, sobretudo o conteúdo da imagem, podem ser importantes indicadores de interatividade, de tal modo que, mesmo quando aparecem comentários não pertinentes ao texto, aquele conteúdo parece retomar o caráter referencial.

Quanto a isso, algumas considerações precisam ser feitas e que tentam esclarecer a relação de utilização do espaço da Amil pelos usuários, e a relação disso com o tipo de comentário, como já notado – e essas observações tem reflexo parecido nas outras operadoras. Como se verá no *post* seguinte, haviam inicialmente só comentários do tipo reclamações e, depois de um comentário pertinente ao post, ocorreu uma deflagração de comentários desse tipo, não ocorrendo mais os não pertinentes. Esse fato foi observado em outras mensagens e solicita pensar num padrão de resposta conjunta, em que um usuário poderia exercer um papel marcante na difusão e interatividade.

Figura 35 - Exemplo de post e comentários na página da Amil que estimulam o bom uso do *Facebook*.



Fonte: *Facebook*, 2016.

Ou seja, ainda que por comentários pouco elaborados ou automáticos, com se vê acima, tais questões sugerem que os comentários pertinentes pontuais podem ter importante papel no aspecto de uso do espaço para promoção da saúde, influenciando outros usuários a participarem com comentários pertinentes, abandonado o mau uso do espaço. Ainda assim, entretanto, observa-se, nos comentários acima, algo que será melhor discutido mais a frente, um padrão de relação e interação que se procede de forma simples e unidirecional, com um comentário e uma réplica da operadora – e que subsiste nas demais operadoras.

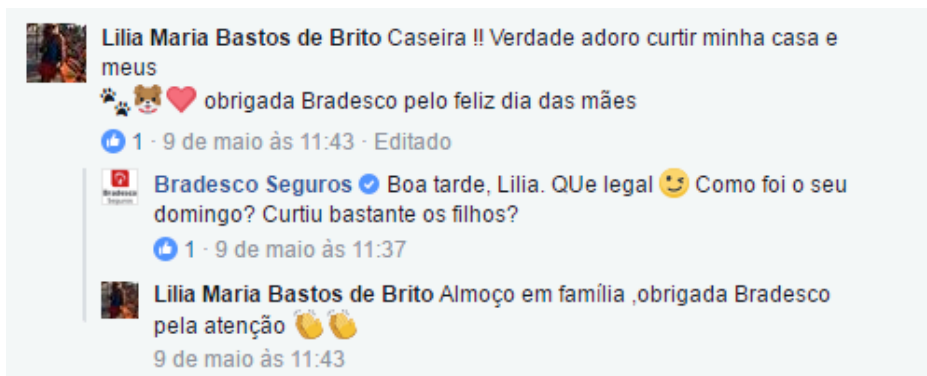
No caso da linguagem, percebe-se ainda a utilização de linguagem formal e trocas comunicacionais com orações mais rápidas e automáticas de uma oração.

6.3.5 Resultado da Análise do discurso: Bradesco

A segunda empresa a ser analisada foi a Bradesco Seguros. Como na anterior, o tema da maternidade foi dos que mais suscitam comentários pertinentes e manifestações dos usuários. Um exemplo de um post com esse tema e de exemplo do modo moderação da Bradesco, é dado abaixo.

Figura 36 - Exemplo de comentários post de promoção da saúde sobre o tema da maternidade da Bradesco.





Fonte: *Facebook*, 2016.

Também aqui, é possível observar que conteúdos emotivos e chamativos tendem a deflagrar comentários pertinentes, além da solicitação de interatividade, o que sugere uma tendência que pode ser melhor aproveitada pelos administradores das páginas, como passo estagiário para o bom uso do espaço.

Ao mesmo tempo, observa-se que a linguagem utilizada é de cunho menos formal que era na Amil, apesar de direcionar-se para formal, muitas vezes automática e com uso de orações ou frases curtas. Esse caráter coloca a Bradesco num nível intermediário entre a Amil e a Hapvida. Como se vê, a réplica da operadora utiliza-se *emoticons* e expressões mais usuais como “Legal”, chegando mesmo a cometer um pequeno deslize de ortografia em “Q^Ue” (sic) ao utilizar-se a segunda vogal maiúscula. Tudo isso, na página da Hapvida, será ainda mais intensificada, como se verá, e tende a ser menos utilizada pela Amil, como visto, a permear a informalidade, o que também ocorre com a usuária, onde a moderação parece influenciar o tipo dos comentários dos usuários e o modo de comunicar. No caso da usuária do exemplo, o tipo de comentário de partilha por ela dado, e a réplica da operadora, teve uma tréplica de agradecimento semiestruturada.

Como mostrado a seguir, vemos mais esse modo de moderação da Bradesco que, além de mesclar respostas automáticas, semielaboradas e *emoticons*, diferentemente das outras operadoras, tende também a fazer observações mais pessoais, buscando uma criação de intimidade, com certo grau de informalidade na mensagem.

Figura 37 - Exemplo de comentários e um post de promoção da saúde sobre hábitos saudáveis da Bradesco.

Bradesco Seguros 11 de junho · 🌐

♥ Comemore com quem você ama, completa e dá sentido a sua vida!
Marque seu amor nos comentários! #FelizDiaDosNamorados ♥

Hoje é dia do eu te amo...

MEDIA.GIPHY.COM

139 compartilhamentos

Aninha Aninha Santos Nossa! Meu amor alto, esbelto, fico uma miniatura perto de você, quando você vai deixar seu jeito serio de bradesco, e mim dá aquele beijo.kkkk.Chegamos lá.
11 de junho às 14:47

Bradesco Seguros Olá, Mariana! Desejamos muito amor para vocês ♥
1 · 13 de junho às 09:24

Aninha Aninha Santos Grata!
13 de junho às 12:37

Jose Glaucirene Sousa Para **Eugênia Sousa** você sabe o amor que eu sinto por você é. amor infinito!!!
12 de junho às 08:24 · Editado

Bradesco Seguros Parabéns, pelo amor de vocês, Jose e Eugênia. Estão juntos há quanto tempo? ♥
13 de junho às 09:27

Jose Glaucirene Sousa 27 anos de casamento tenho dois filhos maravilhosos!
13 de junho às 14:08

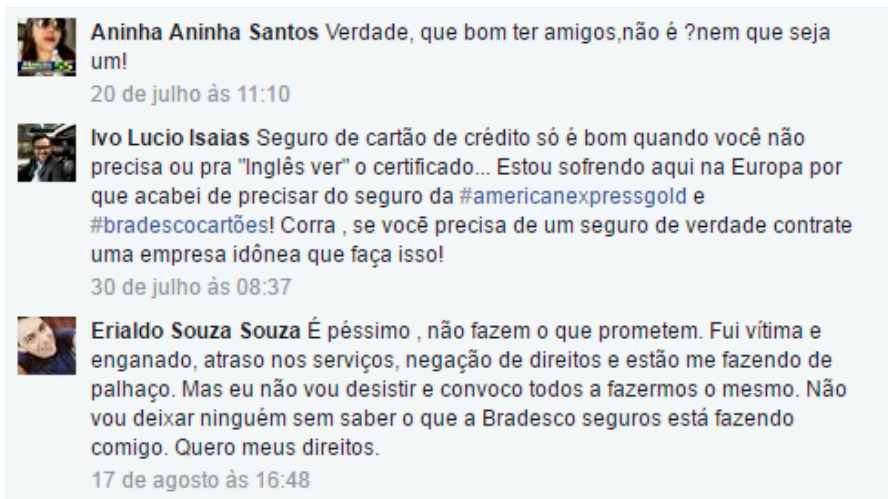
Fonte: *Facebook*, 2016.

Aqui talvez devam ser observados os modos de ocorrência de interatividade mais acentuada, quando há busca de intimidade (que devemos entender como relacionamento), como no desejo da operadora de felicidade ao casal da primeira usuária, assim como na pergunta da moderação do tempo de relação do segundo usuário e sua esposa. E mesmo que a primeira usuária se empenhasse e fazer um comentário do tipo elaborado, a réplica da operadora se dá no nível intermediário de elaboração, como tendência de moderação da Bradesco.

Entretanto, cabe observar, ainda que apresente boa interatividade, por vezes a Bradesco demonstra fraco caráter moderador, sem reforçar mensagens pertinentes elaboradas ou automática, e não dando resposta moderadora nas das reclamações, sem indicação do local correto de fazê-las, demonstrando certo padrão do perfil moderador da página. A seguir, vemos um post exemplo disso, em que os comentários são deixados sem réplica.

Figura 38 - Exemplo de comentários em post de promoção da saúde sobre o tema da amizade, da Bradesco.





Fonte: *Facebook*, 2016.

Essas características são marca da moderação e a utilização da página do *Facebook* pela Bradesco. Além disso, de modo geral, das três operadoras, é ela a que parece com menos comentários dos usuários, talvez também pela dispersão de temas e produtos – já bastante discutido mais acima. Do mesmo modo, muitas vezes deixa de moderar seus posts, e talvez por isso tenha sido a empresa com mais comentários não-pertinentes entre as três operadoras de saúde, indicando menor relacionamento.

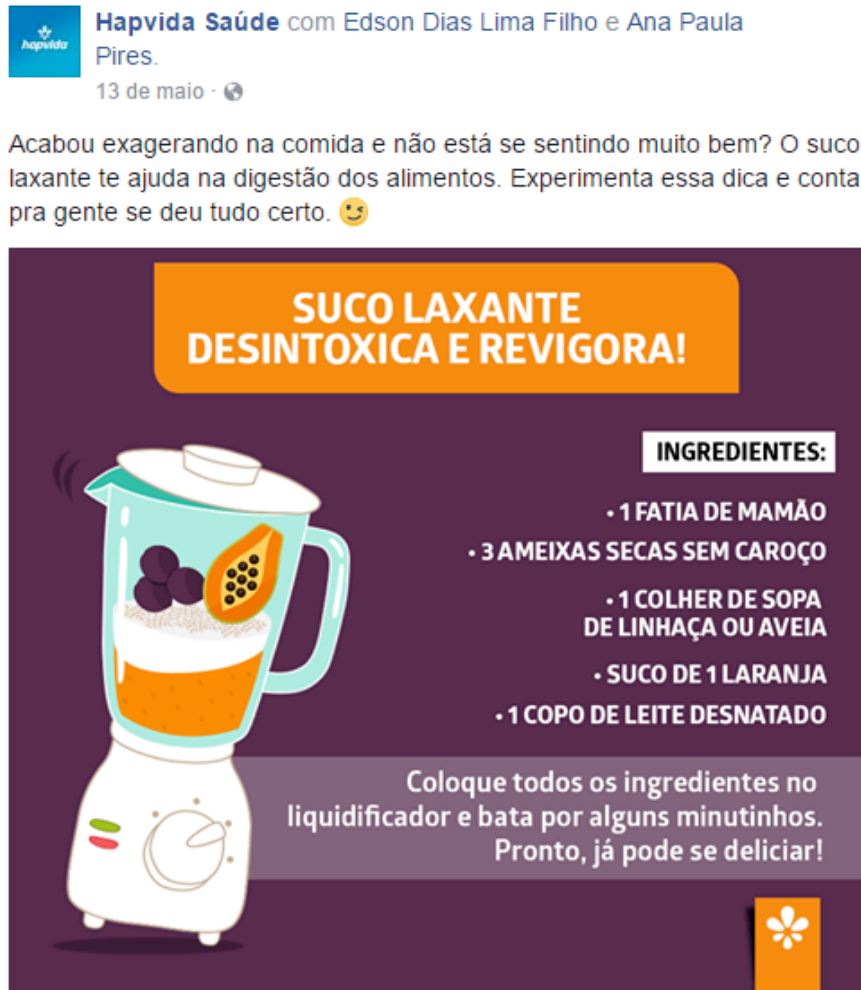
6.3.6 Resultado da Análise do discurso: Hapvida

A terceira operadora que teve suas mensagens e comentários analisados foi a Hapvida. Como já dito, sendo uma característica da página dela, é a operadora em que os vendedores de planos de saúde mais utilizam o espaço com comentários de autopromoção. E como é um comentário não-pertinente, deveria também ser cuidadosamente moderado.

Mas o que se percebe é o contrário (também nas outras operadoras), com a implicação negativa de que tais comentários tendem a estimular outros do mesmo tipo, ainda que antes houvessem outros do tipo pertinentes. Isso reforça ainda mais algo já dito: uma tendência de atitude em cascata nesse tipo e em outros comentários, como numa reação sequencial parecida no tipo de mensagem que é postada nos comentários.

Abaixo, pode-se ver como comentários de autopromoção interrompem o fluxo de mensagens pertinentes, que não é retomado, além da falta de moderação, em um post sobre promoção da saúde na página da Hapvida.

Figura 39 - Exemplo de comentários em post de promoção da saúde em que há autopromoção de vendedores de planos, no site da Hapvida.



Hapvida Saúde com Edson Dias Lima Filho e Ana Paula
Pires.
13 de maio · 🌐

Acabou exagerando na comida e não está se sentindo muito bem? O suco laxante te ajuda na digestão dos alimentos. Experimenta essa dica e conta pra gente se deu tudo certo. 😊

**SUCO LAXANTE
DESINTOXICA E REVIGORA!**

INGREDIENTES:

- 1 FATIA DE MAMÃO
- 3 AMEIXAS SECAS SEM CAROÇO
- 1 COLHER DE SOPA DE LINHAÇA OU AVEIA
- SUCO DE 1 LARANJA
- 1 COPO DE LEITE DESNATADO

Coloque todos os ingredientes no liquidificador e bata por alguns minutinhos. Pronto, já pode se deliciar!

117 compartilhamentos

 **Kelycrisina Kely** Esse suco é uma delícia
👍 1 · 13 de maio às 16:40

 **Hapvida Saúde** É sim, Kelydasilva Kely 😄😄
👍 1 · 16 de maio às 06:40

 **Kelycrisina Kely** Eu adoro, faz muito bem a saúde
👍 1 · 16 de maio às 07:03

 **Laedna Silva** Olha Lariissa Silva
👍 2 · 13 de maio às 17:44

 **Lariissa Silva** Me mataa
13 de maio às 17:56

 **Queli Sena Freire** Benice Alves
👍 2 · 13 de maio às 16:57

 **Rebeca Joca** Camila Mesquita
👍 2 · 13 de maio às 17:14

 **Wdy Brasileiro** Lucia Lourdes
👍 1 · 13 de maio às 17:39

 **Anne Queren** Julian Santos
👍 1 · 13 de maio às 17:21

 **Franklin Ytalo** Raisse Sampaio
👍 2 · 13 de maio às 19:20

 **Fabyana Oliveira** Nadir Tavares
👍 2 · 13 de maio às 16:59

 **Nadir Tavares** Não posso tomar nada que contenha laranja e tem de ser bem natural e sem conservante. Obg. Faby.
👍 1 · 13 de maio às 18:20

 **Tiago Almada** Vania Veras
👍 1 · 14 de maio às 15:56

 **Magda Oliveira** Vanessa Oliveira
👍 1 · 13 de maio às 19:40

 **Matheus Pereira** ADQUIRA JÁ SEU PLANO DE SAÚDE HAPVIDA EM FORTALEZA. CONTATO: (85) 98710.0906 / 99840.4401 REPRESENTANTE DE VENDAS AUTORIZADO.
14 de maio às 17:14

 **Roberto Veiga Jr.** SÓ TEM UMA OPÇÃO DE CLINICA OFTALMOLOGIA AQUI PERNAMBUCO QUE É A PORCARIA DO COPE, QUE É RUIM P KCT, PÉSSIMO ATEDIMENTO! MELHOREM AI POW! PAGO PLANO CARO! NÃO É DE GRAÇA!
15 de maio às 15:52



Rayanne Pessoa Olá sou a representante comercial da Hapvida saúde - recife
*Dúvidas
*Orçamentos
081-98619.2966 (sapp)
081-99512.6428
13 de maio às 17:45

Marcelo Hapvida Faça hoje seu plano de saúde hapvida ligue: (85)988586199 ou chame no whatsapp (85)989125304.
Acesse: www.hapvidavendasfortaleza.com.br
18 de maio às 18:29

Matheus Pereira ADQUIRA JÁ SEU PLANO DE SAÚDE HAPVIDA EM FORTALEZA, CONTATO: (85) 98710.0906 / 99840.4401 REPRESENTANTE DE VENDAS AUTORIZADO
14 de maio às 17:16

Hapvida Saúde Corretora Quer aderir o hapvida saúde em Pernambuco? AMBULATORIAL + HOSPITALAR+ OBSTETRÍCIA + ODONTOLÓGICO....
Entre em contato ou deixe seu número no imbox!!
81 9.8511-5341 OI
81 9.7901-8075 WHATS E TIM
81 9.8926-6762 CLARO

Também para idosos sem PERÍCIA!
No individual ou familiar
2 pessoas 5% de descontos
3 pessoas 10% de descontos
4 pessoas 15% de descontos
5 pessoas 20% de descontos
20 de maio às 14:06

Fonte: *Facebook*, 2016.

Outra questão que os comentários acima suscitam, e que é um aspecto mais específico dos usuários da Hapvida, é o uso de comentários sem texto, do tipo automático e informal, citando alguém pra referenciar a pessoa ler a mensagem original, como se fosse interessante pra ela o assunto tratado⁴¹. Obviamente, devemos tomar tal atitude com um exemplo de interatividade, como um meio termo entre o compartilhar (instantâneo) e o comentário elaborado, notando ainda, e talvez por isso, que nesse tipo de interatividade tende não ter qualquer moderação dos administradores da página.

Outra característica marcante do perfil da Hapvida são alguns posts que imprimem ludicidade em suas mensagens, que resulta, possivelmente, em características específicas na tipologia dos comentários dessa operadora. Um bom exemplo é dado no post abaixo, seguido de alguns de seus comentários.

⁴¹ Essa característica de uso do *Facebook*, é a utilização de citação do nome de uma pessoa. Ao digitarmos nomes nos comentários, a própria plataforma de utilização auto-completa nomes e cria hiperlinks com eles de forma que a pessoa citada saiba onde e quem utilizou seu nome.

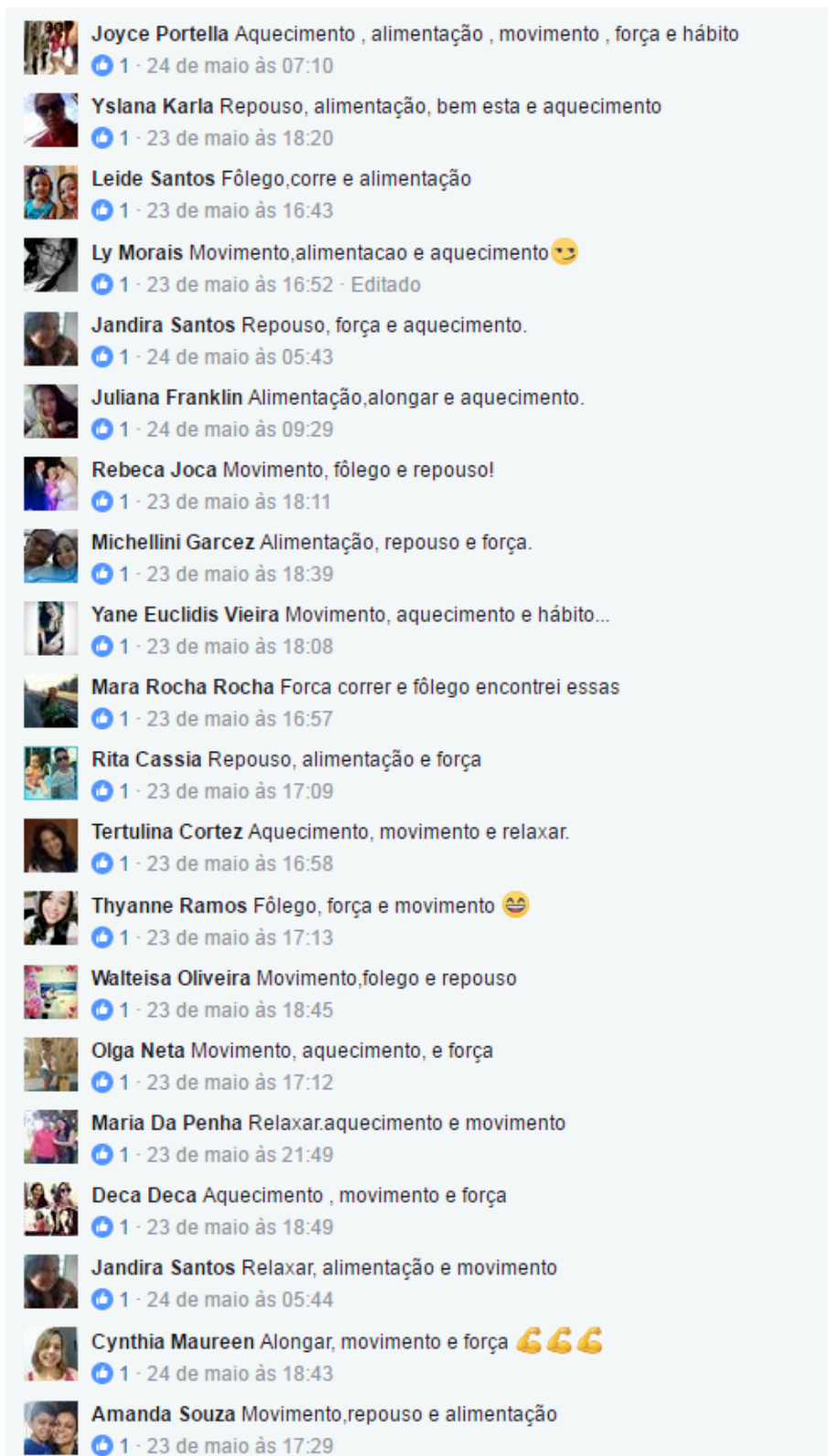
Figura 40 - Exemplo de comentários em post de promoção da saúde lúdico e alguns de seus comentários, no site da Hapvida.

Hapvida Saúde
23 de maio · 🌐

O Caça Palavras é um passatempo que treina sua memória e exercita o seu cérebro. Vem brincar junto com a gente e conta quais as três primeiras palavras que você encontrou 😊

Encontre a palavra ideal para a sua saúde!

G	R	H	W	T	W	Z	M	V	T	E	H	W	X	T	J	N	G	R	W	Z
O	P	E	E	Y	A	S	M	G	B	X	E	E	R	E	P	O	U	S	O	S
Ç	Z	M	E	T	X	C	A	A	B	E	M	E	S	T	A	R	Ç	Z	X	C
P	A	R	U	U	S	D	I	Q	W	R	R	U	Y	U	I	O	P	A	S	D
F	O	L	E	G	O	R	S	V	T	C	H	W	X	A	L	O	N	G	A	R
O	O	A	L	Y	A	S	U	G	B	I	A	L	I	Y	U	I	O	O	A	S
Ç	F	O	R	Ç	A	C	M	A	S	C	F	E	N	E	R	G	I	A	X	C
P	F	X	T	C	S	D	K	Q	W	I	X	T	R	C	I	O	P	F	S	D
T	O	N	S	A	S	Z	M	V	B	O	N	S	H	A	B	I	T	O	S	Z
C	O	R	R	E	R	R	X	G	B	S	E	E	T	Y	R	R	E	E	Y	E
Ç	M	F	D	J	R	E	L	A	X	A	R	D	H	J	K	L	Ç	M	X	C
A	O	M	E	T	S	D	F	A	L	I	M	E	N	T	A	Ç	A	O	S	D
S	S	V	A	A	Q	U	E	C	I	M	E	N	T	O	N	A	S	S	D	R
F	U	H	S	E	P	O	Q	G	F	R	H	S	Q	V	I	G	O	R	P	O
O	M	O	V	I	M	E	N	T	O	X	V	I	E	P	Q	W	Q	X	P	Q



Fonte: Facebook, 2016.

Note-se que esses comentários devem ser vistos como elaborados, dados que os usuários se empenharam ao procurar pelas palavras, como resultado da própria dinâmica proposta pela postagem original.

Esse aspecto, aliado a boa participação aí conseguida, já que o post é um dos mais comentados, solicita pensar na criação do conhecimento em rede não exatamente focado num nível de interatividade do tipo troca e partilha de experiências, ou por compartilhamento, e mesmo onde haja pouca ou nenhuma moderação, e portanto pouco relacionamento efetivo nos termos propostos.

Além disso, essa falta de relacionamento pode ser explicada pela dificuldade em moderar e responder a tantos comentários, ou mesmo a falta aparente de necessidade de moderá-los, já que os comentários dos usuários, no post acima, fecham em si um sentido. E mesmo sem essa moderação, contraditoriamente, temos o fato da Hapvida, como vimos, ser a operadora que tem proporcionalmente mais comentários.

Outro exemplo desse tipo de interatividade é dado a seguir, numa postagem de promoção da saúde parecida com a anterior, onde no meio da atividade a administração da página para de fazer a moderação, ou só modera alguns, e outros não.

Figura 41 - Exemplo de post de promoção da saúde mostrando o abandono de moderação, da Hapvida.





Fonte: Facebook, 2016.

Algo que agrega conhecimento a essa discussão, por ser outra característica marcante da página, apesar de encaixar-se em Postagens híbridas, é a intensa interatividade em posts onde o conteúdo são os eventos de estímulo à prática da exercício e ao lazer, como o Hapvida+1k. Abaixo vemos como isso ocorre, não tanto pelo caráter moderador, mas pelo aspecto que o evento demanda e a participação espontânea daqueles que estiveram nos eventos.

Figura 42 - Exemplo de comentários em post sobre o evento Hapvida+1k.





Fonte: Facebook, 2016.

Esse projeto, de forma geral, é sempre deflagrador de mensagens pertinentes, mostrando-se sempre muito forte em interatividade. Ao mesmo tempo, vemos que a empresa tende a se utilizar de respostas automáticas, com caráter informal, como no uso de “Uhuuuuu!!!”, “Ebaaaaa” (expressões que a Amil e a Bradesco não usavam), e com vários *emoticons*, além de forte caráter pessoal, como no último comentário. O Post acima é também um exemplo para abrir discussão pra algo ocorre nas diversas categorias de postagens, bem como nas de promoção da saúde.

Isso tudo se soma a outra característica peculiar da página na Hapvida, demonstrada nas réplicas do próximo post, é a solução encontrada pelos administradores para moderar os comentários dos usuários, com réplicas automáticas que usam somente *emoticons*. E isso não é visto nem na Amil, nem na Bradesco. No que se pode afirmar, além de ser uma característica da linguagem utilizada, parte parece também devido ao fato da

moderação ter que lidar com um grande número de comentários, bem maior que as outras operadoras. Sugere também um interesse da operadora em não deixar comentários sem respostas, reforçando seu caráter moderador e de relacionamento.

Figura 43 - Exemplo de comentários em post de promoção da saúde utilizando-se smiles, da Hapvida.

Hapvida Saúde
19 de agosto · 🌐

Nada como uma opção leve e super saborosa pro lanche, né?! Checa só nossa receita de omelete e, caso você queira um recheio, pode colocar um pouco de frango desfiado com 1 fatia de queijo minas frescal. Pronto, agora é só aproveitar! 😊

QUE TAL FAZER UM DELICIOSO OMELETE? VEJA COMO É FÁCIL:

Ingredientes:

- 2 ovos
- farelo de aveia (1 col. sobremesa)
- sal (1 pitada)
- temperos desidratados à gosto (orégano, manjeriço, alecrim).

Modo de preparo:

Bata os ingredientes em um recipiente. Derrame metade da porção em uma frigideira média, pré-aquecida com um pouco de azeite, até dourar.

14 compartilhamentos

Rosângela Veras Ai eu dou valor!
👍 1 · 19 de agosto às 16:32

Hapvida Saúde 😊
22 de agosto às 04:51

Fonte: Facebook, 2016.

A recorrência desse tipo de moderação na página da Hapvida sugere também que, se por um lado administradores têm como objetivo um grande engajamento dos usuários a partir desse modo de fazer réplicas, para que se transformem em participação, por outro, devem também pensar na busca potencializadora disso, com outros modos de se

moderar tantas participações também de forma elaborada, melhorando seu relacionamento, além de disponibilizarem um número menor de postagens semanais.

6.4 Análise do discurso e ARS: aspectos da rede estabelecida pelas postagens

Um dos dados importantes que apareceram durante a análise dos comentários dos posts se referem ao modo como se deu a rede estabelecida entre usuários e operadoras. Como pode ser observado na análise do discurso, e ainda que a seleção para apresentação dos resultados, de maneira geral, tenha se dado com postagens onde havia mais interatividade, vê-se que existe algum grau de interação, ao nível do discurso, a partir do relacionamento entre usuários e moderação. Isso tendeu a ser unidirecional, do usuário para operadora e da operadora para o usuário, com poucas réplicas e quase nenhuma tréplicas. Além disso, em sua grande maioria, haviam somente breves comentários e breves respostas das operadoras, muitas vezes de caráter mais superficial e do tipo automático, num modo de comunicação que muitas vezes remete ao paradigma antigo de comunicação.

Assim, nos comentários, de maneira estrita, parece não haver um grau de interatividade como se esperava inicialmente, e apontado nos objetivos da presente tese, nos sentidos aqui propostos, visto que não há uma participação discursiva maior, com raras exceções, sem que os usuários troquem ou criem conhecimentos naquele espaço. Ainda assim, dentro dos limites da presente pesquisa, não se pode dizer que o grau de interatividade estabelecido, mesmo que de maneira tão unidirecional não seja benéfico, pois, muitas vezes, postagens dão às pessoas conhecimentos sobre noções de saúde que eles aparentemente não sabiam, ou cumprem um primeiro estágio no sentido da promoção da saúde, isto é, seu papel informativo.

Tal fato pode ser visto no exemplo a seguir, num post sobre o bruxismo. Observe-se, no sentido do que foi dito, que o usuário, apesar de não interagir de maneira ampla, demonstra surpresa por não conhecer a doença, ao passo que implicitamente fica agradecido por isso. Bom notar também que ele é respondido pela operadora com *emojicons*.

Figura 44 - Exemplo de post de promoção da saúde com papel informativo.

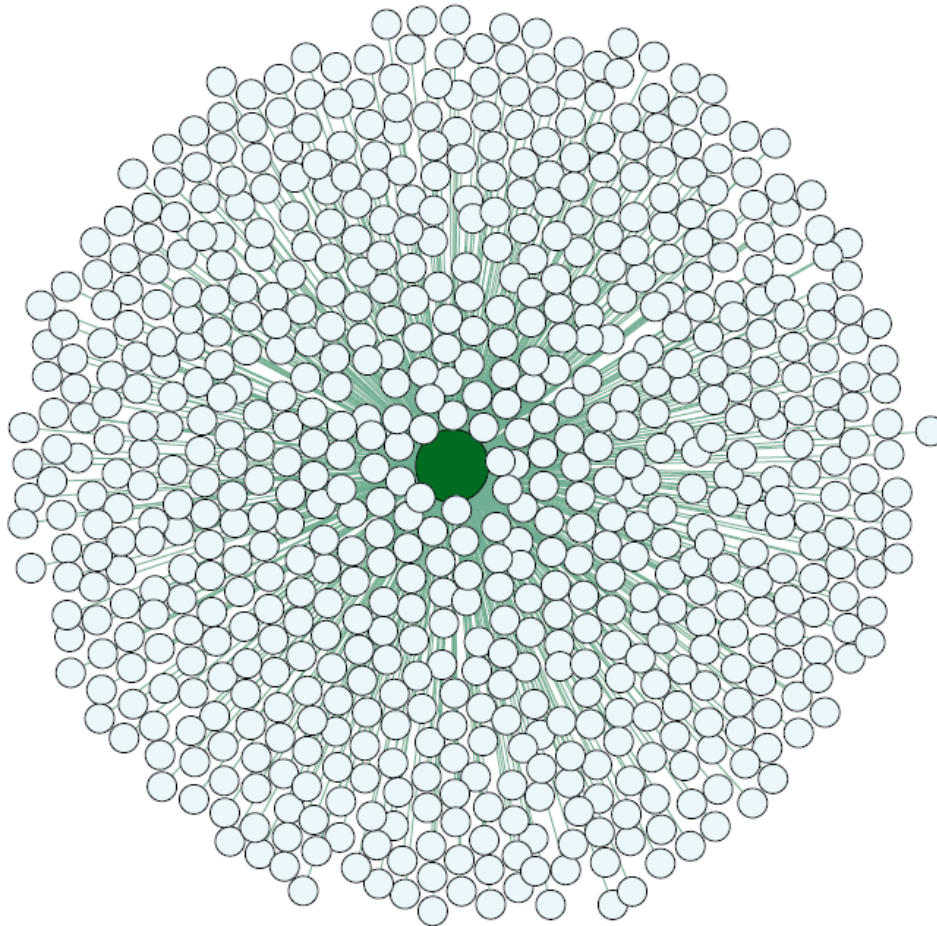


Fonte: Facebook, 2016.

A seguir, temos um Gráfico criado pelo programa Gephi de um post, a partir de dados obtidos no Netvizz, que mostra essa tendência da rede de participação entre usuários, e entre eles e a operadora para postagens isoladas. De modo geral, nelas são feitos comentários dos usuários (pertinentes ou não), com uma réplica da operadora, mas não há um intercâmbio entre os usuários em si. Quando se aplica um filtro de modularidade para percebermos relação entre grupos de interesse e proximidade, e notar se esses se os usuários se relacionam, formando tais grupos para discutir temas de interesse, o que se vê na relação é uma rede unidirecional e de distribuição uniforme, como nós isolados. Cada nó (círculo branco) representa um usuário, a aresta (linha verde) uma ação dos

usuários em relação a um nó, seja repassando, comentando, etc. Perceba-se aí que se tem basicamente uma relação entre aquele usuário e a operadora do *post* original (círculo maior verde-escuro), como observado abaixo. No geral, isso tende a se repetir para Amil, Bradesco e Hapvida.

Figura 45 – Gráfico de um post da Amil mostrando a tendência de formação da rede de usuários.



Fonte: Dados do *Facebook*, 2016. Gráfico criado pela autora.

Esse aspecto a rede de interação será ainda mais bem esclarecido quando forem mostradas o conjunto total de postagens de cada operadora, a partir dos grafos criado pelo aplicativo Gephi, na próxima seção.

Assim, a partir do redimensionamento dos objetivos pelos novos dados que foram surgindo, e pela dificuldade de se observar nos comentários as hipóteses originais, no caso das respostas das operadoras e participação dos usuários, foi possível observar

também certa falta do caráter moderador, nos termos do relacionamento estabelecido, que tende a ter um sentido ao discurso.

Há uma possível explicação para isso, e que proporciona, também, relativizar esses achados para conclusões mais positivas. Recuero (2006) faz notar a necessidade de se fazer algumas adequações em estudos desse tipo. Para ela, quando se pensa em Unidades de Análise nesse campo, o estudo das redes sociais possui determinados elementos de observação que devem ser levados em conta pelo pesquisador, ao abordar tal tema, isto é, no âmbito da comunicação mediada pelo computador e do ciberespaço. Subtende-se, pelo que é colocado pela autora, que não se pode transpor, sem esse cuidado, uma análise dos grupos sociais, de formação sociológica, para os sites de redes sociais.

Para Recuero (2006), os *Atores*, por exemplo, são o primeiro elemento da rede social. Trata-se das pessoas envolvidas na rede que se analisa. Como partes do sistema, “os atores atuam de forma a moldar as estruturas sociais, através da interação e da constituição de laços sociais”. Mas

Quando se trabalha com redes sociais na Internet, os atores são constituídos de maneira um pouco diferenciada. Por causa do distanciamento entre os envolvidos na interação social, principal característica da comunicação mediada por computador, os atores não são imediatamente discerníveis (Recuero, 2006, p. 61).

No caso dos SRS's, pode-se dizer que “essas apropriações funcionam como uma presença do ‘eu’ no ciberespaço, um espaço privado e, ao mesmo tempo, público”. Por isso, Donath (1999) explica que a identidade é muito importante para a interação social, porque conhecer a identidade daqueles com quem se comunica é fundamental para entender e avaliar a interação.

A presente pesquisa entende o caráter “impessoal” do contato do usuário com a máquina, mas, no entanto crível de identidade na forma de funcionamento do Facebook, cabendo adequações quanto ao espaço e tipo de interação. Nesse contato há um “eu”

que parece representar um atributo de circunscrição de um ator social, da forma proposta pela ARS. Recuero (2006, p. 61) nota por isso, adequações quanto aos Padrões de Conexão das unidades a partir das arestas da rede, e pelo caráter comunicacional da internet, essa interação tende a uma interação mútua e dialógica.

Isso tem referência em Primo (2001), que estabelece uma tipologia para tratar com a interação mediada por computador, muito apropriada para estudos com a ARS, como no presente caso. Para ele, existiriam unicamente duas formas de interação neste contexto: a interação mútua e a interação reativa. Estas formas distinguem-se pelo

relacionamento mantido entre os agentes envolvidos. Assim [...] interação mútua é aquela caracterizada por relações interdependentes e processos de negociação, em que cada interagente participa da construção inventiva e cooperada da relação, afetando-se mutuamente.

A interação reativa, por sua vez, é limitada por relações determinísticas de estímulo e resposta e sempre limitada para os atores envolvidos no processo, dentro do quadro das diversas formas de se interagir.

Como se pode perceber, com base nessa distinção, foram criadas as categorias para análise do discurso da presente tese, que buscaram definir uma qualidade à interação entre usuários e operadoras nas páginas do Facebook. Por isso, adaptando-se o que foi proposto por Primo (2001), e pensando nas adequações necessários sugeridas por Recuero (2006), é preciso pensar que na interação mútua em ambientes discursivos,

os interagentes envolvidos se transformam uns aos outros através (principalmente) de mensagens textuais, e vão aos poucos qualificando a relação que constroem entre si. A interação que assim emerge só vai se definindo durante o processo. Não se encontra determinada ou prevista por antecedência. As mensagens só são criadas e significadas a partir da complexidade cognitiva de cada um, levando em conta os contextos envolvidos e diante da relação que eles erguem (Primo, 2001, p. 9).

Há, portanto, que se pensar com cautela os resultados aqui trazidos, ao mesmo no nível de interatividade. Isto é, como o autor supracitado faz notar, e preciso enfatizar a

interação como elemento catalisador para a construção do conhecimento. Mas uma interação e conhecimento que não propiciam uma interação determinística, de objetivos fechados, com desenrolar previsto por antecedência. Ela se dá numa relação que valoriza o diálogo, a negociação, a cooperação, enfim, a transformação mútua (Primo, 2001).

Ainda que se dê essa ênfase a esses tipos de interação, mesmo assim, existem as mais reativas (que na presente tese foi classificada de automática). Mas, o que reforça a questão informativa das mensagens, nos termos propostos na presente tese,

Não se quer de forma nenhuma sugerir que se ignore o potencial de disponibilização de informações que as interfaces de interação reativa podem oferecer. [...] Mas o que se pretende valorizar é a ação cooperada e dialógica. Logo, a combinação de sites ricos em informações e ferramentas para o debate entre os participantes pode motivar ambientes férteis para a construção do conhecimento através da interação (Primo, 2001, p. 12).

Feitas essas ponderações, o que pode ser percebido nas relações estabelecidas em grafos são precisamente esse caráter reativo. O que retoma a morfologia das redes sociais, que exemplificam com se dá essa interação, no contato entre usuários e operadora. A seguir, serão apresentados os gráficos das redes de interação. Será possível, visualizarmos os modos com que se dá a relação entre os nós da rede por meio das ações reativas.

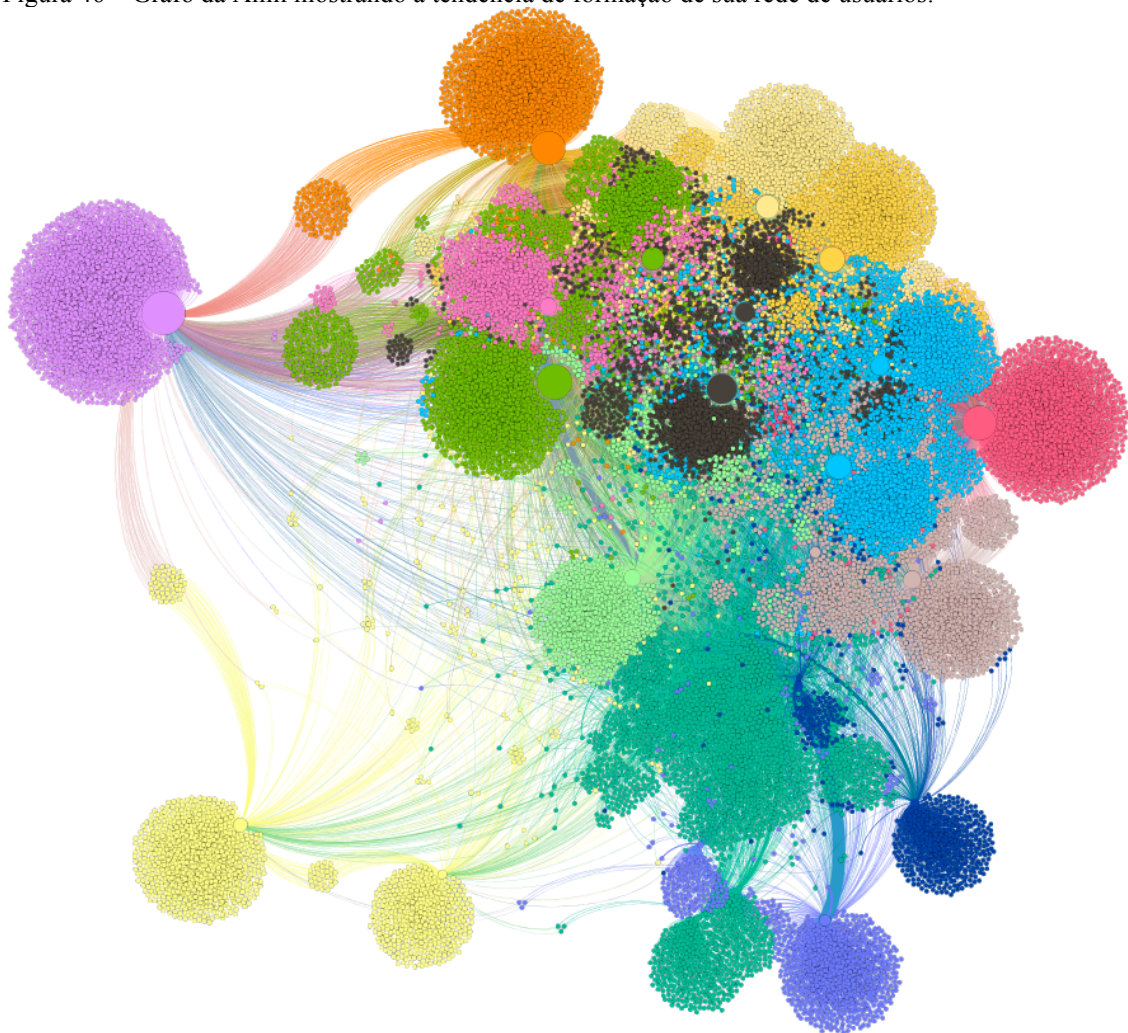
6.4.1 Mapas das redes das operadoras

A Análise de Redes Sociais quando aplicada ao *Facebook*, permite visualizar diversos aspectos relevantes dos dados de uma página. Como notado por Beluci (2016), com isso em mãos é possível apresentar e especificar a dinâmica de interação dos conteúdos das páginas das operadoras e de como ela e seus usuários se organizam. Isso é, trazidos esses artifícios para a presente tese, possibilita observar aspectos de interatividade sob um ponto de vista dos grafos, gerados pelo aplicativo Gephi, e assim ser possível fazer um mapeamento de interações. Esses gráficos são resultados dos elementos do comportamento de um grupo social e, a partir daí, pode-se também analisar modos e como estão dispostos os posts quanto aos aspectos funcionais da rede de informação.

Com isso, completa-se a triangulação metodológica. Enquanto as informações colhidas, primeiramente, foram analisadas a partir da classificação por categorias das postagens para se observar os conteúdos sobre promoção da saúde, e a interatividade e relacionamento discutidas pelo olhar da linguagem estabelecida, a ARS permite uma mirada para discutir a rede criada pelos perfis das operadoras no Facebook e a interação dos usuários com os conteúdos gerados.

Logo abaixo são dados os gráficos, a partir das postagens de todo período estudado, da Amil, da Bradesco e da Hapvida, juntamente com a atividade dos usuários. Foram aplicados os mesmos parâmetros de geração do grafo para todas as operadoras. Em ordem, o primeiro a ser apresentado é o da Amil.

Figura 46 – Grafo da Amil mostrando a tendência de formação de sua rede de usuários.



Fonte: Dados do Facebook, 2016. Gráfico criado pela autora.

Para esse e todos os grafos foram tomadas a rede completa, mostrando a relação entre posts publicados e os usuários engajados. Foi utilizado o algoritmo “Force Atlas 2”. Esse é um algoritmo de distribuição, para organizar a rede por interesse e separando-os por módulos específicos, isto é, dipondo o grafo de forma que os usuários com mais afinidade entre si, fiquem mais próximos e os com menos afinidade mais afastados de acordo com a definição dada.

Ao mesmo tempo, atribuiu-se aos nós a métrica de grau ponderado médio, que leva em conta a diversidade de conexões que cada nó recebe, bem como a influência dos nós aos quais ele está conectado. Assim, a ARS define grau como o número de conexões que um nó tem. Nesse caso, escolheu-se destacar o grau pelo tamanho relativo do nó, e um nó pode representar uma postagem ou um usuário. Como se pode ver no grafo, os nós maiores (de maior grau), recebem participações como *likes*, comentários ou compartilhamentos, mas de maneira geral representam postagens diversas totais do período estudado (um exemplo já dado foi o da Figura X, mais acima). Os círculos menores representam usuários (a imensa maioria) ou postagem com poucas ações. As arestas são ações desses usuários sobre os nós, quer dizer, de um nó sobre outro.

Um tratamento estatístico dado à rede, por meio de outro algoritmo, é pela modularidade. Ela agrupa os chamados módulos mais conectados entre eles e mais afastado de outros, por atribuição de cor, deixando mais clara a relação dos clusters ou grupos de interesse. Ou seja, a modularidade mede a estrutura de redes ou gráficos e sua média foi projetada para medir a força da divisão de uma rede em módulos (também chamados clusters, grupos ou comunidades).

Redes com alta modularidade possuem conexões densas entre os nós das comunidades e baixa densidade entre os nós de diferentes comunidades. A medida leva em consideração a relação dos nós com seus vizinhos – sendo por isso, uma medida de “vizinhança” – e de quanto o nó tende a aparecer em determinado grupo. A modularidade irá ajudar a identificar as comunidades (clusters) de usuários mais participativos, com base em seu grau de interação. O grau médio irá ajudar a identificar

os nós com maior número de conexões (maior grau), para termos valores comparativos entre as três empresas estudadas.

Com base nesses parâmetros e no aspecto visual do grafo da Amil, pode-se notar diversos grupos de interesse formados por diversos clusters, cada qual de uma cor. Alguns apresentam-se mais isolados, alguns com muitas ou poucas conexões com outros grupos e com outros nós. Isso mostra que esses grupos (e os nós/usuários que o compõem) estão orbitando postagens específicas e pontuais, sem que façam ações em outras postagens ou entre eles. Ao mesmo tempo, ocorrem grupos que tem modularidades distribuídas em proporções parecidas. Quanto maior o grupo, maior a sua ação sobre um postagem, já que nele é maior o número de participantes (de usuários).

Enquanto é possível ver esse afastamento, a relação entre grupos se dá também por proximidade entre os clusters, mostrando possibilidade de união de interesses. Assim, pode-se observar também no grafo da Amil grupos menos específicos, que vão se acercando do centro mais indistinto e de maior modularidade, formado por nós/usuários dispersos ou em grupos menores, ou ainda grandes grupos. Esse miolo indistinto representa usuários que reagem a mais de uma postagem, bem como formam comunidades que representa uma rede mais densa.

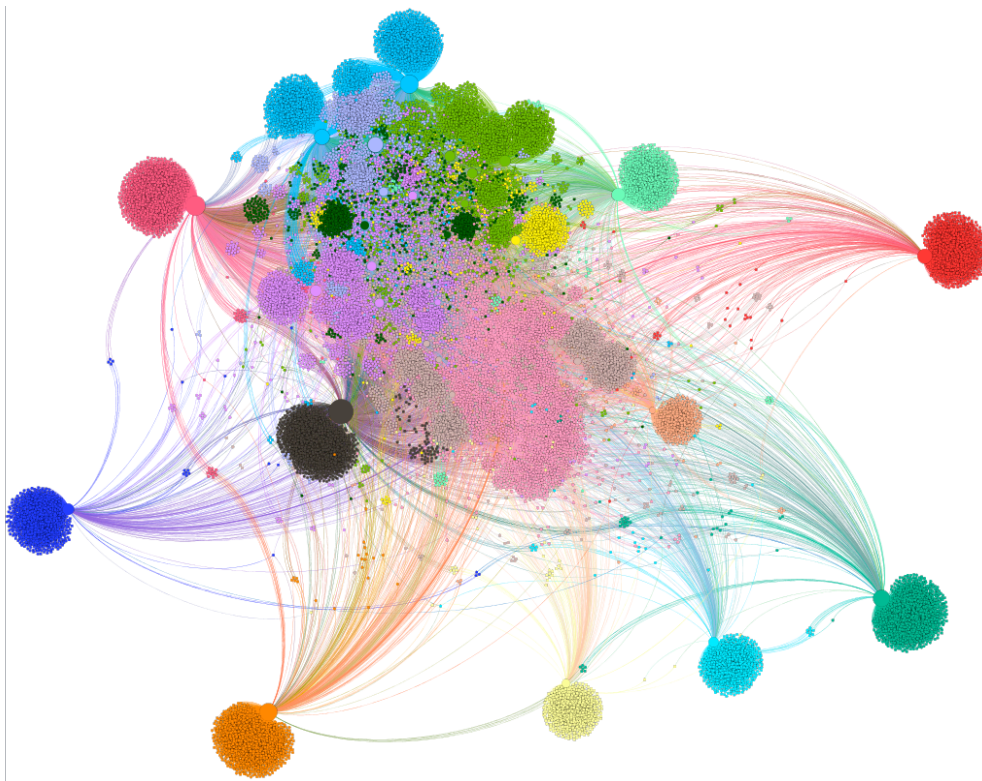
A partir do gráfico sobre um post específico, dado acima mais acima, na discussão sobre os dados da Análise do discurso, é possível começar a se visualizar e determinar mais especificidades da rede da Amil e das outras duas operadoras. Na figura 45 hávia uma relação direta do usuários com a postagem. Agora, no grafo acima, esses posts são vistos também no contexto geral da rede, de forma que cada cluster tende a representar uma postagem. Ou seja, cada cluster aqui é como se fosse um gráfico daquele. Ações inter cruzadas entre eles são a representação, quando não da cor do cluster, de uma ação de usuários de outros grupos sobre aquele post.

A rede da Amil pode, assim, ser classificada, comparativamente, com um média modularidade e dispersão, com grupos definidos que atuam em mais de uma postagem,

ainda que, como as outras, unidirecionalmente do usuário à postagem. Essa média “coesão” também representa certo interesse de partilha, os menos tempo em que sua densidade sugere um rede que tende compartilhar interesses em mais de um conteúdo gerado. É possível observar que postagens isoladas tenderam a atrair bastante participação dos usuários, dado o volume maior de alguns cluster e ligações externas a ele, além do tamanho do nó, distantes do centro mais denso.

A seguir, pode-se ver a configuração da rede da Bradesco.

Figura 47 – Grafo da Bradesco mostrando a tendência de formação de sua rede de usuários.



Fonte: Dados do Facebook, 2016. Gráfico criado pela autora.

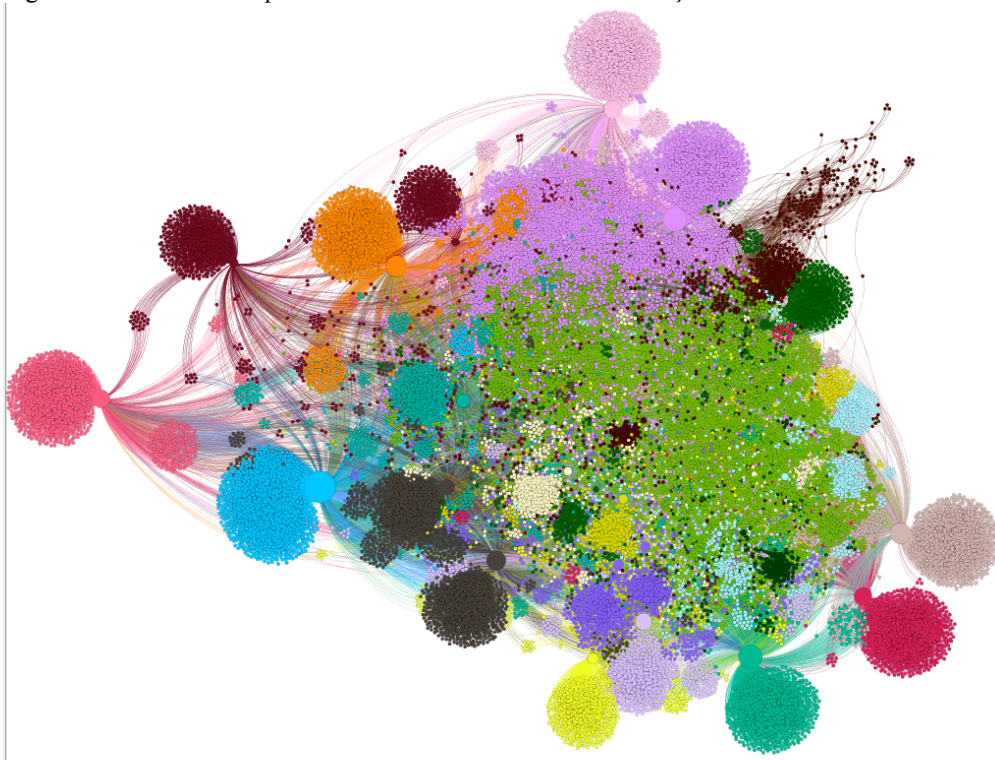
Bradesco apresenta grande dispersão de certos clusters, de menor modularidade, dispersão essa compativamente maior que a Amil. Colocadas as características até agora estudadas, pode-se sugerir que esse isolamento se dá também pela oferta de muitos produtos, alguns com características muito distintas, criando grupos específicos de interesse por cada postagem, sem quase ou nenhuma relação com outras postagens. A rede da Bradesco é também maior que as outras duas empresas, dado o número bem

maior de usuários que ela comporta. Mas com um centro mais aglutinado que a Amil com relativa maior modularidade, dado pelo cluster rosa ao centro, mas também com menor grau de afinidade entre os grupo centrais, também devido ao número de nós e grupo. Percebe-se também como a rede é mais densa, representando o elevado número de usuários da página no Facebook (note-se que aqui estão representados todos as postagens, sem critérios de seleção).

Os grupos isolados em pontos mais distantes que os do grafo da Amil sugerem uma rede menos coesa, ainda que obtenha uma maior densidade ao centro, dado o ponto de inflexão ao grupo maior de participantes. A diversidade de postagens e de produtos faz dela também a com mais grupos específicos (Clusters).

Quanto mais densa uma rede, mas proximidade temos entre os usuários, e mais perfeita ela é no sentido de partilha de interesse. Nesse sentido, parece ser a da Hapvida a que mais disso se aproxima. Seu grafo é dado a seguir.

Figura 48 – Grafo da Hapvida mostrando a tendência de formação de sua rede de usuários.



Fonte: Dados do Facebook, 2016. Gráfico criado pela autora.

A densidade da rede e maior proximidade dos grupos, bem como ligações entre clusters por meio de nós, sugere que essa rede tem maior número de usuários com interesses parecidos, além de sugerir que mais deles praticam alguma ação em mais de um post. Isto é, apresenta grupos que mantêm uma interdependência de ação em mais de uma postagem em comparação com as das outras operadoras.

Isso pode se dar em pontos de maior modularidade e densidade, basicamente com as cores verdes e rosas centrais, gravitado por graus de interesses específicos ou afastados do centro, mas que apresentam mais coesão e proximidade que as outras operadoras. Mas ainda, se dar com nós de forma quase indistinta no gráfico, de maior modularidade e de impossibilidade de visualização, tamanha a conexão entre os nós, próximo ao que foi observado na Bradesco.

Como mostrou Beluci (2016), em uma rede mais próxima do ideal, quando se analisa uma página de Facebook, há uma tendência de manutenção de um único núcleo mais denso de interações e de cor única (que partilham de mesma intresse/modularidade), bem como proximidade entre clusters, mostrando coesão e ações dispersada entre eles. No caso dos gráficos das outras operadoras, ainda que tenham um núcleo de usuários que representam proximidade de interesse, nota-se uma maior concentração de clusters de diferentes cores, mostrando menor modularidade, além de maior dispersão, como na Amil, ainda maior na Bradesco.

Além disso, é possível observar certa equalização no número de participação dos usuários nas postagens da Hapvida, observado pelo tamanho médio do cluster, o que não ocorre do mesmo modo nas outras duas. Isto é, não há um excessivo acúmulo de ações numa postagem e poucas em outras. Isso sugere afirmar, com base no que foi estudado até agora, um reflexo na diversidade e modo de apresentar os conteúdos que a operadora apresenta.

Cabe lembrar que essas observações se dão a partir da análise de redes inteiras (*whole networks*), pois o foco da análise é no grupo, não no indivíduo. Como notou Marteleto (2007), o mais geral desses princípios consiste no caráter relacional entre os indivíduos

da rede social, na busca de “regularidades que apresentam a fim de descrevê-las, dar conta da sua formação e de suas transformações, analisar os seus efeitos sobre os comportamentos individuais”.

Ao mesmo tempo, podem ser comparadas a conformação das redes dessas empresas, enquanto redes ampliadas (ou abertas), que se dão quanto estendidas às relações de trabalho, relações associativas e participativas (Marteletto, 2010), além de seu caráter informal. Ainda assim, para dimensionamento dos achados, bom lembrar que nos grafos das operadoras estão apresentadas todas as postagens do período, e portanto, não se pode inferir que dado cluster seja sobre a promoção da saúde.

6.5 A análise de SWOT

Análise de SWOT é apresentada a seguir, sob a perspectiva dos objetivos da pesquisa, isto é, com foco no relacionamento e interatividade no *Facebook*, disponibilidade de conteúdos e melhor comunicação com foco na promoção da saúde, pensando que as operadoras podem colher benefícios nesse processo. Como se poderá ver, os aspectos relevantes feitos nessa análise dizem respeito às três operadoras em conjunto, sem distinção, por tratar-se de aspectos gerais a elas. O quadro permitiu, assim, sistematizar os dados e avançar na discussão sobre os resultados da corrente investigação, além de propiciar visualizar novos parâmetros estratégicos que podem ser aproveitados pelas operadoras para a promoção da saúde no *Facebook*.

Forças

- Empenho em manter canais de comunicação com os usuários.
- Aumento do acesso à página da operadora.
- Disponibilidade para alinhamento com as diretrizes para a promoção da saúde.
- Buscar ser referência para as demais operadoras de saúde, expandindo assim a prática de disponibilização de informação em saúde.
- Incremento da marca e aumento do volume de vendas de produtos.
- Melhoria da imagem interna da empresa, por torna-se veículo de boas práticas em saúde.
- Participação e interação com posição mais afirmativa no *Facebook*.
- Possibilitar a melhoria da qualidade de vida dos usuários.
- Melhoria do relacionamento com os usuários.
- Melhoria da mediação e consequente melhoria da qualidade da página no *Facebook*.
- Melhoria do conteúdo disponibilizado via *feedback* dos usuários.
- Melhoria dos processos comunicacionais intra empresa.
- Melhoria e aumento do conteúdo para promoção da saúde no *Facebook* e em outros canais.

Oportunidades

- *Facebook* utilizado como ferramenta de partilha e interação, permitindo o alinhamento entre identidade, imagem e posicionamento.
- Melhoria da imagem da empresa para usuários, alinhando discurso, intensão e prática em saúde.
- Possibilidade de exploração da comunicacionalmente do *Facebook* por meio da melhoria da comunicação organizacional.
- Explorar o instante econômico como propiciador de inovação no campo da saúde, por meio do *Facebook*.
- Disponibilização de novos conteúdos para não usuários do site que não possuem o plano de saúde, como chamariz por seu alinhamento.
- Melhoria dos canais de comunicação com usuários e não usuários.
- Criação de um canal específico de reclamação que desafogue o perfil do *Facebook*.
- Investimento no *Facebook* criando a oportunidade de “vender” produtos de planos de saúde.
- Criação de comunidades interativas mais participativas com foco em promoção da saúde.
- Estabelecimento de links interativos com a página oficial da operadora, com conteúdos que aprofundem a discussão sobre determinantes de saúde e que se transformem em propaganda para a empresa.
- Estabelecimento de relacionamento baseado na confiança, com uma comunicação em saúde mais personalizada, informativa, interativa e atraente.
- Expansão da comunicação e promoção em saúde noutras redes sociais, com consequente participação de usuários e não usuários.
- Disponibilização de links interativos entre outros sites de redes sociais e mídias sociais da operadora, como forma integradora dos canais.

<p>Fraquezas</p> <ul style="list-style-type: none">- Definiência geral na moderação e no relacionamento.- Fraca interatividade decorrente do modo de moderação e do relacionamento.- Demasiado enfoque na venda ou propaganda de produtos, seja nas postagens ou nos comentários.- Restrição da visão sobre determinantes de saúde.- Fraco aproveitamento do caráter interativo da internet e do <i>Facebook</i>.- Tendência de concentração das postagens em poucos temas em saúde.- Alinhamento interno voltado para a prevenção em saúde e não para a promoção da saúde.- Estruturação organizacional que determina foco na economia de gastos e desimportância para a promoção da saúde.- Fraco caráter moderador para comentários de autopromoção de usuários-vendedores de plano de saúde.- Exagerado enfoque em postagens sobre prática esportiva e sobre qualidade da alimentação.- Pouca exploração da associação entre imagem da empresa e boas práticas em saúde.- Fraco aproveitamento de postagens do tipo mistas para diminuição de postagens de propaganda.- Pouco aproveitamento da ludicidade nas postagens sobre promoção da saúde.- Restrição no uso da dinamicidade da linguagem e modos contemporâneos de se comunicar na internet.	<p>Ameaças</p> <ul style="list-style-type: none">- Alinhamento da concorrência e perda de espaço no <i>Facebook</i>.- Exposição aumentada, derivando críticas dos usuários.- Comunicação com fraca diversificação sem aumentar o potencial informativo e promocional do <i>Facebook</i>.- Diminuição de cooperados e usuários, dada a crise econômica brasileira, acarretando desincentivo à manutenção das páginas.- Diminuição da participação efetiva por aumento da complexidade das informações em promoção da saúde.- Fraca participação dos usuários a despeito de tentativas de mudança no padrão atual de disponibilização de conteúdo.- Pouca assiduidade e relevância da Comunicação em saúde no <i>Facebook</i>.- Determinantes sociais e em saúde do cenário brasileiro redundando e fraco engajamento das pessoas na promoção da saúde.- Impossibilidade de implantação de canais de comunicação para focos específicos e aumento da informação na promoção da saúde.- Fraca interação dos internautas devido ao aumento de conteúdo e de links com outras mídias sociais digitais.- Sobrevalorização do potencial engajador da promoção da saúde.- Fragilização da imagem da empresa frente às empresas associadas.

6.6 Devolutivas dos questionários

6.6.1 As operadoras de saúde

Ainda que garantido o anonimato, no caso de que assim desejassem, e das reiteradas tentativas de contato, alguns sem sucesso, não foram obtidos nenhuma resposta das três operadoras para questões enviadas nos questionários. Esclareça-se que, no caso da Hapvida, foram feitas pesquisas na internet para um primeiro contato, mas não havia um canal de comunicação por telefone direto com os mantenedores da página do *Facebook*, mas apenas um e-mail, cujo endereço está disponível no perfil da empresa. Isso impossibilitou um primeiro contato com o setor de mídias sociais. Havia um telefone disponível da central de atendimento para usuários do plano de saúde. Deste modo, tentamos e obtivemos, ali, outro número que foi indicado pelo atendente como da sede da empresa, de onde poderíamos obter contato com o setor de mídias sociais. Entretanto, as ligações feitas não eram atendidas. A despeito de várias ligações feitas, e de nova tentativa de obter outro número junto a central de atendimento, nem contato prévio foi feito com o setor. Então enviamos o e-mail padrão com as perguntas do questionário, mas sem nenhum sucesso de resposta até a presente data. Como não foram recebidas também quaisquer ligações da empresa, nem qualquer resposta via e-mail, assumimos que ela resolveu não participar da pesquisa.

Já a Amil disponibiliza, em sua página do Facebook e na internet, um e-mail de contato para seu setor de imprensa, além de telefones específicos dos responsáveis desse setor. Foi feito então um contato telefônico para informar da intenção da tese, onde fomos orientados a enviar as perguntas para responsável específico do setor mídias sociais. Em isso feito, não obtivemos nenhuma resposta. Foi feito então novo contato e obtivemos o telefone, agora com os responsáveis diretos da área de mídias sociais, isso já após data estipulada de retorno das respostas. Nesse contato, fomos informados de que o questionário enviado estava parado nos tramites organizacionais da empresa, em análise por superiores. Obtivemos a promessa de que no outro dia teríamos uma resposta positiva ou negativa para a participação da operadora na pesquisa e de resposta ao questionário, por meio de uma ligação do setor, que ocorreria só em caso afirmativo. No caso de não ocorrer uma ligação, é que o preenchimento do questionário e sua

devolução teriam sido negados pela empresa. Como a ligação não veio, nem qualquer resposta via e-mail, assumimos que resolvam não participar da pesquisa.

Já a Bradesco disponibiliza telefone e e-mail do seu setor de imprensa. Em um contato direto com um dos funcionários desse setor, conseguiu-se o número do responsável pelo setor de mídias sociais. Após diversas ligações, sabemos que essa pessoa responsável estava de férias, razão pela qual nossas chamadas não foram atendidas. Diante disso, enviamos o e-mail padrão com o questionário anexo, ainda que sem contato prévio. Sem obtenção de resposta, alguns dias após a data estipulada de devolução, foi feito novo contato com o setor de imprensa, onde sabemos, por meio de um de seus responsáveis, que eles haviam recebido a mensagem. Entretanto, fomos informados também, de que seria muito difícil obter essas respostas, já que a empresa tem uma política de não disponibilizar dados estratégicos para outros, e que mesmo que fossem respondidas, não se poderia estabelecer uma data específica para devolução. Desse modo, não conseguimos nenhuma resposta ao questionário junto à Bradesco.

6.6.2 Respostas do especialista

O especialista em comunicação organizacional, o Prof. Dr. Rudimar Baldissera⁴², foi contatado e se prontificou em responder às perguntas. Tudo foi feito via e-mail.

Quando observadas a análise de SWOT feita logo acima, pode-se estabelecer importantes contrapontos e observações com suas respostas. Num dos trechos da resposta, quando perguntado pelas forças do exercício da comunicação organizacional no *Facebook*, Baldissera destaca que,

⁴² Rudimar Baldissera, doutor em Comunicação Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, é atualmente coordenador do Programa de Pós-Graduação em Comunicação e Informação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e professor e pesquisador na mesma universidade. É também líder do Grupo de Pesquisa em Comunicação Organizacional, Cultura e Relações de Poder – GCCOP, além de possuir extenso currículo de atuação na área da comunicação social. Por essas credenciais e por ser referência no campo da comunicação organizacional, foi indicado pelo Co-orientador da presente pesquisa para responder às perguntas que constam no questionário, destinado ao especialista (Apêndice 2). Na presente parte do trabalho, optou-se por fazer uma seleção de partes das respostas que estabelecessem maior vínculo com o que vinha sendo discutido até agora, ainda que as perguntas e as respostas, em sua íntegra, possam ser acessadas no Apêndice 2, mais a frente.

“Dentre outras coisas, podem ser consideradas forças: a) agilidade nos processos decisórios, na produção, na postagem e na circulação de informações dos mais diversos setores (se for o caso); b) com profissionais qualificados pode-se pensar em qualificação das conversações e aprofundamento dos processos; c) acessibilidade ampliada; d) potência para a ampliação da visibilidade e o compartilhamento de ideias, projetos, informações, campanhas e concepções; e) meio para a coleta e análise de informações (diagnóstico e prognóstico); f) possibilidade de permanente reforço das ideias a um baixo custo; g) baixo custo para veiculação; h) registro das interações realizadas; i) possibilidade de esclarecimento dos públicos a partir das questões que surgirem ou das críticas realizadas (seja individual ou coletivamente); e j) conversações com os públicos sem mediação de outros veículos/profissionais (jornalistas, por exemplo)...”.

Ainda que não vinculada estritamente à visão da promoção da saúde, note-se que ele destaca, dentre outros, a dinâmica do fluxo de informação na internet, o baixo custo e acesso ampliado de uso, bem com a contraparte do público que acessar a página, isto é, o *feedback* possível, como desdobramento no diagnóstico e prognósticos institucionais. Nesse sentido, a melhoria do fluxo comunicacional pode ser melhor aproveitada, pelas operadoras, na recolha de benefícios adicionais ao uso do Facebook para promoção da saúde.

Já quanto às fraquezas de uso desse sítio, para a comunicação organizacional, o autor destacou que “Também são muitas as fraquezas e, de modo geral, estão articuladas às forças, pois que, por exemplo, o não uso adequado, o não respeito aos contratos de interação dessa rede podem se converter em fragilidades organizacionais”. Ou seja, há um risco inerente ao uso do Facebook, que decorre também da exposição que se vê implicada a empresa.

O autor também destacou pontos específicos nessa análise:

“a) incapacidade de a organização interagir com os públicos, seja por desconhecimento da gramática das redes sociais, por não saber receber críticas e/ou não saber como agir/reagir a elas, por reagir de modo agressivo ou apagando comentários que não convergem com os interesses organizacionais (ou que questionam posturas, projetos, concepções da organização) etc.; b) profissionais despreparados para a mediação entre as lógicas das redes sociais e dos processos de gestão organizacional; c) imprevisibilidade/instabilidade dos públicos; d) ampliação da memória organizacional de modo negativo por interações mal feitas e/ou processos desqualificadores; e) falta de agilidade nas respostas (gramática do meio); f) baixos níveis de competência interpretativa das falas dos interlocutores; g)

número limitado de interagentes para quem o post ficará visível – a não ser que se pague para ampliar essa visibilidade; e h) respostas que exigem autorizações dos superiores e por outro lado exigem a agilidade do meio – mas nem sempre os superiores estão disponíveis para autorizar algo.”

Integrando o que já foi observado na análise de SWOT e à análise do conteúdo e análise do discurso, a percepção de Baldissera lança ainda mais luz ao processo comunicacional latente do *Facebook*, mas também aos limites dessa ferramenta. Mas pensadas suas potencialidades, o Facebook, ainda é considerada uma ferramenta importante. Há ainda que observar alguns apontamentos do autor sobre os principais riscos e oportunidades, considerando-se o cenário externo à uma organização, para o exercício da comunicação organizacional no *Facebook*. Quanto a isso, Baldissera nota a vantagem de que

“(apesar de suas limitações e controles tecnológicos, pois que seu uso é atravessado por lógicas de outra organização que captura e usa os dados, gerando bolhas, controlando para quem o material ficará visível etc.) como meio de comunicação organizacional, particularmente no sentido de ser uma forma para dar visibilidade aos aspectos organizacionais (características, projetos, ações, fatos etc.) que a organização quer visibilizados. Outro aspecto positivo é que permite a interação com os sujeitos (individuais ou coletivos) que entram em relação com a organização. Permite níveis mais elevados de conversão, caso assim a organização deseje. Também é possível pensar no fato de que a organização, em certa medida, pode dar visibilidade a suas posições, opiniões e concepções de mundo etc. sem que seja necessária a mediação de um meio de comunicação de massa, como um jornal, por exemplo.”

Além disso, quando se considera os contextos e as características do contemporâneo, tais como as tecnologias, velocidade da circulação de informações, conexão, compartilhamento, pode-se pensar em outras potencialidades/opportunidades do facebook, como por exemplo:

“a) possibilidade de um projeto, informações sobre um produto, uma campanha ou feito organizacional ser compartilhado pelos interagentes, ampliando a visibilidade e, mesmo, os seguidores da organizações (de suas postagens); b) agilidade de circulação de informação, pois não se pode esquecer que alguns públicos estão conectados muitas horas por dia (ou todo o dia) às redes sociais e, no Brasil, particularmente ao Facebook (lógico, é preciso conhecer bem o público da organização e avaliar se esse é o caso); c) analisar as interações dos sujeitos, e melhor compreendê-los a partir de seus lugares de fala, seus códigos culturais (trata-se, também, de uma ação para a escuta) – isso pode ser uma forma de inteligência organizacional com potencial para permitir a qualificação da própria organização (sempre orientada por princípios legais e éticos, lógico); d) oportunidade para

estabelecer conversações diretamente com públicos, sem mediações, e conversações mais longas, qualificadas e com custos mais baixos; e) meio que possibilita o exercício da crítica e que, se a organização desejar, poderá ser fundamental para processos de qualificação da identidade, da criatividade e, mesmo, da inovação; f) níveis mais elevados de comunicação dirigida (sempre que necessário falar com algum grupo de pessoas em particular); g) potencialização das possibilidades de ser acessada de qualquer lugar e a qualquer momento, de modo que não será necessário estar em um lugar ou horário específico para ter acesso a algo da organização, como uma campanha publicitária, por exemplo; h) potencialização da memória, pois que para além daquilo que a organização disser de si, outros também dirão, e isso poderá permanecer por muito tempo; e i) ampliação das possibilidades de projetos coletivos, de engajamento etc.”

De tal modo, que a riqueza potencial da internet é inerentemente ligada a suas oportunidades, ao mesmo tempo em que “também são grandes os riscos, pois que a potência desse meio parece ser também sua fragilidade”. Por isso o autor pontua alguns desses riscos, tais como:

“a) falta de habilidade e competência para atender ao que é demandado (gramática das) nas redes sociais; b) falta de agilidade nas respostas e interações, por diversos motivos, como por exemplo, necessidade de aprovação de um superior que não está no local; c) expropriação dos dados da organização por diferentes sujeitos e/ou organizações e usos indevidos, como por exemplo mediante novas edições e enquadramentos; d) memória ampliada de modo negativo (sendo que os dados permanecerão visíveis por muito mais tempo – alguém sempre poderá ter capturado os dados, mesmo que esses venham a ser deletados pela organização); e) incapacidade de lidar com críticas e, por causa disso, as interações podem sair do controle; f) ser objeto de inteligência organizacional de outras organizações; g) ser alvo da má-fé de outras organizações e/ou públicos; h) incapacidade para a interação; i) visibilidade limitada aos mesmos sujeitos, formando bolhas; e j) falta de equilíbrio em termos de postagens (seja pelo excesso e/ou pela falta de postagens); dentre outros.”

Como se vê, muitos desses riscos refletem no que foi apontado na análise de SWOT, sobretudo nas fraquezas das operadoras. Além disso, essas fraquezas e seus apontamentos serão retomados na articulação que se fará na discussão, e depois ainda nas conclusões, sobre pontos a se observar, pelas operadoras, como formas de melhoria na atuação para promoção da saúde no Facebook.

6.7 Discussão

Se por um lado a análise de SWOT e os apontamentos de Baldissera mostram relevantes

postos a serem observados pelas operadoras no que tange a comunicação organizacional no Facebook, os resultados dos padrões de formação de redes mostram aspectos peculiares no caso de cada uma das empresas analisadas, sob o ponto de vista da interatividade, assim como os resultados da Análise de conteúdo e da Análise do discurso encaminham a discussão para a tipologia de conteúdos e temáticas específicas estabelecida na internet, quando sem pensadas a interatividade e o relacionamento em sites de redes sociais. É observado nesse bojo, para promoção da saúde, é preciso repensar essa comunicação para o tipo de formação da rede. Nesse caso, implicará tanto usuários com operadoras de saúde.

Buss (1999, p. 125) reconheceu que a comunicação em saúde precisa ser entendida mais além de seu significado midiático *latu sensu*, como um fenômeno produtor de sentido social. Ou seja, deve ser considerada como um agente de mobilização social que, além de democratizar a informação, permite que a população defina sua própria conduta, individual ou coletivamente, adotando ou fortalecendo escolhas de bem-estar baseadas em valores culturais. E de fato, uma vez que a participação ativa e permanente da população é central no conceito e na prática da promoção da saúde⁴³, “torna-se imprescindível a provisão de informações para o exercício da cidadania, assim como iniciativas do poder público nos campos da educação e da comunicação em saúde”.

Pensando por este ponto de vista, o Facebook é um espaço catalizador dessa participação. Mas os resultados das operadoras permitem sugerir um aproveitamento parcial desse espaço. Mostra também, mesmo que modo ainda precípuo, que na comunicação em saúde, estratégias diferenciais para a promoção em saúde podem se valer do aporte do Facebook, tomando essa ferramenta de forma um pouco mais diferenciada do que vem sendo utilizada, além de disponibilizar conteúdos que impliquem mais ativamente a participação dos usuários na produção de conhecimento.

Buss ainda mostra que nessa múltipla relação entre a comunicação e a saúde, a informação sobre boas práticas para a saúde individual pode ajudar na escolha de

⁴³ Como se viu no capítulo sobre promoção da saúde, quando se pensa em empoderamento, a questão da superação do uso do modelo informacional se fará ainda mais importante, já que o tema pressupõe a autonomia decisória e a participação ativa de todos os envolvidos na promoção da saúde.

comportamentos em diversas esferas, na prevenção de doenças e, em geral, no desenvolvimento de uma cultura da saúde.

Igualmente, a democratização das informações sobre a situação de saúde e do sistema de saúde, divulgadas de diversas formas, entre as quais através de meios de comunicação de massas, pode contribuir para um melhor entendimento dos determinantes da saúde e para a construção de um discurso político e reivindicatório consistente e persuasivo que mobilize e reforce a ação da comunidade na afirmação de seus direitos e no seu enfrentamento com o Estado (Buss, 1999, p. 126) 67

A colocação parece sugerir que há a necessidade de enfrentamento do modo comunicacional e de se promover a saúde, para além da esfera da prevenção, não só restrito a esfera pública e política, mas também econômica. Um artigo recente buscou discutir o uso do *Facebook* pelas operadoras de saúde brasileiras para estratégias de promoção da saúde, de tal modo que os sites de rede social gerariam grandes oportunidades a serem exploradas pelas operadoras para alavancar o relacionamento e a interação com os sujeitos, dado o seu potencial de exposição se aliado à promoção da saúde (Marcelino, Sousa, & Bruck, 2016).

Outros estudos têm demonstrado o alcance do *Facebook* e de outros sites de rede social no compartilhamento de informações, na construção de comunidades e em prol da ação (Ramanadhan et al., 2013; Syred, Naidoo, Woodhall, & Baraitser, 2014). Mais que isso, essas organizações tendem a usar os SRS's para construir relacionamentos. Mas ao mesmo tempo, a comunicação organizacional parece não ter acompanhado a evolução de suas práticas, cabendo a adoção de uma nova perspectiva que permita a conexão e a relação entre os interlocutores (F. Lima, 2008; I. d. L. Oliveira & Paula, 2005; Ribeiro, Mendonça, & Mendonça, 2007).

Do mesmo modo, é preciso ressaltar o poder da internet e dos SRS's, já que permitem aos usuários encontrar as informações que lhes interessam e expressar em rede suas opiniões, pensamentos e versões dos fatos sem submissão a filtros (editores, jornalistas, empresas de comunicação, etc.) (Marcelino et al., 2016). Ou, como já apontou Lévy (1999), essas novas tecnologias estimulam uma comunicação comunitária, transversal e recíproca. De encontro ao paradigma informacional, desconsidera que a comunicação

possa ser administrada, gerenciada. Esse fenômeno deve ser foco nas ações das operadoras de saúde. Do contrário, opor-se-ia à lógica relacional da rede, sua essência, além de dificultar a comunicação entre as pessoas e as instituições com as quais se relacionam.

Quando observadas formas de relacionamento estimuladoras de interatividade, como indicados nos resultados do presente estudo, pensado a promoção da saúde e sua contraparte, o empoderamento, há que também se considerar o impacto das gerações tecnológicas, no âmbito organizacional, que transforma o contexto social e reconfigura o estoque cognitivo dos sujeitos, seus discursos e suas interações (Lima, 2008). Portanto,

torna-se necessário pensar a gestão da comunicação em que indivíduo esteja em evidência, valorizando o seu potencial criador e considerando a subjetividade e a afetividade em uma perspectiva dialógica, sob uma comunicação mais estratégica. Note-se que o que está em evidência é todo e qualquer indivíduo da organização. Além disso, o que retorna ao tema em discussão, em que se tem em vista a promoção da saúde, a comunicação estratégica ganha corpo e a questão da interatividade é retomada (Marcelino et al., 2016, p. 415).

Essa comunicação, no plano da promoção da saúde pelas operadoras, deve, portanto, ser pensada de forma que estimule a interatividade, mas também, como produtora de sentido, como ambiente de troca e de participação social. Como observou Ribeiro e Marchiori, (2008, *cit. in* Marcelino, Sousa, & Bruck, 2016, p. 415), o diálogo é uma técnica que permite o pensamento conjunto e compartilhado promovendo, através da “união das falas”, o processo de interatividade. Esse processo que vem a ser o elemento fundamental do paradigma relacional, donde a dinâmica é voltada para as ligações, para a formação de redes. Daí a expressão “redes de conversação” – experiências de reflexão conjunta, geração de ideias, educação mútua e produção compartilhada de significados.

Assim, fica evidente a importância da interação e da interatividade para que se estabeleça uma dimensão criadora entre as diferentes vozes, para a interpretação dos sentidos e para a construção coletiva de pensamento, ao mesmo tempo em que se refirma esse força nos meios digitais (Ribeiro et al., 2007). E esse panorama

comunicacional justifica, em parte teoricamente, a importância estratégica que as redes sociais adquirem. Sob um ponto de vista dinâmico, redimensionam as estratégias de promoção de saúde atuais praticadas pelas OPS. Atualmente, o cenário tecnológico vem tornando as organizações sujeitos complexos e, no relacionamento com os seus membros e com a sociedade, reconfiguram determinado contexto de interações com seu público (Cardoso, 2010; M. D. C. Lima & Abbud, 2015).

O verdadeiro valor dos sites de rede social, pensadas a relação operadora de saúde e promoção da saúde, deveria ser a sua capacidade de criar, bidireccionalmente, a comunicação interativa, contribuindo para o alcance dos objetivos por parte das organizações através da renúncia do controle sobre o conteúdo, o que não é o mesmo que não fazer uma boa moderação, quando se encaminham para uma abordagem mais participativa (Ramanadhan et al., 2013; Thackeray et al., 2013). Ao mesmo tempo, propicio às mudanças de panorama na saúde, nos casos das OPS's.

Bom lembrar que, além da assistência médica, a morbidade e problemas de saúde estão também ligados a biologia humana, o meio ambiente e o estilo de vida. Não só isso, no campo da prevenção, o Informe Lalonde já denunciava uma importante discussão sobre a saúde, quando se reafirma a questão dos limites do modelo biomédico. Na promoção da saúde, carece enfatizar os cuidados com a saúde, ao invés de se concentrar recursos e ações na assistência e cura de enfermidades, de modo que essa ênfase extrapole a assistência médico-curativa, resgatando a concepção da saúde como produção social e para além do campo da prevenção.

E enquanto há participação social, o empoderamento é central na consecução da promoção da saúde, pois supõe a tomada de decisão sobre aspectos relativos que implicação a saúde de si. Para isso é preciso ter como “referência o compromisso da promoção da saúde com a produção de sujeitos reflexivos autônomos e socialmente solidários, a viabilização deste compromisso passa pela criação de espaços e práticas democráticas no campo da saúde” (Martins et al., 2009, p. 689).

Fica evidenciado, nos resultados aqui apresentados, o aumento recente das propostas de promoção da saúde no setor suplementar, como no empenho de estabelecer canais como nas páginas dos sites de redes sociais. Isso tende representar importante impacto positivo na saúde dos beneficiários de planos de saúde. Entretanto, como mostrou Cohn, Santos, and Amarante (2011), mesmo com esse interesse, programas desenvolvidos pelo setor suplementar ainda são pouco conhecidos e analisados e estabelecido no antigo paradigma. O que, pode ser observado no modo utilizado por esse setor na promoção da saúde no Facebook.

No caso dessas operadoras, com já afirmam outros estudos, as ações de promoção da saúde podem ser consideradas como um conjunto heterogêneo de estratégias, ainda que de extrema importância na consolidação de políticas que visem a saúde da população. Mas essas estratégias

parecem responder à demanda de modernização e redução de custos por implementar uma nova lógica assistencial que se opera com outros profissionais e outras estratégias de cuidado. A proposta de incentivo aos programas de promoção também responde às expectativas do beneficiário, seja pela possibilidade de prevenção de doenças e melhoria da qualidade de vida, bem como pela obtenção de descontos e prêmios oferecidos pela operadora (K. L. Silva et al., 2015, p. 483).

Isso parece confirmar e repercutir os resultados aqui trazidos, pensando a aglutinação de postagens sobre poucos temas, que enfocavam a prevenção. Rodrigues, Lara Silva, and de Sena (2015) viram uma crescente incorporação de estratégias de promoção da saúde no setor de saúde suplementar brasileiro com interesse de investir em mudanças na oferta de serviços de saúde. E o complicador é que, nessas inovações, não se identificam evidências de transformações no campo conceitual e prático da promoção da saúde, prevalecendo nelas uma abordagem comportamentalista. Para os autores, isso se reflete na predominância de programas direcionados aos estilos de vida, com objetivo de prevenir agravos considerados onerosos, em detrimento da utilização do trabalho em rede, participação dos beneficiários nos processos decisórios, e intervenções relacionadas aos determinantes sociais.

Resultados parecidos foram encontrados por K. L. Silva et al. (2015), que pesquisaram programas de promoção da saúde no setor suplementar no Brasil. Eles vão ainda mais longe. Para os autores, de maneira geral, as ações, programas ou atividades produzidas no setor são denominados inapropriadamente como de promoção da saúde, já que não apresentam os princípios da produção do cuidado centrado na autonomia, na continuidade e na integralidade. Mas reiteram a importância desse conjunto de ações, mesmo com esses equívocos, já que tem potencial para melhorar a qualidade de vida dos beneficiários. Mas continua a promoção da saúde, sendo utilizada “como um componente da reestruturação produtiva que responde muito mais à racionalização de custos”, e não como “um potencial para a construção de um novo modelo de atenção” (K. L. Silva et al., 2015, p. 488).

Outro estudo, conduzido por Barbosa, Matos Celino, and Costa (2015), no tocante à implantação e funcionamento dos programas de saúde pelas operadoras, notaram uma visão reducionista de alguns usuários e incertezas entre os profissionais quanto a importância e modo de encarar a promoção da saúde. Observaram também que ações de prevenção de doenças se sobrepunham as ações de promoção da saúde, e em ações dirigidas a pessoas híidas eram mínimas, estando mais condicionadas às ações empresariais do que sobre o princípio da integralidade (Barbosa et al., 2015).

Ou seja, avanços têm acontecido, embora esses estudos tendam a mostrar que são necessárias maiores atenções para que se alcance o que o que é exigido pela ANS e do que é promulgado pela OMS como diretriz para a promoção da saúde. Além do que, é possível observar, com base nos resultados, que nas ações pouca ou nenhuma atenção é dada ao empoderamento e a aspectos mais profundamente relacionados à promoção da saúde, como os relativos aos seus outros princípios norteadores.

Já a importância do *Facebook* nessa participação é mostrada por pesquisas que a apresentam como ferramenta pedagógica importante, principalmente na promoção da colaboração no processo educativo e, ainda, que permite a construção crítica e reflexiva de informação e conhecimento (Juliani et al. 2012). Mas para isso, constitui-se condição *sine qua non* situar-se na sociedade onde estamos inseridos para análises de cenários e

contextos, cujas leituras são objeto de interpretações para se estabelecer diagnósticos situacionais. Eles, por sua vez,

constituem subsídios indispensáveis no processo do planejamento e da gestão estratégica da comunicação corporativa. Neste sentido, não adianta as organizações utilizarem simplesmente as poderosas armas das novas tecnologias da informação e da comunicação, por modismos, sem antes terem consciência das bases que irão justificar a escolha de determinadas mídias digitais (Kunsch, 2007, pp. 39-40).

Baldissera (2011, p. 118) tem em mente as ideias de Morin (2000, 2002), segundo o qual

a Comunicação Organizacional não se restringe ao âmbito do organizado, à fala autorizada, aos processos formais, à comunicação da e/ou na organização. Exige olhar para além das manifestações organizadas, aparentemente coerentes, de modo a atentar para, entre outras coisas: a dinamicidade organizacional; os processos que mantêm a organização distante do equilíbrio; o estado de incerteza e de permanente desorganização/(re)organização (tensões, disputas, perturbações); a necessária interdependência ecossistêmica (outros sistemas e subsistemas); e os processos recursivos.

Assim, persistem desafios para propiciar experiências formativas dialógicas nos processos de educação permanente e nos cenários de assistência à saúde, modo em que se pode produzir o compartilhamento de saberes relativos à promoção da saúde (Coriolano-Marinus, Queiroga, Ruiz-Moreno, & Lima, 2014). Não adianta falar de “empoderamento” ou do desenvolvimento de autonomia se essas pessoas têm sido posicionadas sem voz e sem iniciativa.

Sob a perspectiva da Análise do discurso, sem esse posicionamento, numa perspectiva vertical baseada em noções de objetividade desconsidera é que o bem-estar é sempre uma produção conjunta e relacional. Os conceitos de cuidado e promoção de saúde devem ser definidos interacional e dialogicamente (Riikonen, 1999). E a interação autoritária e o foco nas patologias tende a deixar de lado as competências potenciais dos usuários.

Coaduna-se a isso, a indicação de Baldissera (retomando suas supracitadas respostas ao questionário), ao apontar limitadores na potencialidade do *Facebook* para promoção da saúde

“que precisam ser superados para que, de fato, ele possa cumprir tal potencialidade. Não se trata do meio em si, mas dos usos que fazem dele, para quê, como e em que contextos. Nesse sentido, parece fundamental gerir os sentidos que aí circulam de modo a gerar convergência de significação, qualificação dos relacionamentos e da interação. Para que os vínculos sejam mais consistentes e, portanto, para que a fala da organização adentre o campo da credibilidade e, até, da legitimidade. Se estiver nesse campo, creio que sim, que o facebook pode ser um excelente meio.”

Além disso, pensando interatividade e relacionamento, com o que havia destacado esse autor, como

“fragilidades e riscos, não se pode esquecer que o fato de o meio ter esse potencial não significa, por si, que ele realmente se materialize. É preciso que a organização seja madura, tenha clareza de seu lugar na sociedade e seja legítima para melhor agir e interagir no facebook, de modo que isso se traduza em processos relacionais qualificados, respeito às gramáticas do meio, atenção às falas (incluindo as críticas) dos públicos e seu uso como processo que retroalimenta o sistema, qualificando-o. Caso o caminho seja outro, não creio que as redes estabelecidas possam ser consideradas efetivamente como interativas. Antes, poderão ser simples estratégias de modo a apenas produzir efeitos de interação com os públicos. Novamente, se essa condição de simples efeito de interação pode funcionar por um tempo, aos poucos os públicos/usuários tendem a perceber a real conformação e podem agir em pelo menos duas importantes direções: a) criticar a organização e suas práticas na própria rede e/ou em outras redes, desqualificando a organização; e b) simplesmente afastar-se da organização e buscar outra que melhor atenda suas necessidades.”

Para Baldissera, ainda assim, “os efeitos dessa rede podem ser muito positivos para os relacionamentos, porém, há um conjunto de fatores aos quais atentar para superar as limitações que advém desse mesmo meio”.

Sintetizando magistralmente o instante comunicacional e a necessidade de um olhar cuidadoso das instituições sobre ele, e que muito bem pode servir de aviso, afirmou Barros (2010): apesar de haver a possibilidade de o relacionamento mercadológico ocorrer fora do ambiente midiático, é nas mídias digitais que eles se consolidam em sua forma potencial.

CAPÍTULO VII – CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

As ferramentas digitais, como os sites de redes sociais, são uma realidade que, de formas diversas, tem um impacto significativo e incontestável na atualidade. Desde mudanças comportamentais a benefícios para diversas áreas, como na educação e na informação em saúde, elas se firmam como um dos mais importantes meios de disseminação e troca de conhecimento para a humanidade, redesenhando seu futuro.

Essas características e o modo de funcionamento dos SRS's têm levado muitas empresas a não medir esforços em criar e manter perfis de qualidade para colher benefícios gerados pela interatividade provocada pela sua dinâmica. De tal forma que, às vezes, constituem-se os mais importantes meios de divulgação de uma marca ou produto.

Pensando nisso, e para cumprir com sua parte no papel social que lhes é cabida, as OPS tem proporcionado aos seus usuários, e participantes de sua rede de contatos no *Facebook*, acesso há uma gama de mensagens de cunho educativo em saúde, como parte também do processo de promoção da saúde. Mas também, de olho no potencial econômico dessas redes interativas, investem na exposição de seus produtos, seja por mensagens de cunho educativo em saúde associada à marca da empresa ou a planos de saúde, seja por propagandas, abrindo nesses meios canais de venda indiretos.

A análise do cenário global, para esses casos, sugere que as OPS passaram a explorar os sites de redes sociais devido a essas potencialidades, mas, a despeito disso, há concordância que uma organização que inclui esse tipo de mídia como parte de sua estratégia de comunicação tem o potencial de aumentar o nível de diálogo com seus clientes, supondo assim um nível de relacionamento que se preste a isso, e que possa refletir em ganhos para a empresa. Assim, há que haver um equilíbrio, já que os avanços nos progressos tecnológicos não se fazem pensando somente a questão da comunicação em saúde. Eles remetem a diversas facetas da conjuntura da sociedade e da cultura. Mas, muitas vezes, essa apropriação se dá em demasia centrado na oportunidade de

aumento de vendas e de exposição da marca, excluindo ou colocando em segundo o plano todos os outros benefícios, o que tende a torna-la mais pobre.

Por isso, faz-se necessário que as organizações estejam atentas à necessidade de adoção de um modelo comunicacional mais efetivo e que esse seja sinérgico à interatividade latente nas mídias sociais, caracterizado pelo paradigma dialógico e de construção conjunta de conhecimentos, bem como, com parâmetros distintos e efetivos do que concerne à promoção da saúde.

Foi pensando nisso, e enquanto importância social na dinâmica da promoção da saúde, e no fator de espelhamento de suas práticas para o setor da prestação de serviço de saúde, por tratar-se das três maiores operadoras de saúde de Brasil, que a presente tese buscou pesquisar identificar como essas OPS brasileiras estabelecem suas estratégias de promoção da saúde, através de relacionamento e interatividade, no Facebook.

Para isso, realizou, como visto ao longo de todo esse trabalho, uma identificação e análise dos conteúdos gerados naquele site de redes sociais e as estratégias de comunicação ali estabelecidas. Pesquisou também o entorno teórico e discursivo que implicava o modo de interatividade e relacionamento para uma efetiva promoção da saúde, nos termos preconizados pelas agências nacionais e internacionais de saúde, centrado na noção de empoderamento. E, para agregar informações estratégicas das empresas, fez uma análise de SWOT e apresentou respostas de um especialista na área da comunicação organizacional.

Como resultado geral, pareceu que as informações aqui trazidas produziram um maior conhecimento na área da gestão da informação e de uso do Facebook para estratégias de promoção da saúde, na forma utilizada pelas operadoras. Ainda assim, cabe especificar a seguir, aqui nessas conclusões, e para melhor dimensionar a discussão sobre a promoção da saúde no Brasil e sua relação com as OPS, alguns aspectos relacionados ao alcance dos objetivos e a confirmação das hipóteses. Além disso, sugerir recomendações de atuação futura que medeiam o processo investigado, bem como linhas para futuras investigações aos pesquisadores da área.

7.1 Primeiro, segundo e terceiro objetivos: conteúdos e estratégias de comunicação para promoção da saúde

Os primeiros três objetivos investigados foram observar e mensurar os conteúdos gerados e compartilhados pelas maiores OPS brasileiras, bem como verificar as estratégias de comunicação por elas adotadas ao promoverem a saúde por meio do Facebook. Os três pareceram ter sido alcançados. Desse modo, foi possível perceber que as três empresas tiveram desempenhos diferentes na forma de apresentar os conteúdos, ainda que tenha surgido certa tendência geral em concentrar mensagens em temas sobre práticas de saúde preventivas. Uma maior semelhança coube a Amil e a Hapvida, quanto a certa distribuição temática de conteúdo ao longo do período estudado, mas com distinções em outros dois temas. Na questão da comunicação, pensada a disponibilidade de postagens e a condução da moderação, também foi possível observar que as três operadoras têm tendências distintas na qualidade da comunicação dos conteúdos, assim como no modo de dialogar com os usuários por meio de respostas aos comentários.

Um primeiro ponto nas diferenças entre as operadoras se deu com a Bradesco, que apresentou elevado número de postagens com objetivos de propaganda e venda e produtos, o que não ocorreu com tamanha frequência nas outras duas operadoras. Essa diferença, já discutida nos resultados, aliado a aparente tentativa de equalizar o espaço da página para expor cada um dos tipos de produtos do mix ofertado, tendeu a sobrepor outras categorias de conteúdos, retirando espaço também para postagens sobre a promoção da saúde, fazendo dessa empresa a com menor engajamento para isso.

A Hapvida foi a empresa com maior frequência de postagens de todas as categorias somadas. Entretanto, isso não trouxe, para ela, de forma proporcional, uma média maior de comentários por post, comparando-se com as outras operadoras, nem nas reações totais e nem em usuários atuantes. Quanto ao manejo da comunicação dos conteúdos nessa empresa, cabe ressaltar os possíveis benefícios de mesclar e associar mais temas numa única mensagem, além de uma linguagem pouco impositiva quanto ao engajamento nas orientações em saúde e a linguagem lúdica para comunicar a

mensagem. Isso a torna a empresa que mais proximamente esteve de uma comunicação assertiva e em proximidade com o conceito de comunicação em saúde para a promoção da saúde.

O modo de comunicação dessa empresa também permite indicar uma maneira qualitativa de pensar tais mensagens (e cabe adiantar, pode ser fonte de pesquisas futuras), já que a ludicidade e o aporte multifacetado da temática das mensagens apontam para uma das diretrizes da promoção da saúde, como parte de diferenciação entre ela e a prevenção, ao passo que orienta um estágio entre essas diferenciações na forma de apresentar os conteúdos. Os resultados aqui trazidos, quando confrontados com a bibliografia sobre o tema, sugerem que ambos, usuários e empresas, podem ser valer disso, com vantagens de exposição para a empresa e benefícios adicionais.

Os bons desempenhos também da Hapvida em mensagens onde eram apresentados temas específicos e raros, ou somente a iniciativa de apresenta-los, são também indicativos de uma boa condução na comunicação da promoção da saúde e demonstração da necessidade de se pensar conteúdos para ela que ajudem na popularização e amplificação de temáticas com pouca aparição nas diversas mídias existentes, mas que tem impacto na saúde, de forma global. No transcurso de uma efetiva promoção da saúde, além dos aspectos que a determinam, deve haver a compreensão de riqueza de assuntos e sentidos para experiências vividas, o que tende a ter um poder reflexivo que encaminha a criticidade.

Viu-se, nesse sentido, a falta de mensagens, nas três operadoras, até mesmo para temas conhecidos e importantes, com a qualidade do sono, para com cuidados a saúde em informação sobre doenças metabólicas, autoimunes, psiquiátricas, dentre outras. Sobraram esforços concentrados, pelas operadoras, em basicamente quatro ou cinco assuntos e temas.

A importância sinalizadora dessa ausência não parece ser unicamente que, para os mantenedores da página, não fossem importantes esses temas; ou que representem ausência de conhecimento do espectro que compõe os vários âmbitos da saúde e de sua

promoção e diversidade de assuntos possíveis sobre ela; ou ainda, somente o uso direcionado dessas práticas para que tivessem somente impacto nos gastos das operadoras. O assunto tende a tornar-se complexo, e essa ausência talvez sintetize isso, além de outros fatores. No fim, elas indicam, no mínimo, a necessidade de se repensar aspectos da comunicação travada pelas operadoras no Facebook, sem tal direcionamento do olhar sobre a saúde, quanto ao conteúdo das postagens.

Já sobre a Amil, essa empresa foi a que teve mais postagens na categoria promoção da saúde e a com menos postagens dispare e postagens para propaganda. Em termos brutos, a torna a mais focada em disponibilizar temas relativos à promoção da saúde. Contudo, como ocorreu na maioria dos casos, assim como para a Hapvida, havia concentração de posts nos temas sobre prática de exercício e em alimentação balanceada. Ainda que esses bons hábitos possam proporcionar ganhos em saúde, aspectos como qualidade de vida como lazer, vida familiar, etc., além de implicações sociais e políticas das práticas de saúde e sanitárias, parecerem negligenciados ou receberem menos atenção no compito geral. Isto é, o mesmo ocorreu para as três empresas, assim como falta de conteúdos que tivessem impacto na melhoria da saúde pública e/ou individual, direcionados ou não aos usuários da página no Facebook.

Esse aspecto em específico, num primeiro momento, tende a reforçar algo já notado, sobre a orientação das operadoras em usar a comunicação em saúde sobretudo para cuidados com a saúde em seu caráter preventivo e, portanto, parcial do que seja promoção da saúde. Essa tendência direcionada sugere confirmar, com base nos achados dos primeiros três objetivos, que há uma orientação à diminuição de gastos que dessas empresas.

Como se vê, isso releva a promoção em seu senso de globalidade de bem-estar e em gerar conhecimento que implique o sujeito nos fatores determinantes de sua saúde e na sua qualidade de vida, valores preconizados por outros autores e pela OMS para promoção da saúde. Assim, os resultados encontrados e o que foi dito acima, somado a concentração de temas restringindo a visão de saúde, permite dizer que não está configurada uma efetiva promoção da saúde na forma com que essas empresas vêm

utilizando o Facebook.

Esses resultados permitem, também responder positivamente à Hipótese 1, que o tipo de informação prevalente nos conteúdos de promoção da saúde, tipicamente compartilhados pelas operadoras estudadas através do *Facebook*, baseia-se em “informação em saúde”. Além disso, pode-se antever a resposta a Hipótese 2 de forma afirmativa, que a comunicação do tipo informativa é a que tem sido, predominantemente, adotada por essas empresas em suas estratégias de promoção da saúde através do *Facebook*.

7.1.1 Recomendações e sugestões

Como primeira recomendação para a atuação das empresas no *Facebook*, há a possibilidade de engajamento delas, num estágio intermediário de disponibilidade de mensagens rumo a promoção da saúde, onde haja um aumento de postagens de informação em saúde com um espelhamento na prática associativa de uso de mensagens híbridas – isto é, que remetam a algum importante aspecto da promoção da saúde, mas de caráter também mercadológico. Isso poderia ser mais usado, principalmente pela Bradesco, ao menos para dirimir a excessiva quantidade de *posts* em aspectos alheios e quase alheios a saúde, valorizando mais o espaço do Facebook para isso, e que ainda pudessem manter a oferta de seus produtos e exposição da marca – que parece ser importante para a comunicação organizacional dessa empresa. Os resultados, principalmente da Hapvida, mostram que um melhor manejo dos conteúdos dessas mensagens nesse sentido tendem a aumentar a participação desses usuários, proporcionando mais interatividade.

Outra recomendação é a popularização e amplificação de temáticas com pouca ou nenhuma aparição, mas que tenham impacto decisivo na saúde, de forma global, como a sexualidade, ou o acesso a bens culturais, os temas políticos ligados a saúde, os diversos grupos de doenças não contempladas, entre outros. Além disso, outra possibilidade seriam mais postagens sobre referências aos modos de tratamento das doenças com situações desencadeadoras delas, dado o aspecto dos determinantes e indicativos da

saúde no sujeito em relação ao seu ambiente, e não somente a prevenção, abrindo mais espaço para discussão e o empoderamento.

Outra recomendação seria tratar os conteúdos como mais ludicidade e de forma multifacetada da temática, que apontam para uma das diretrizes da promoção da saúde. Em mensagens desse tipo houve, em geral, maior engajamento dos usuários, tendendo também a maior interatividade e participação, sugerindo que não somente temáticas populares podem proporcionar isso. Ao mesmo tempo, esse maior engajamento e interatividade irá dar a empresa uma maior exposição na rede, refletindo em ganhos de diversos modos. De maneira geral, propicia uma discussão acadêmico-teórica que pode ser futuramente mais bem feita.

Por fim, é necessário um maior engajamento dos mantenedores das páginas, e por consequência do olhar sobre a saúde, que comportem uma visão ampla e que se atenham a utilizar o espaço para discussão dos determinantes da saúde. A dificuldade nesse sentido é patente, dado o caráter empresarial das operadoras. Entretanto, carece ser revista.

Como sugestão para pesquisas futuras, há que se verificar devidamente qual a relevância e importância da diferença significativa no número de *posts* totais entre as três operadoras. O assunto não pode ser devidamente tratado na presente tese, dado que essa análise era apenas parte de um dos objetivos, não implicando diretamente o todo.

Outra sugestão é pensar o espaço disponível no Facebook como orientado pela complexidade comunicacional, e nas intervenções em saúde, baseados em mensagens para mudança fatores comportamentais, que por fim precisam ser analisados quando se define a estratégia, a essência da mensagem e o meio de comunicação. Em seu bojo, esses fatores determinam se a mensagem estimulará ou não, a adoção de condutas almejadas. E no presente caso, como é possível perceber, pesquisar e propor redimensionamentos do uso da página para tal intento, atualizando a discussão sobre comunicação organizacional num universo mais restrito, isto é, para estratégias de promoção da saúde no *Facebook*.

7.2 Quarto objetivo: elementos do comportamento moderador e da interatividade

Passados em revistas os três primeiros, o quarto objetivo propôs identificar quais os elementos de comportamento moderador e participante que estimulariam e manteriam a interação nas estratégias de promoção da saúde das operadoras estudadas através do Facebook. Ainda que não tenha sido observado graus de interação acentuados entre usuários, nos termos propostos, e ainda que o relacionamento não possa ser inferido como determinante nessa interação, o objetivo parece parcialmente alcançado. São necessárias ressalvas quanto à inferência de uma relação direta entre o compartilhamento e troca mútua de qualidade como determinantes para estímulo e quantificação da interatividade em promoção da saúde. Como se viu, os comentários não permitiram observar uma rede estabelecida nesse sentido, nem ser possível afirmar uma relação direta entre conteúdo, caráter moderador e promoção da saúde pelo viés do compartilhamento e criação de conhecimento – isto é, no sentido do empoderamento. Em parte dessa impossibilidade pode ser devida, como visto acima, ao modo de selecionar e apresentar conteúdos pelas empresas.

O caráter de interatividade, entretanto, pode ser observado, se não por meio de troca entre usuários numa mesma postagem, por meio da participação intensa deles através de comentários automáticos ou semiestruturados, de forma que se pode inferir uma participação ativa nas postagens de promoção da saúde, além de ser possível perceber uma preferência desses usuários por tipos de reações imediatas, que requerem um *click*, e podem ser acionadas mais facilmente sem maior engajamento.

Entretanto, devem ser ressaltados elementos do comportamento moderador que parecem afetar a interatividade e participação. Uma delas é a fraca moderação para comentários não-pertinentes, que afeta a fluidez da participação de usuários interessados nos comentários. Um caso particular é a moderação para comentários de queixas e reclamações, em que todas as três empresas a fazem por réplicas automáticas, com textos estruturados. Observe-se que isso tende a resultar numa possível maior dificuldade de entendimento do uso do espaço pelos usuário, reforçando o mal uso. Além dos que, nem respostas automáticas são dadas aos comentários de auto-

promoção, onde não há nenhuma moderação. Isso sugere uma convivência dos mantenedores das páginas, e que pode ter por trás interesses econômicos para aumento de vendas de produtos, ainda que seja desinteressante para o funcionamento das páginas, para fluxo de informação voltado para a promoção da saúde e para repercussão das postagens originais.

Nesse sentido, os resultados da análise do discurso, focados na tipologia dos comentários pertinentes, permitiu observar questões relativas a moderação, algumas pontuais e relativas a uma determinada operadora, outras de caráter mais geral e que serve, além das três operadoras estudadas, para as demais que trabalham no Brasil.

Pode-se ver que por meio, primeiramente, da página da Amil, e ainda que por comentários pouco elaborados ou automáticos, que os comentários pertinentes pontuais podem ter importante papel no aspecto de uso do espaço para promoção da saúde, pois, adicionando uma boa moderação (que podem também ser parcialmente elaborados), podem influenciar positivamente outros usuários a participarem com comentários pertinentes, abandonando o mau uso do espaço. Isso se assemelha a um efeito cascata, tanto para reclamação como para a promoção da saúde.

Com a Bradesco foi possível observar que conteúdos emotivos e chamativos tendem a deflagrar comentários pertinentes e maior interatividade. Tal fato deveria ser melhor aproveitado, em sentido temporário, como estagio para o bom uso do espaço, sem que se perca de vista o aspecto global da promoção da saúde como meta.

Outro dado encontrado de importância foi quanto aos usos distintos no tipo de linguagem nas mensagens e na moderação como fomentador de interatividade, colocando, quanto a esse uso, a Bradesco num nível intermediário entre a Amil e a Hapvida. Esta última essa potencializou a informalidade no uso próprio da linguagem, bem como na utilização de *emoticons* e expressões de linguagem mais usuais, resultando em aumento na interatividade, obtendo mais participações de qualidade que as outras operadoras. A linguagem desse tipo tendeu a ser menos utilizada pela Amil, como visto, a permear a informalidade. De modo geral, nesses casos, parece haver uma

duplicidade entre empresa e usuário no uso da linguagem, indicando cumplicidade no seu uso tipológico, isto é, a forma com que a operadora modera tende a repercutir e determinar no linguajar e como os usuários comentam.

Por outro lado, muitos casos de participação dos usuários não devem ser visto com modos de interatividade direcionada a promoção da saúde, quanto lançado mão somente de *emoticons*. Mas talvez devessem ser redimensionados comentários do tipo automático e informal que referenciam a pessoa ler a mensagem original. Se tratada como exemplo de interatividade, talvez aqui pudesse caber algum tipo de estratégia de réplica da operadora, para alavancar o relacionamento. Essa característica de tipos de comentários, marcante na Hapvida, pouco ou nada se vê nas outras operadoras, talvez resultado da dinamicidade que a página daquela cria, referenciando os usuários a fazer o mesmo que os moderadores, como no modo de cumplicidade especificado no parágrafo anterior.

Assim, encaminhada a apresentação da conclusão até agora, podem ser respondida a Hipótese 3, de que o Facebook, por meio de seu caráter interativo e relacional, permite que as OPS brasileiras propaguem as suas estratégias de promoção da saúde. Dado o fraco engajamento na promoção da saúde, junto com dificuldades inerentes a plataforma quando se pensa o comportamento moderador e a interatividade para isso, pode-se dizer que a essa hipótese não pode ser comprovada, devendo ou as operadoras melhor se adequar para utilizarem mais plenamente a plataforma, ou se adequar-se de modo diverso e novo do que vem fazendo, se seu objetivo for a promoção da saúde nessa ferramenta digital.

7.2.1 Recomendações e sugestões

Apesar de serem feitas algumas tentativas de moderação para mensagens não pertinentes que interferem no fluxo comunicacional, os administradores precisam pensar canais ou modos que contribuam ao fluxo. Quanto a isso, durante a análise do discurso foi possível observar algo que não estava inicialmente nos objetivos da presente pesquisa: o modo e forma de utilização das páginas pelo usuário. Ou seja, a capacidade

do usuário entender e direcionar seus esforços pra correta utilização desse espaço, entendendo-o não como espaço pra motivos outros (existem canais para isso, como sempre indicam os moderadores), mas entender tal lugar, sobretudo como de informação e de promoção da saúde, e para tanto com assuntos afins a esses temas.

É possível aventar aspectos da promoção da saúde nos conteúdos das mensagens que impliquem a educação de utilização, e que ajudem no bom aproveitamento das funcionalidades das páginas. Do mesmo modo, pensar modos de entrecruzamento entre o aspecto moderador que orientem quanto a falta de noção de uso, de forma mais explícita, com estimulem a interatividade.

Quanto a implicação negativa dos comentários não-pertinente, devem ser observadas mais atentamente aqueles que tendem a estimular outros do mesmo tipo, numa tendência de atitude em série, que desvirtua os objetivos iniciais da temática das postagens. Nesse sentido também seria importante perguntar sobre o tipo de política que os administradores da página adotam quanto a isso. Uma boa indicação seria moderar mensagens de autopromoção com explicação sobre o objetivo real do espaço. Uma melhor moderação poderia evitar que, com em vemos muitas mensagens de promoção da saúde, os comentários pertinentes fossem interrompidos. Ou que não aconteça, até mesmo, *posts* originais sobre promoção da saúde onde haja somente comentários de autopromoção.

Há ainda o projeto Hapvida1+k, sempre deflagrador de mensagens pertinentes, mostrando-se muito forte em participação dos usuários. Essa força sugere importância de foco em processos de comunicação pela moderação em que se estimulem prática de exercícios (e em outros aspectos da promoção da saúde que não se restrinja a essa), não de forma conceitual, mas com o engajamento da empresa de forma real, dando a impressão de que ela participa efetivamente da promoção da saúde. Algo como, não só “falamos” o que se deve fazer, mas “fazemos” o que falamos. Um modo para isso, diferente de projetos externos, como os foram os disponíveis, seria a disponibilização de postagens sobre os projetos internos da operadora de saúde, que tenham por foco a promoção da saúde de seus funcionários.

7.3 Quinto objetivo: engajamento na promoção da saúde através da comunicação e da construção de relacionamentos

O quinto objetivo tentou equacionar os quatro primeiros, avaliando a contraparte da operadora, isto é, seu engajamento no processo de promoção da saúde pela construção de relacionamento, pelo compartilhamento de informação e pela comunicação estabelecida.

Vê-se por isso, e pelo que o foi dito até agora nessa conclusão, que os objetivos anteriores se somam para dar uma resposta a esse quinto. Assim, conclui-se que há um fraco engajamento voltado para promoção da saúde, tomados seus elementos norteadores: a comunicação e o relacionamento. E das três empresas, foi possível observar a Bradesco como a que mais fraco comportamento moderador teve, deixando de responder a comentários, o que possivelmente resultou como a de mais comentários não-pertinentes, indicando também menor relacionamento nas postagens sobre promoção da saúde.

Por outro lado, a ludicidade e dinamicidade nas postagens da Hapvida, aliado a boa participação aí conseguida, fazem sugeri-la como de melhor engajamento. A essa participação, entretanto, devem ser remetidos os aspectos moderadores de construção de conhecimento em rede talvez em nível de menor força, não exatamente focado num nível de interatividade do tipo troca e partilha de experiências, ou por compartilhamento. Isso determina, por sua vez, pouco relacionamento efetivo nos termos propostos nos objetivos iniciais. Mesmo que a informalidade na linguagem sugira um aporte diferenciado no relacionamento dessa empresa, tanto ela, quanto as outras, precisam ainda avançar no engajamento moderador, o que orienta colocar a Amil num caráter intermediário na avaliação desse engajamento, entre a Bradesco e a Hapvida.

Uma característica peculiar da página da Hapvida, que deve ser destacada, é a solução encontrada pelos administradores para moderar os comentários dos usuários com respostas automáticas que usam somente *emoticons*. Ainda que aparentemente

incidental, já que não se pode inferir que há alguma intenção nisso por meio do que foi aqui pesquisado, essa moderação orienta o olhar para um maior engajamento, o que não é visto nem na Amil, nem na Bradesco. No que se pode afirmar, além de ser uma característica da linguagem utilizada, parte parece também devido ao fato dos mantenedores da página ter que lidar com um grande número de comentários, bem maior que as outras operadoras, e dessa forma se adequam para dar cabo de respondê-los. Isto por sua vez sugere também um interesse da operadora em não deixar comentários sem respostas, reforçando seu caráter moderador e de relacionamento.

Pensando valores brutos, a Hapvida foi a empresa que mais comentários elaborados teve e reforça o que foi dito acima, de ser essa empresa que dispõe conteúdos mais diferenciado orientados a essa interatividade. Mas também sugere que os modos de engajamento na moderação dessa empresa podem determinar esses números, cabendo a possibilidade de que se estude isso mais bem futuramente.

Dessa forma, dentro dos limites impostos pela dinâmica das páginas do Facebook, aliado a tentativas, em grande parte pontuais de moderação, conjuntamente com a interação mais centrada numa participação unidirecional, pode-se responder à Hipótese 4 com parcialmente certa, ao se observar se as operadoras estudadas têm adotado o Facebook mais como via de compartilhamento de informação e para promoção de seus produtos do que para a construção de relacionamentos e efetiva promoção da saúde.

Como se viu nas análises dos primeiros objetivos e às respostas às hipóteses ali tratadas, o modo da comunicação e da disponibilização de conteúdos ainda remete a um nível de informação à saúde e de caráter ainda bilateral, entre empresa e usuários, sem uma reorientação para um público mais amplo, observados os desvios gerados por participações automáticas e de compartilhamento, que a hipótese inicial não comportava e que precisa ser mais bem estudado. Ao mesmo tempo, isso tende a ter impacto na qualidade da interatividade e da construção de relacionamentos, afetados pelo tipo limitado de caráter moderador. Somados os apontamentos, o engajamento moderador parece pouco direcionado, restrito a manutenção da página, com algumas exceções já notadas, para construção de relacionamentos e para promoção da saúde. Partes desses

apontamentos serão ainda retomados quando forem apresentadas a conclusões sobre as duas últimas hipóteses, mais a seguir.

7.3.1 Recomendações e sugestões

A moderação de mensagens pertinente com *emoticons* tiveram um grande engajamento dos usuários a partir desse modo de fazer réplicas, estimulando a participação. Ainda assim, os resultados positivos nessa atitude fazem pensar na melhora da qualidade dessa moderação. Ou seja, no caso da Hapvida, que disponibiliza uma média de dois posts por dia, a moderação deve ser mais bem avaliada, já que o uso de respostas automáticas pode ser devido à dificuldade de moderação nos casos de grande atividade dos usuários. Por isso, sem tirar os méritos da solução encontrada, importa que os administradores se perguntem se conseguem também moderar tantas participações de forma elaborada. Esse questionamento pode fazer com que melhorem seu relacionamento com os usuários, talvez diminuindo o número de postagens originais para que isso ocorra.

Ao mesmo tempo, o valor positivo da característica distinta de moderação por *emoticons* pode ser fonte futura de pesquisa, como possibilidade de melhora no engajamento para promoção da saúde, pensando essa característica por seu viés comunicacional mais atual, de uma linguagem mais dinâmica.

Voltando o olhar para análise no discurso, tal como anteparo para observar a propriedade da comunicação em ser reflexiva, dialógica e propiciadora de interatividade, recomenda-se algum grau de engajamento da operadora em moderações de mais qualidade – que não só no conteúdo. Haja vista que, tomadas nesse sentido, um dos desdobramentos das questões estudadas é de que a comunicação pode ser um *locus* propiciador de empoderamento, tratados os sujeitos que dela participam como autônomos no processo e na participação da rede de conhecimento gerada no Facebook para a promoção da saúde.

Esse engajamento tende a abranger um maior público, ao mesmo tempo em que amplifica sua mensagem. Com isso, a moderação pode-se valer para construir relações novas, a um tempo em que matem as já estabelecidas, com mais qualidade.

7.4 Sexto objetivo: impacto das atividades de promoção da saúde

O sexto e último objetivo a ser passado em revista foi o de avaliar o impacto das atividades de promoção da saúde, realizadas através do Facebook, pelas operadoras estudadas. Mais especificadamente, avaliar como tudo o que vem sendo feito nessa plataforma interativa, por essas empresas, para comunicação e para promoção da saúde, reflete no quadro geral da saúde do Brasil. Sob um ponto de vista social, é difícil precisar diretamente qual impacto disso, ainda que se possam citar alguns fatores, num quadro geral mais amplo.

Sob o ponto de vista teórico, com base nos resultados, esse impacto tende a ser cambiante. Por um lado, as atividades tendem a surtir efeito, ao menos na informação em saúde, com melhorais pontuais na qualidade de vida das pessoas que mantem contato com a página das operadoras. Por exemplo, para a conscientização de uma mudança no estilo de vida, como pela prática de exercícios físicos ou como com uma alimentação saudável (para usar os temas mais recorrentes, poderiam ser outros) que trazem benefícios aos praticantes. Mas, pensada a promoção da saúde em suas diretrizes gerais, pode-se dizer que essas operadoras ainda estão atuando no campo da prevenção, e assim com impacto social restrito no contexto da saúde no Brasil.

Ou seja, isso se reflete na qualidade das postagens que se focaram em poucos temas, reduzindo a abrangência possível, quando pensadas a promoção da saúde em seu sentido amplo, e perpassando a conscientização da população – e que se note, sem garantia disso – mas que tendem a cumprir um primeiro estágio no sentido da promoção da saúde, isto é, seu o papel informativo.

Sob o ponto de vista da moderação e construção de relacionamentos, vemos o caráter também aparentemente restrito que a participação dos usuários tem na construção de

relacionamentos, o que faz deduzir um uso diminuído do poder do Facebook, e também restrito para que isso tenha importância para o sistema de saúde do Brasil. Para ações pontuais, o cenário precisa ser modificado. Para um cenário mais amplo, o papel das operadoras, nesse sentido, é incerto, quanto ao fator motivacional que precisam para mudança.

Um dos pontos que propiciam essa dedução aparece na análise dos comentários dos posts, por meio do modo como a rede estabelecida entre usuários e operadoras se deu. Ainda que exista algum grau de interação a partir do relacionamento entre usuários e moderação, a bipolaridade da relação entre eles reduz o impacto das informações em saúde, ao passo que restringe a dinâmica em rede.

Por responsabilidade das empresas ou não, isso sugere uma forma comunicacional que ainda se mantém num nível do paradigma antigo, assim como o modo que apreendem as mensagens e o modo dos usuários de aproveitamento do espaço. Num primeiro plano, deduz-se que as funcionalidades das páginas do Facebook, aliados ao conteúdo direcionado das mensagens, não estimulam mensagens de partilha e troca, de qualidade. Disso decorre a não abertura do espaço para o diálogo entre os usuários naqueles posts, ao menos para questões sobre promoção da saúde, o que não garante implicação no campo da saúde.

Em outro plano, há o caráter positivo que se deve levado em conta na informação em saúde: da interatividade dos compartilhamentos, bem como dos comentários e toda sorte de reação, visto que permitem que o conteúdo original apareça na página do usuário, fazendo com que outras pessoas de seu círculo de amizade também a veja.

Mas pensando o grau de qualidade de relação entre os usuários da rede, vemos um fraco estabelecimento de contato. Isto é, o grau de interatividade é maior no redirecionamento espontâneo, como em compartilhamentos e *reactions/likes*, com possível menor grau de engajamento de qualidade. Ainda que respostas desse tipo tendam a mostrar um grau de interesse no conteúdo, e conseqüente impacto na vida das pessoas, entretanto são feitas de modos automáticos, não conferindo o grau de qualidade que a presente

pesquisa buscava.

Desse modo, os dados da rede estabelecida sugerem, em princípio, que a hipótese de moderação e interatividade não pode ser comprovada, já que não é possível ver o engajamento dos usuários e a partir da questão moderadora dos comentários, levando a crer que não há aí os princípios do empoderamento e participação social. Ou seja, não se percebe elementos de comportamento moderador e participante que estimulem propriamente a interação nas estratégias de promoção da saúde como estabelecidos por trocas entre os usuários, sugerindo o estabelecimento de laços de relacionamentos mais fracos. Note-se que o mesmo, em termos de relacionamento, não pode se dizer entre operadora e usuários. Note-se também que, assim, o impacto das práticas no Facebook, por isso, se reduz.

E se o que se pretendia valorizar era a ação cooperada e dialógica, a pesquisa mostrou que a combinação de sites ricos em informações e ferramentas para o debate entre os participantes pode motivar ambientes férteis para a construção do conhecimento através da interação, por meio de ampliação do espaço de debate e participação dos usuários, junto com uma mudança de postura para uma moderação ativa e dialógica. Ao mesmo tempo, tal afirmação é feita sabendo-se da complexidade do tema, quando pensadas essa mudança de postura pela dependência desses mantenedores com a empresa original ao qual respondem, para que haja mudança também da postura das operadoras. O que, novamente, retoma a problemática sobre caráter prescritivo e curativo que o sistema de saúde privado trabalha.

São precisas formas de pensamentos críticos quanto ao papel dos diversos atores no panorama da saúde. Esses espaços podem ser propiciados de discussão para isso, que ampliem e reforcem o entendimento dos determinantes da saúde para a construção de políticas de saúde consistentes, que por sua vez mobilize e reforce a ação da comunidade na afirmação de seus direitos. Sem isso, não há promoção da saúde. O que é capital nesse sentido, na presente tese, é o papel que as operadoras podem aí desempenhar, mas para o qual não parece haver desejo.

Para isso, há a necessidade de se pensar estratégias de enfrentamento na relação capital x benefícios sociais, nesse embate que determina o foco das operadoras em detrimento do lucro, como meios termos, no entrecruzamento de lucro e benefícios x promoção da saúde. Vê-se que a tarefa não é pequena, talvez intransponível no momento. Mas são necessárias ações que possibilitem saídas, sem o que se quer é um uso bem mais produtivo do Facebook para promoção em saúde, ou essa promoção em si.

Uma sugestão é a gestão da comunicação em que indivíduo esteja em evidência, valorizando o seu potencial criador e considerando a subjetividade e a afetividade em uma perspectiva dialógica, sob uma comunicação mais estratégica, na promoção da saúde. E uma promoção da saúde efetiva, para todos e por todos. Isso pode gerar fatos e criar contextos de interesse e não apenas para que as empresas atuem com função meramente informativa, e portando, não dialógica. O diálogo supõe um pensamento conjunto e compartilhado promovendo, através da “união das falas”, potencializados pelo *plus* computacional derivado do processo de interatividade. Esse parece ser o elemento fundamental do paradigma relacional, que se confirma na formação de redes, com experiências de reflexão conjunta, geração de ideias, educação mútua e produção compartilhada de significados.

Ao mesmo tempo, dialógico deve supor empatia. A comunicação em saúde precisa transitar entre o comunicar algo sobre promoção da saúde, ao passo que supõe um “outro” na sua mensagem. Busca incluir “o senso comum” na sua mensagem, não pressupondo algo menor ou ruim dele, mas observando-se no lugar do outro, de como ele interage com a mensagem. Ao mesmo tempo, o dialógico deve supor um quadro amplo em que os nós da rede se configurem como pontos de mesma envergadura, sendo o “emissor” – que agora não é mais emissor, pois se perde na rede – apenas mais um ponto interativo.

Aceita uma acepção mais ampla para a comunicação em saúde, que comporte a dimensão dialógica da linguagem e que comporte uma relação de troca de ideias ou mensagens que efetivamente façam avançar a consciência coletiva sobre as questões de saúde e doença, estará fundamentada uma mudança paralela de crenças, que

desemboque numa exigência institucional de mudança da visão sobre saúde, para além da prescrição e prevenção. Por isso o compartilhamento de saberes supõe a compreensão e entendimento dos vários interlocutores envolvidos no ato comunicativo, enquanto referente, mas também, no campo de atuação política – o que retoma o papel ativo do sujeito, quando consciente disso, referendando a mudança de postura dos usuários que perceba conteúdos efetivos de promoção da saúde, e desse de fato participe na disseminação de conhecimento. Por isso o olhar para o empoderamento, sem o qual não haverá promoção da saúde.

O dialogismo comunicacional evita a posição de suposto saber e, enquanto supõe o empoderamento, superando o paradigma clássico de emissão, dá-se voz ao outro para que participe da construção da realidade social. A saúde é um bem de um e de todos. Do contrário, pressupõe aspectos em que o outro determina o que, de saída, é produzido enquanto ato comunicacional pela operadora. Contando que o conhecimento hoje nas mídias sociais é em grande parte construído em rede, partindo de uma visão mais ampla da comunicação em saúde e do tratamento das postagens, deve ocorrer um processo “rizomático” e transformado, que pode não ter sido presumido inicialmente, menos pelo que propunha a OPS mas mais pela dinâmica de interação dialógica ou de influências mútuas nos sites de redes sociais, gerando um conteúdo inédito. O outro, então, tem autonomia, ao menos no que toca a possibilidade e capacidade de tratar a comunicação sobre saúde que é acessada e manipulada, pois é parte do processo. Isto é, e novamente, compreende o empoderamento.

De tal forma, que se pode responder as duas últimas Hipóteses (5 e 6) das seis aventadas: que as estratégias de promoção da saúde adotadas pelas maiores OPS brasileiras, através do Facebook, **não** têm sido direcionadas ao público em geral; do mesmo modo, assume-se, com base nos achado, que essas operadoras podem conquistar novos públicos-estratégicos e aumentar a resposta às informações compartilhadas se adotarem uma estratégia comunicativa que aproveite as potencialidades do Facebook, cabendo para isso uma mudança de postura e atuação sobre o olhar para a promoção da saúde.

7.4.1 Recomendações, sugestões e limitações

Uma discussão que precisa ser feita é sobre o tipo de comunicação específica estabelecida na internet, quando se pensa a interatividade e o relacionamento em sites de redes sociais, para casos de formação de redes específicas para a promoção da saúde. Talvez pensando por este ponto de vista, possa-se pensar o Facebook como um espaço catalizador dessa participação, se criados canais e ambientes para isso especificadamente, além de se disponibilizar conteúdos que impliquem mais ativamente a participação dos usuários na produção de conhecimento. Nesse sentido, talvez caibam a criação de páginas específicas para comunicação em saúde, com outros conteúdos disponibilizados em outras páginas.

Se os desdobramentos da hipótese inicial que propunham pensar uma rede de construção de conhecimento em saúde no Facebook devem ser redimensionados, quando observada a interatividade entre usuários, ao mesmo tempo aparece, nesse desdobramento, a sugestão para uma moderação específica para promoção da saúde e a participação dos usuários nesse processo. Um modo seriam fugir a impessoalidade gerada nos comentários, trazendo um caráter mais pessoal, que, como se viu, é caracterizada por relações interdependentes e processos de negociação, em que cada interagente participa da construção inventiva e cooperada da relação, afetando-se mutuamente. O passo seguinte é a criação de redes sociais específicas para promoção da saúde, com partes interessadas no processo.

Por fim, é bom que se diga que, das metodologias aqui utilizadas, a Análise do conteúdo, a Análise do discurso e a Análise de redes sociais mereceria, cada uma, uma tese particular, o que representa parte da limitação da presente tese. Mas é, também, uma característica positiva, pois permitiu ampliar a visão sobre os objetivos, fazer um recorte específico de pontos a serem observados nos resultados e em aumentar o potencial de discussão estabelecida ao longo do trabalho. Uma pesquisa poderia ser feita trazendo os aspectos da ARS aqui discutidos, aprofundando a análise dos gráficos, o que renderia achados bem mais robustos para essa metodologia, do que os encontrados aqui.

Do mesmo modo, poderiam ter sido extremamente frutíferos os contrapontos que as operadoras talvez dessem à discussão, e para refinamento dessas conclusões, se fossem obtidas algumas respostas aos questionários a elas enviados, ainda que tenha sido obtido corpo ao trabalho a participação do especialista em comunicação organizacional. Pesquisas futuras, que possam se interessar em aprofundar os dados aqui trazidos, talvez devessem melhor adequar as questões que por ventura enviem às OPS, buscando enfocar menos aspectos estratégicos das empresas já que, ao que parece, deve ter sido o grande fator dificultador na obtenção da participação das operadoras na pesquisa.

Nesse sentido, há que se ressaltar, e a despeito de outras possíveis falhas, há algo positivo na presente pesquisa. Isto é, que as categorias e subcategorias permitiram estabelecer parâmetros para se compreender as estratégias de promoção da saúde, e se havia uma adequação à visão mais ampla do conceito, testando-as em contraste com as hipóteses.

Mas o principal talvez tenha sido a dificuldade de se precisar os benefícios e impactos, sob um ponto de vista social, do que tem sido disponibilizado no Facebook visando a promoção da saúde. E, ainda, estabelecer um parâmetro que possibilitasse melhor avaliar o grau de interatividade no redirecionamento, respostas e ações espontâneas e automáticas, que não conferindo um grau de qualidade a eles, mas também que a presente pesquisa não buscava.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, K. C. K. (2009). História e usos da Internet. *BOCC. Biblioteca On-line de Ciências da Comunicação, 2009*, 01-09.
- Abreu, S. G. d. (2003). Programa rede social: questões de intervenção em rede secundária. *Interações, 3*(5).
- Alciole, G. G. (2006). *A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado*. São Paulo: Hucitec.
- Almeida, J. M. F. d. (2005). Breve história da Internet.
- Andrade, G. R., & Vaitsman, J. (2002). Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva, 7*(4), 925-934.
- Andreazzi, M. d. F. S. (2004). Mercado de Saúde Suplementar: amplitudes e limites na arena da regulação. *Regulação e Saúde, 3*(Tomo 1).
- ANS, A. N. d. S., & OPAS, O. P.-A. d. S. (2012). *Laboratório de Inovação na Saúde Suplementar*. Brasília: Ministério da Saúde.
- ANS, A. N. d. S. S. B. (2007). Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar: manual técnico / Agência Nacional de Saúde Suplementar.
- Araújo, I. S., & Cardoso, J. M. (2007). *Comunicação e saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Araujo, T. C. C. F. d. (2009). Comunicação em saúde: contribuições do enfoque observacional para pesquisa e atuação. *Arquivos Brasileiros de Psicologia, 61*(2).
- Azevedo, M., & Silva, P. (2010). As Redes Sociais e os novos hábitos culturais dos consumidores na comunicação mercadológica do século XXI. *Revista Electrónica Temática*(6).
- Bahia, L. (1999). *Mudanças e padrões das relações público-privado: seguros e planos de saúde no Brasil*. (Doutor em Saúde Pública), Fundação Oswaldo Cruz.
- Bahia, L. (2001). Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva, 6*(2), 329-339.
- Baldissera, R. (2008). Por uma compreensão da comunicação organizacional. In C. M. A. Scroferneker (Ed.), *O diálogo possível: comunicação organizacional e paradigma da complexidade*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Baldissera, R. (2010). A complexidade dos processos comunicacionais e interação nas organizações. In M. O. Marchiori (Ed.), *Faces da cultura e da comunicação organizacional*. São Caetano do Sul: Difusão Editora.

- Baldissera, R. (2011). Comunicação Organizacional na perspectiva da complexidade. *Revista Organicom*, 6(10/11).
- Balzan, M. V. (2003). ENTIDADES DE DIREITO PÚBLICO QUE OPERAM PLANOS DE SAÚDE.
- Barbosa, M. L., Matos Celino, S. D., & Costa, G. M. C. (2015). Promoção da saúde e prevenção de doenças no sistema suplementar: a realidade de uma operadora de plano de saúde. *Espaço para a Saúde*, 16(2), 58-68.
- Barcelos, M., & Araújo, R. (2008). A diversificação das mediações sociais na internet e a emergência de informações culturais variadas: outros jornalismo. In J. E. de & M. Salomão (Eds.), *Interações Plurais: A Comunicação e o Contemporâneo*. São Paulo: Annablume.
- Barros, A. C. P. d. (2010). Relacionamento Mercadológico nas Mídias Interativas Digitais: Inovações na comunicação transmidiática entre empresas e consumidores. *Revista de pós graduação em comunicação da PPGC-UFPB*(3).
- Bertolozzi, M. R., & Greco, R. M. (1996). As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. *Rev Esc Enferm USP*, 30(3), 380-398.
- Borgatti, S. P., Mehra, A., Brass, D. J., & Labianca, G. (2009). Network analysis in the social sciences. *science*, 323(5916), 892-895.
- Boyd, D., & Ellison, N. B. (2007). Social network sites: Definition, history, and scholarship. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 13(1).
- Braga, J. C. S., & Paula, S. G. (1981). *Saúde e Previdência: estudos de política social*. São Paulo: CEBES - HUCITEC.
- BRASIL. (2006). Portaria 2.528, de 19 de outubro de 2006 (2006). Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: [<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>]. Acessado em: 16 de fevereiro de 2017].
- Brasil, & CONASS, C. N. d. S. d. S.-. (2007b). *Saúde Suplementar / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Brasília CONASS.
- BRASIL, C. (2007a). Atenção Primária. –*Seminário do CONASS para construção de Consensos, CONASS Documenta*, 2(Conselho Nacional de Secretários de Saúde).
- Bronsztein, K. M. P., & Barros, A. C. P. (2013). Comunicação mercadológica na contemporaneidade: a construção de diferentes interações entre empresas e consumidores na Web. *Intexto*(28), 150-169.

- Burke, P., & Briggs, A. (2004). *Uma história social da mídia: de Gutenberg à Internet*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Burlandy, L. (2007). Transferência condicionada de renda e segurança alimentar e nutricional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(6), 1441-1451.
- Buss, P. M. (1999). Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. *Cadernos de saúde pública*, 15, S177-S185.
- Buss, P. M., & Carvalho, A. I. d. (2009). Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). *Ciênc Saúde Coletiva*, 14(6), 2305-2316.
- Buss, P. M., Czeresnia, D., & Freitas, C. (2003). Uma introdução ao conceito de promoção da saúde *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências* (Vol. 2, pp. 19-42). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Buss, P. M., & Ferreira, J. R. (2001). Atenção primária e promoção da saúde. *BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Promoção da Saúde. Brasília, DF: MS*, 7-14.
- Bydlowski, C. R., Westphal, M. F., & Pereira, I. M. T. B. (2004). Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não! *Saúde e Sociedade*, 13(1), 14-24.
- Cachia, R., Compañó, R., & Da Costa, O. (2007). Grasping the potential of online social networks for foresight. *Technological Forecasting and Social Change*, 74(8), 1179-1203.
- Campos, E., Borges, H., Gontijo, M., Oliveira, P., Chaves, S., & Gomes, C. (2008). *Desenvolver a saúde: modelo cuidador da Federação das Unimeds de Minas Gerais*. Belo Horizonte: Federação Interfederativa das Cooperativas de Trabalho Médico de Minas Gerais.
- Campos, G. W., Barros, R. B. d., & Castro, A. M. d. (2004). Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*, 9(3), 745-749.
- Campos, G. W. d. S. (2007). O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 1(1), 1865-1874.
- Candeias, N. M. F. (1997). Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Revista de Saúde Pública*, 31(2), 209-213.
- Cardoso, G. (2010). Da comunicação em massa à comunicação em rede: modelos comunicacionais e a sociedade de informação. In G. Cardoso (Ed.), *Mutações do visível: da comunicação em massa à comunicação em rede*. (pp. 23-52). Rio de Janeiro: Pão e Rosas.

CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO–Intercom–NP Relações Públicas e Comunicação Organizacional. Anais em CD. Salvador/BA, setembro.

- Czeresnia, D. (1999). The concept of health and the difference between prevention and promotion. *Cadernos de saúde pública*, 15(4), 701-709.
- DE OTTAWA, A. C. (1986). *A Promoção da Saúde*.
- Deetz, S. (2001). Conceptual foundations. In F. M. JABLIN & L. L. PUTNAM (Eds.), *The new handbook of organizational communication: Advances in theory, research, and methods* (pp. 3-46). Thousand Oaks: Sage.
- Degenne, A., & Forsé, M. (1999). *Introducing social networks*. Londres: Sage.
- Demartini, M. (2015). Facebook, WhatsApp e Instagram estão dominando o mundo. *Exame*.
- Dias, C., & Couto, O. F. d. (2011). As redes sociais na divulgação e formação do sujeito do conhecimento: compartilhamento e produção através da circulação de ideias. *Linguagem em (Dis)curso*, 11(3), 631-648.
- Dias, S. R. (2003). Análise de mercado. *Sérgio Roberto Dias, Gestão de Marketing*. São Paulo: Saraiva.
- Draper, R. (1995). *Perspectives On Health Promotion: a discussion paper*. Ottawa: CPHA.
- Ellison, N. B. (2007). Social network sites: Definition, history, and scholarship. *Journal of Computer - Mediated Communication*, 13(1), 210-230.
- Farias, L. O., & Melamed, C. (2003). Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*, 8(2), 585-598.
- FenaSaúde. (2016). Boletim da Saúde Suplementar.
- Ferreira, G. C. (2011). Redes sociais de informação: uma história e um estudo de caso. *Perspectivas em Ciência da Informação*, 16(3), 208-231.
- Ferreira, S. J. B. (2014). *O Comportamento dos Consumidores Adolescentes e a Sua Evolução no Facebook*. (Mestrado em Gestão Comercial), Universidade Católica do Porto, Porto.
- Field, M. G. (1973). The concept of the “health system” at the macrosociological level. *Social Science & Medicine* (1967), 7(10), 763-785.
- Fontes, B. A. S. M. (2007). Redes sociais e saúde: sobre a formação de redes de apoio social no cotidiano de portadores de transtorno mental. *REVISTA DE CIÊNCIAS SOCIAIS-POLÍTICA & TRABALHO*, 26.

- França, V., Motta, L. G., Paiva, R., & Weber, M. H. (2002). *Estratégias e culturas da comunicação*. Brasília: Universidade de Brasília.
- França, V. V. (2001). Paradigmas da comunicação: conhecer o quê? *Ciberlegenda*(5).
- Garton, L., Haythornthwaite, C., & Wellman, B. (1997). Studying online social networks. *Journal of Computer - Mediated Communication*, 3(1), 0-0.
- Goethals, K., Aguiar, A., & Almeida, E. (2000). História da Internet. *Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto, Mestrado em Gestão da Informação*.
- Gold, J., Pedrana, A. E., Sacks-Davis, R., Hellard, M. E., Chang, S., Howard, S., . . . Stooze, M. A. (2011). A systematic examination of the use of online social networking sites for sexual health promotion. *BMC public health*, 11(1), 1.
- Gold, J., Pedrana, A. E., Stooze, M. A., Chang, S., Howard, S., Asselin, J., . . . Hellard, M. E. (2012). Developing health promotion interventions on social networking sites: recommendations from The FaceSpace Project. *Journal of medical Internet research*, 14(1), e30.
- Gomes, M., & Kury, G. (2013). *A Evolução do Marketing para o Marketing 3.0: O Marketing de Causa*. Paper presented at the XV Congresso de Ciências da Comunicação na Região Nordeste, Mossoró- RN - Brasil. Disponível em: [<https://portalintercom.org.br/anais/nordeste2013/resumos/R37-0945-1.pdf>]. [Acessado em: 12/02/2017].
- González, J. L. M. (2005). El estudio de las redes personales: contribuciones, métodos y perspectivas. *Empiria. Revista de metodología de ciencias sociales*(10), 71-106.
- Gouveia, L. B. (2012). Tecnologias de Informação Documental: impacte do Digital In J. Freitas, L. Gouveia, & A. Regedor (Eds.), *Ciência da Informação. Contributos para o seu estudo* (pp. 41 - 69). Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Guédon, M.-C. (1984). Les réseaux sociaux. In C. Brodeur & R. Rousseau (Eds.), *L'intervention de réseaux, Une pratique nouvelle*, Montreal Éditions, France Amérique (pp. 15-34). Montreal: Éditions France-Amérique.
- Heidmann, I., Almeida, M. d., Boehs, A. E., Wosny, A. d. M., & Monticelli, M. (2006). Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto Contexto Enferm*, 15(2), 352-358.
- Iorio, C. (2002). Algumas considerações sobre estratégias de empoderamento e de direitos *Empoderamento e Direitos no Combate à Pobreza* (pp. 21-44). Rio de Janeiro: ActionAid Brasil.
- Islas, O. (2011). La posible contribución de Marshall McLuhan y la ecología de los medios al desarrollo y comprensión de las comunicaciones estratégicas. *Revista Organicom*, 2(3).

- Isotani, S., Mizoguchi, R., Bittencourt, I. I., & Costa, E. (2009). Estado da arte em web semântica e web 2.0: potencialidades e tendências da nova geração de ambientes de ensino na internet. *Revista brasileira de informática na educação*, 17(1), 30-42.
- Jahnke, I. (2010). Dynamics of social roles in a knowledge management community. *Computers in Human Behavior*, 26(4), 533-546.
- Jenkins, H. (2008). *Cultura da convergência* (S. Alexandria, Trans.). São Paulo: Aleph.
- Kelly-Santos, A., Monteiro, S., & Rozemberg, B. (2009). Significados e usos de materiais educativos sobre hanseníase segundo profissionais. *Cad. Saúde Pública*, 25(4), 857-867.
- Kim, J., Leem, C., Kim, B., & Cheon, Y. (2013). Evolution of online social networks: A conceptual framework. *Asian Social Science*, 9(4), 208.
- Kirkpatrick, D. (2011). *O efeito Facebook*. Lisboa: Arcádia.
- Kornis, G. E., & Caetano, R. (2002). Dimensão e estrutura econômica da assistência médica suplementar no Brasil. *Saúde Regulação&Saúde*, 35.
- Kotler, P., Kartajaya, H., & Setiawan, I. (2010). *Marketing 3.0: as forças que estão definindo o novo marketing centrado no ser humano*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Kruschewsky, J. E., Kruschewsky, M. E., & Cardoso, J. P. (2016). Experiências pedagógicas de educação popular em saúde: a pedagogia tradicional versus a problematizadora. *Rev. Saúde.Com*, 4(2).
- Kunsch, M. M. K. (2007). Comunicación organizacional en la era digital: contextos, recursos y posibilidades. *Signo y Pensamiento*(51), 38-51.
- Lalonde, M. (1996). El concepto de campo de la salud: una perspectiva canadiense. *Promoción de la salud: una antología*, 3-5.
- Laus, V. M. (2016). Elementos comunicacionais da estratégia das organizações. *Revista Organicom*, 12(23).
- Lazzarato, M., Negri, A., & Jesus, M. (2001). *Trabalho imaterial: formas de vida e produção de subjetividade*. Rio de Janeiro: DP & A.
- Lefevre, F., Lefevre, A. M. C., & Figueiredo, R. (2010). Comunicação em saúde e discurso do sujeito coletivo: semelhanças nas diferenças e diferenças nas diferenças. *Boletim do Instituto de Saúde*, 12(1).
- Lefreve, F., & Lefreve, A. M. C. (2004). Promoção de saúde: a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira & Lent.
- Lencastre, J. A., & Monteiro, A. (2009). Comunicação e Colaboração On-line no Ensino Superior através da plataforma Moodle. *Actas do Challenges*.

- Lévy, P. (1998). *A inteligência coletiva: por uma antropologia do ciberespaço*. São Paulo: Edições Loyola.
- Lévy, P. (2000). *A emergência do cyberspace e as mutações culturais*. Porto Alegre: Artes e Ofícios.
- Lima, F. (2008). Possíveis contribuições do paradigma relacional para o estudo da comunicação no contexto organizacional. *Interfaces e tendências da comunicação no contexto das organizações*. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 109-127.
- Lima, M. D. C., & Abbud, M. E. d. O. P. (2015). *Comunicação Organizacional: Histórico, Conceitos e Dimensões*. Paper presented at the XIV Congresso de Ciências da Comunicação na Região Norte Manaus - AM, Brasil.
- Lopes, L. T. A. (1999). *Diferenciação e vantagem competitiva no seguro saúde: um estudo de caso*.
- Lovejoy, K., & Saxton, G. D. (2012). Information, community, and action: How nonprofit organizations use social media. *Journal of Computer - Mediated Communication*, 17(3), 337-353.
- Lucena Ferreira, S., & Bianchetti, L. (2004). As tecnologias da informação e da comunicação e as possibilidades de interatividade para a educação. *Educação e Contemporaneidade*, 253.
- Machado, J. R., & Tijiboy, A. V. (2005). Redes Sociais Virtuais: um espaço para efetivação da aprendizagem cooperativa. *RENOTE*, 3(1).
- Malta, D. C. (2004). Modelos Assistenciais na Saúde Suplementar: o desafio na construção de práticas cuidadoras. *Regulação e Saúde*, 3(Tomo 2), 7.
- Malta, D. C., Castro, A. M. d., Gosch, C. S., Cruz, D. K. A., Bressan, A., Nogueira, J. D., . . . Temporão, J. G. (2009). A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 18(1), 79-86.
- Malta, D. C., Cecílio, L. d. O., Merhy, E. E., Franco, T. B., Jorge, A. d. O., & Costa, M. A. (2004). Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. *Ciênc Saúde Coletiva*, 9(2), 433-444.
- Mângia, E. F., & Muramoto, M. T. (2005). O estudo de redes sociais: apontamentos teóricos e contribuições para o campo da saúde. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 16(1), 22-30.
- Marcelino, P. L. (2012). O impacto do gerenciamento de casos crônicos nos custos assistenciais e na geração de vantagens competitivas: um estudo de caso.

- Marcondes, W. B. (2004). A convergência de referências na promoção da saúde. *Saúde e Sociedade, 13*(1), 5-13.
- Marteletto, R. M. (2001). Análise de redes sociais: aplicação nos estudos de transferência da informação. *Ciência da informação, 30*(1), 71-81.
- Marteletto, R. M. (2007). Informação, rede e redes sociais: fundamentos e transversalidades. *Informação & Informação, 12*(1esp), 46-62.
- Marteletto, R. M. (2010). Redes sociais, mediação e apropriação de informações: situando campos, objetos e conceitos na pesquisa em Ciência da Informação. *Tendências da Pesquisa Brasileira em Ciência da Informação, 3*(1).
- Martínez-Hernández, A. (2010). Dialógica, etnografia e educação em saúde. *Revista de Saúde Pública, 44*(3), 399-405.
- Martins, P. C., Cotta, R. M. M., Siqueira-Batista, R., Mendes, F. F., Franceschini, S. d. C. C., Priore, S. E., & Dias, G. (2009). Democracia e empoderamento no contexto da promoção da saúde: possibilidades e desafios apresentados ao Programa de Saúde da Família. *Physis (Rio J.), 19*(3), 679-694.
- Martins, P. H., & Fontes, B. (2004). *Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas*. Recife: Editora Universitária da UFPE.
- Matta, A. E. R. (2005). Tecnologias para a colaboração. *Cadernos Cemarx, 1*(2).
- Medici, A. C., Piola, S., & Vianna, S. (2002). Aspectos teóricos e conceituais do financiamento das políticas de saúde. *Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão em saúde, 3*, 23-68.
- Mello, S. F. M. (2010). *Comunicação e organizações na sociedade em rede: novas tensões, mediações e paradigmas*. Universidade de São Paulo.
- Mendes, I. A. C. (2004). Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 12*(3), 447-448.
- Menicucci, T. M. G. (2011). A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado Santos NR, Amarante PDC, organizadores. *Gestão pública e relação público-privado na saúde*. Rio de Janeiro: CEBES (pp. 180-197).
- Mercklé, P. (2004). *Sociologie des réseaux sociaux*. Paris: La découverte.
- Minkler, M. (1989). Health education, health promotion and the open society: An historical perspective. *Health Education & Behavior, 16*(1), 17-30.
- Molina, J. L., & Aguilar, C. (2004). Redes sociales y antropología: un estudio de caso (redes personales y discursos étnicos entre jóvenes en Sarajevo). In C. Larrea & F. Estrada (Eds.), *Antropología en un mundo en transformación*: Editorial Icaria.

- Monego, E. T., Martins, K. A., Nunes, M. J. C., Santiago, R. A. C., Correa, M. H. S., de Sousa, L. M., . . . Campos, M. R. H. (2015). Construção de habilidades em Segurança Alimentar e Nutricional com titulares de direito do Programa Bolsa Família. *Segurança Alimentar e Nutricional*, 22(2), 758-765.
- Nassar, M. R. F. (2006). *O papel da comunicação nas organizações de saúde: oportunidades e desafios*. Paper presented at the Intercom–XXIX Congresso brasileiro de ciências da comunicação. São Paulo.
- Nassar, P. (2006). A comunicação organizacional na contemporaneidade. *Novos Olhares*, 33-39.
- Nicolau, M. (2011). Fluxo, conexão, relacionamento: um modelo comunicacional para as mídias interativas. *Culturas Midiáticas*, 1(1).
- Noronha, J. C. d., Lima, L. D. d., & Machado, C. V. (2004). A gestão do Sistema Único de Saúde: características e tendências. *Atenção à Saúde no Brasil*, 1.
- O'Donnell, M. P. (2008). The art of health promotion. *Am J Health Promot*, 23(2), 1-12.
- O'Reilly, T. (2007). What is Web 2.0: Design patterns and business models for the next generation of software. *Communications & strategies*(1), 17.
- Ocké-Reis, C. O., Andreazzi, M. d. F. S. d., & Silveira, F. G. (2006). O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do Estado? *R. Econ. contemp*, 10(1), 157-185.
- Oliveira, I. d. L. (2008). Constituição do campo da comunicação no contexto organizacional: interfaces e construção de sentido. In E. Jesus & M. Salomão (Eds.), *Interações Plurais: a comunicação e o contemporâneo*. São Paulo: Annablume.
- Oliveira, I. d. L., & Paula, C. F. C. d. (2005). *Comunicação organizacional e relações públicas: caminhos que se cruzam, entrecruzam ou sobrepõem?* Paper presented at the INTERCOM–Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação. XXVIII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, Rio de Janeiro, Brasil.
- Oliveira, J. B., & Gusmão, S. C. (2004). A experiência de saúde da família no estímulo à participação social no município de Vitória da Conquista-BA. In F. AA & S.-P. JA (Eds.), *Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil. Brasília (DF): OPAS, OMS, Ministério da Saúde* (pp. 63-76).
- Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bhaia, L., & Macinko, J. (2012). O sistema de saúde brasileiro: historia avanços e desafios. *Série Saúde no Brasil*, 1.
- Pallis, G., Zeinalipour-Yazti, D., & Dikaiakos, M. D. (2011). Online social networks: status and trends *New Directions in Web Data Management 1* (pp. 213-234): Springer.

- Park, H., Rodgers, S., & Stemmler, J. (2011). Health organizations' use of Facebook for health advertising and promotion. *Journal of interactive advertising*, 12(1), 62-77.
- Parrochia, D. (1993). *Philosophie des réseaux*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Pasche, D., & Hennington, E. (2006). O sistema de saúde e a promoção da saúde. Castro A, Malom M. *SUS-ressignificando a promoção da saúde*. São Paulo: Hucitec, 27.
- Pinheiro, M. d. A. (2009). Subjetivação e consumo em sites de relacionamento. *Comunicação, mídia e consumo*, 5(14), 103-121.
- Pinho, J. B. (2003). *Relações públicas na internet técnicas e estratégias para informar e influenciar públicos de interesse* (Vol. 68). São Paulo: Summus.
- Pinto, A. M. (2004). As novas tecnologias e a educação. *ANPED SUL*, 6, 1-7.
- Presse, F. (2016). Facebook anuncia crescimento dos lucros e do número de usuários. *O Globo*.
- Primo, A. (2007). O aspecto relacional das interações na Web 2.0. *E-Compós (Brasília)*, 9, 1-21.
- Ramanadhan, S., Mendez, S. R., Rao, M., & Viswanath, K. (2013). Social media use by community-based organizations conducting health promotion: a content analysis. *BMC public health*, 13(1), 1129.
- Recuero, R. (2012). O capital social em rede: como as redes sociais na Internet estão gerando novas formas de capital social. *Contemporânea-Revista de comunicação e cultura*, 10(3), 597-617.
- Recuero, R. d. C. (2004). *Teoria das redes e redes sociais na internet: considerações sobre o Orkut, os Weblogs e os Fotologs*. Paper presented at the XXVII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação - XXVII INTERCOM, Porto Alegre - Brasil.
- Recuero, R. d. C. (2006). Comunidades em redes sociais na internet: proposta de tipologia baseada no Fotolog. com.
- Recuero, R. d. C. (2009). Diga-me com quem falas e dir-te-ei quem és: a conversação mediada pelo computador e as redes sociais na internet. *Revista Famecos*, 1(38).
- Reis, H. (2014). *O gerenciamento da Comunicação Organizacional*. Paper presented at the Covilhã: Bocc.

- Rettori, A., & Guimarães, H. (2004). COMUNIDADES VIRTUAIS DE APRENDIZAGEM – CVAs: uma visão dos ambientes interativos de aprendizagem. *Educação e Contemporaneidade*, 13(1), 305.
- Rocha, E., & Alves, L. M. (2010). Publicidade Online: o poder das mídias e redes sociais. *Fragmentos de Cultura*, 20(2), 221-230.
- Rodrigues, A. T., Lara Silva, K., & de Sena, R. R. (2015). Programas de promoção da saúde na saúde suplementar em Belo Horizonte, MG, Brasil: concepções e práticas. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 19(54).
- Roemer, M. (1991). *National Health Systems of the World. (Vol.1: The Countries)*. Oxford University Press, Oxford, Inglaterra, 1991. (Vol. 1). Oxford, Inglaterra: Oxford University Press.
- Rosen, G. (1994). Uma história da saúde pública *Saúde em debate* (Vol. 74): Hucitec.
- Rozemberg, B., Silva, A. P. P. d., & Vasconcellos-Silva, P. R. (2002). Impressos hospitalares e a dinâmica de construção de seus sentidos: o ponto de vista dos profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*, 18(6), 1685-1694.
- Ruão, T. (2004). *O estado da arte em comunicação organizacional: 1900–2000: um século de investigação*. Paper presented at the ACTAS DO III SOPCOM, VI LUSOCOM e II IBÉRICO.
- Ruão, T. (2016). *A organização comunicativa: teoria e prática em Comunicação Organizacional*. Braga: CECS - Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade.
- Santos, I. (2009). *O Mix Público–Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: Elementos para a Regulação da cobertura Duplicada”–ENSP/FIOCrúz*. (Doutor em Ciências na área de Saúde Pública), Tese de doutoramento, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.
- Santos, I. S., Ugá, M. A. D., & Porto, S. M. (2008). O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Cien Saude Colet*, 13(5), 1431-1440.
- Santos, N. B. d. (2013). *Consumo responsável e mobilização social: estudo de caso da dinâmica comunicacional da Rede Ecológica do Rio de Janeiro*. (Mestrado), Instituto Brasileiro de Informação em Ciência / Tecnologia e a Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Scharnhorst, A. (2003). Complex networks and the web: Insights from nonlinear physics. *Journal of Computer - Mediated Communication*, 8(4), 0.
- Scroferneker, C. M. A. (2000). Perspectivas teóricas da comunicação organizacional. *GT Comunicação Organizacional da Intercom*.
- Scroferneker, C. M. A. (2006). Trajetórias teórico-conceituais da Comunicação Organizacional. *Revista FAMECOS: mídia, cultura e tecnologia*, 1(31).

- Sestelo, J. A. d. F., Souza, L. E. P. F. d., & Bahia, L. (2014). Saúde suplementar no Brasil: revisão crítica da literatura de 2000 a 2010. *Saúde debate*, 38(102), 607-623.
- Sícoli, J. L., & Nascimento, P. R. d. (2003). Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 7(12), 101-122.
- Sigerist, H. (1946). The social sciences in the medical school. In H. Sigerist (Ed.), *The university at the crossroad*. Nova Iorque: : Henry Schumann Publisher.
- Silva, K. L., & Rodrigues, A. T. (2015). Promoção da saúde no âmbito da saúde suplementar: relações e tensões entre operadoras, beneficiários e agência reguladora estatal. *Saúde e Sociedade*, 24(suppl. 1), 193-204.
- Silva, L. M. G. d., Brasil, V. V., Guimarães, H. C. Q. C. P., Savonitti, B. H. R. d. A., & Silva, M. J. P. d. (2000). Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 8(4), 52-58.
- Silva, O., Assis, R., Taveira, R. A. V., Souza, A., Rabelo, C. P. G., & Fagundes, M. J. D. (2010). Educação em Saúde: A Dose Certa Para Uma Vida Saudável. *Agência Nacional de Vigilância Sanitária–Anvisa. Brasília-DF*.
- Soares, I. d. O. (2010). A mediação tecnológica nos espaços educativos: uma perspectiva educacional. *Comunicação & Educação*, 12(1).
- Soto Mas, F. (1997). Medicine and public health: the role of the Hispanic physician in health promotion (Medicina y salud pública: el papel del médico hispano en la promoción de salud). *The Selected Works of Francisco Soto Mas*, 24.
- Souza, E. M., & Grundy, E. (2004). Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. *Cad. Saúde Pública*, 20(5), 1354-1360.
- Souza, L. M. F. (2010). O paradigma dialógico no pensamento ocidental sobre tradução: orquestrando vozes. *Scientia Traductionis*(7), 76-92.
- Souza, R. M. L. d. (2015). O mercado de saúde suplementar no Brasil: regulação e resultados econômicos dos planos privados de saúde. *Biblioteca digital do BNDES*, p. [1]-20, fev.2015.(<https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/handle/1408/3722>).
- Sperandio, N., & Priore, S. E. (2015). Prevalência de insegurança alimentar domiciliar e fatores associados em famílias com pré-escolares, beneficiárias do Programa Bolsa Família de Viçosa, Minas Gerais, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24(4), 739-748.
- Stotz, E. N. (2009). Redes sociais e saúde. In R. M. Marteleto & E. N. Stotz (Eds.), *Informação, saúde e redes sociais: diálogos de conhecimentos nas comunidades da Maré* (pp. 27-42). Rio de Janeiro: Fiocruz.

- Suplementar, A. N. d. S. (2015). *Caderno de Informação da Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro: ANS.
- Syred, J., Naidoo, C., Woodhall, S. C., & Baraitser, P. (2014). Would you tell everyone this? Facebook conversations as health promotion interventions. *Journal of medical Internet research*, 16(4), e108.
- Teixeira, C. A. (2012). A origem do Facebook. *O Globo*. Retrieved from <http://oglobo.globo.com/sociedade/tecnologia/a-origem-do-facebook-4934191#ixzz4B1MuM86E>
- Teixeira, J. A. C. (2004). Comunicação em saúde: relação técnicos de saúde–utentes. *Análise Psicológica*, 615-620.
- Thackeray, R., Neiger, B. L., Burton, S. H., & Thackeray, C. R. (2013). Analysis of the purpose of state health departments' tweets: information sharing, engagement, and action. *Journal of medical Internet research*, 15(11), e255.
- Thompson, J. (2008). *A mídia e a modernidade: uma teoria social da mídia*. Petrópolis: Vozes.
- Tomaél, M. I., Alcará, A. R., & Di Chiara, I. G. (2005). Das redes sociais à inovação. *Ciência da informação, Brasília*, 34(2), 93-104.
- Torres, C. (2009). *A bíblia do marketing digital*. São Paulo: Novatec.
- Traverso-Yépez, M. A. (2007). Dilemas na promoção da saúde no Br Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. *Interface-Comunic, Saúde, Educ*, 11(22), 223-238.
- Turner, D., & Muñoz, J. (2002). *Para os filhos dos filhos dos nossos filhos: Uma visão da sociedade Internet*. São Paulo: Summus.
- UNIDAS, U. N. d. I. d. A. e. S. (2015). Pesquisa nacional UNIDAS 2015.[**Em linha**]. Disponível em:[\http://www.unidas.org.br/uploads/078e5ea03ef1deb833d7f2bb393f33cb.pdf]. Acesso em: [].
- Valle, L. d., & Bohadana, E. D. A. B. (2012). Interação e interatividade: por uma reantropolização da EaD online. *Educação & Sociedade*, 33(121), 973-984.
- Viacava, F., Almeida, C., Caetano, R., Fausto, M., Macinko, J., Martins, M., . . . Porto, S. M. (2004). Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva*, 9(3), 711-724.
- Villacorta, A. E., & Rodríguez, M. (2002). *Metodologias e ferramentas para implementar estratégias de empoderamento*. Rio de Janeiro: ActionAid Brasil.

- Villela, E. F. M., & Almeida, M. A. (2012). Mediações da informação em Saúde Pública: um estudo sobre a dengue. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, 6(1).
- Wasserman, S., & Faust, K. (1994). *Social network analysis: Methods and applications* (Vol. 8). Cambridge: Cambridge university press.
- Watts, D. J. (2004). *Six degrees: The science of a connected age*. Nova Iorque: WW Norton & Company.
- Wellman, B., Quan - Haase, A., Boase, J., Chen, W., Hampton, K., Díaz, I., & Miyata, K. (2003). The social affordances of the Internet for networked individualism. *Journal of Computer - Mediated Communication*, 8(3), 0-0.
- Werthein, J. (2000). A sociedade da informação e seus desafios. *Ciência da informação, Brasília*, 29(2), 71-77.
- WHO, W. H. O. (1998). *Health promotion evaluation: recommendations to policymakers*. Copenhagen: European Working Group on Health Promotion Evaluation.
- Wolf, M. (1987). *Teorias da comunicação*. Lisboa: Presença.

APÊNDICES

Apêndice 1 - Questionário para as operadoras

Bom dia/ Boa tarde!

Prezados,

Estamos auxiliando na elaboração de uma tese de doutorado em Ciências da Informação, Universidade Fernando Pessoa – Portugal, intitulada “Operadoras de saúde brasileiras no *facebook*: estratégias de interatividade e relacionamento para promoção da saúde” de autoria da Sra. Paola Lanzalotta Marcelino sob a orientação do Prof. PHD Jorge Pedro Sousa e co-orientação do Prof. PHD Mozahir Salomão Bruk. A pesquisa tem por objeto as três maiores operadoras do país portanto, Bradesco Amil e Hapvida.

Contamos com sua gentileza em responder às seis questões abaixo colocadas até 31/05/17 visto a grande valia da participação da _____ não apenas para a qualidade do trabalho, mas também para o progresso científico já que as respostas serão contrapostas às observações da pesquisadora enquanto analista da área. Após disponibilizada, a tese lhes agregará dados, informações e análises consistentes (comparativo das três maiores operadoras de saúde).

Antecipamos as perguntas e ficaremos extremamente gratos em também receber a sua opinião (pode ser anônima se assim preferir):

1- Quais são, na sua percepção, as principais forças e fraquezas (considerando-se o cenário interno da operadora em que atua) para o exercício da comunicação organizacional no facebook?

Resposta:

2- Quais são, na sua percepção, os principais riscos e oportunidades (considerando-se o cenário externo à operadora em que atua) para o exercício da comunicação organizacional no facebook?

Resposta:

3- Como você avalia, considerando-se os cenários interno e externo à operadora em que atua, o efeito gerado pelo facebook na criação de efetivas redes de relacionamento e interatividade junto aos seus usuários?

Resposta:

4- Quais os resultados já obtidos e mensurados pela operadora em que atua por meio do uso do facebook na comunicação organizacional?

Resposta:

5- Você considera o facebook um meio eficiente para a propagação das estratégias de promoção da saúde da operadora em que atua?

Resposta:

6- Enquanto profissional da comunicação organizacional, como avalia o facebook da operadora em que você atua?

Resposta:

A devolutiva deverá ser realizada através desse anexo ou no próprio corpo da mensagem, nesse mesmo e-mail, até 31/05/17 devido ao cronograma de atividades da referida tese.

Conhecimento gera conhecimento e deve ser compartilhado. Agradecemos por fazer parte dessa construção!

À disposição,

Paola Lanzalotta Marcelino

paola@is1.com.br

(31) 99731-2531

Apêndice 2 – Respostas do especialista (questionário adaptado)

1- Quais são, na sua percepção, as principais forças e fraquezas (considerando-se o cenário interno à organização em que atua) para o exercício da comunicação organizacional no facebook?

Resposta:

Observação geral: como não sou o profissional de comunicação da Universidade em que atuo (sou professor e pesquisador), eticamente, não posso falar por ela, pois não estou autorizado a fazer isso e, tampouco, realizei análise de seus processos. Minhas considerações, a seguir, são a partir de análises e percepções de nível mais amplo, realizadas com base em várias pesquisas que li, orientei e/ou participei de alguma forma.

Primeiro destaco que minha compreensão de comunicação organizacional é de ser “processo de construção e disputa de sentidos no âmbito das relações organizacionais”, conforme já afirmei em vários artigos e outros textos. Isso pressupõe que a comunicação organizacional não se reduz aos dizeres oficiais (fala autorizada) e, tampouco, tem simples papel de processo organizador. Antes, assumo que toda comunicação que tiver uma organização como referência (seja a partir de relações diretas ou indiretas) precisa ser considerada comunicação organizacional, mesmo que o referido processo não seja de fala autorizada. Além disso, a comunicação é, em perspectiva da complexidade, processo desorganizador-(re)organizador da significação de mundo existente. Portanto, está muito além dos desejos organizativos.

Tentarei ser bastante objetivo nesta resposta. Dentre outras coisas, podem ser consideradas forças: a) agilidade nos processos decisórios, na produção, na postagem e na circulação de informações dos mais diversos setores (se for o caso); b) com profissionais qualificados pode-se pensar em qualificação das conversações e aprofundamento dos processos; c) acessibilidade ampliada; d) potência para a ampliação da visibilidade e o compartilhamento de ideias, projetos, informações, campanhas e concepções; e) meio para a coleta e análise de informações (diagnóstico e prognóstico); f) possibilidade de permanente reforço das ideias a um baixo custo; g) baixo custo para veiculação; h) registro das interações realizadas; i) possibilidade de esclarecimento dos

públicos a partir das questões que surgirem ou das críticas realizadas (seja individual ou coletivamente); e j) conversações com os públicos sem mediação de outros veículos/profissionais (jornalistas, por exemplo)...

Enfim, são muitas as questões que podem ser destacadas como forças dessa mídia; essas são apenas algumas.

Por outro lado, também são muitas as fraquezas e, de modo geral, estão articuladas às forças, pois que, por exemplo, o não uso adequado, o não respeito aos contratos de interação dessa rede podem se converter em fragilidades organizacionais. Nesse sentido, de modo sucinto, destaco: a) incapacidade de a organização interagir com os públicos, seja por desconhecimento da gramática das redes sociais, por não saber receber críticas e/ou não saber como agir/reagir a elas, por reagir de modo agressivo ou apagando comentários que não convergem com os interesses organizacionais (ou que questionam posturas, projetos, concepções da organização) etc.; b) profissionais despreparados para a mediação entre as lógicas das redes sociais e dos processos de gestão organizacional; c) imprevisibilidade/instabilidade dos públicos; d) ampliação da memória organizacional de modo negativo por interações mal feitas e/ou processos desqualificadores; e) falta de agilidade nas respostas (gramática do meio); f) baixos níveis de competência interpretativa das falas dos interlocutores; g) número limitado de interagentes para quem o post ficará visível – a não ser que se pague para ampliar essa visibilidade; e h) respostas que exigem autorizações dos superiores e por outro lado exigem a agilidade do meio – mas nem sempre os superiores estão disponíveis para autorizar algo.

Lógico que não se trata de esgotar as fraquezas e forças, mas essas são, penso, algumas delas. Em verdade, por não estar analisado um caso específico, forças e fraquezas estão, de algum modo, sobrepostas aos riscos e oportunidades. Creio que você terá que fazer alguns ajustes nesse sentido.

2- Quais são, na sua percepção, os principais riscos e oportunidades (considerando-se o cenário externo à organização em que atua) para o exercício da comunicação organizacional no facebook?

Resposta:

O facebook tem potencial (apesar de suas limitações e controles tecnológicos, pois que seu uso é atravessado por lógicas de outra organização que captura e usa os dados,

gerando bolhas, controlando para quem o material ficará visível etc.) como meio de comunicação organizacional, particularmente no sentido de ser uma forma para dar visibilidade aos aspectos organizacionais (características, projetos, ações, fatos etc.) que a organização quer visibilizados. Outro aspecto positivo é que permite a interação com os sujeitos (individuais ou coletivos) que entram em relação com a organização. Permite níveis mais elevados de conversão, caso assim a organização deseje. Também é possível pensar no fato de que a organização, em certa medida, pode dar visibilidade a suas posições, opiniões e concepções de mundo etc. sem que seja necessária a mediação de um meio de comunicação de massa, como um jornal, por exemplo. Considerando-se os contextos e as características do contemporâneo (tecnologias, velocidade da circulação de informações, conexão, compartilhamento etc.), pode-se pensar em outras potencialidades/oportunidades do facebook, como por exemplo: a) possibilidade de um projeto, informações sobre um produto, uma campanha ou feito organizacional ser compartilhado pelos interagentes, ampliando a visibilidade e, mesmo, os seguidores da organizações (de suas postagens); b) agilidade de circulação de informação, pois não se pode esquecer que alguns públicos estão conectados muitas horas por dia (ou todo o dia) às redes sociais e, no Brasil, particularmente ao Facebook (lógico, é preciso conhecer bem o público da organização e avaliar se esse é o caso); c) analisar as interações dos sujeitos, e melhor compreendê-los a partir de seus lugares de fala, seus códigos culturais (trata-se, também, de uma ação para a escuta) – isso pode ser uma forma de inteligência organizacional com potencial para permitir a qualificação da própria organização (sempre orientada por princípios legais e éticos, lógico); d) oportunidade para estabelecer conversações diretamente com públicos, sem mediações, e conversações mais longas, qualificadas e com custos mais baixos; e) meio que possibilita o exercício da crítica e que, se a organização desejar, poderá ser fundamental para processos de qualificação da identidade, da criatividade e, mesmo, da inovação; f) níveis mais elevados de comunicação dirigida (sempre que necessário falar com algum grupo de pessoas em particular); g) potencialização das possibilidades de ser acessada de qualquer lugar e a qualquer momento, de modo que não será necessário estar em um lugar ou horário específico para ter acesso a algo da organização, como uma campanha publicitária, por exemplo; h) potencialização da memória, pois que para além daquilo que a organização disser de si, outros também dirão, e isso poderá permanecer por muito tempo; e i) ampliação das possibilidades de projetos coletivos, de engajamento etc.

Por sua vez, também são grandes os riscos, pois que a potência desse meio parece ser também sua fragilidade. Nesse sentido, alguns dos riscos são: a) falta de habilidade e competência para atender ao que é demandado (gramática das) nas redes sociais; b) falta de agilidade nas respostas e interações, por diversos motivos, como por exemplo, necessidade de aprovação de um superior que não está no local; c) expropriação dos dados da organização por diferentes sujeitos e/ou organizações e usos indevidos, como por exemplo mediante novas edições e enquadramentos; d) memória ampliada de modo negativo (sendo que os dados permanecerão visíveis por muito mais tempo – alguém sempre poderá ter capturado os dados, mesmo que esses venham a ser deletados pela organização); e) incapacidade de lidar com críticas e, por causa disso, as interações podem sair do controle; f) ser objeto de inteligência organizacional de outras organizações; g) ser alvo da má-fé de outras organizações e/ou públicos; h) incapacidade para a interação; i) visibilidade limitada aos mesmos sujeitos, formando bolhas; e j) falta de equilíbrio em termos de postagens (seja pelo excesso e/ou pela falta de postagens); dentre outros.

3- Como você avalia, considerando-se os cenários interno e externo à organização em que atua, o efeito gerado pelo facebook na criação de efetivas redes de relacionamento e interatividade junto aos seus usuários?

Resposta:

Novamente, inicio destacando que não falo pela organização em que atuo – não estou em condições de dizer algo a respeito. Portanto, minha fala é em sentido mais amplo – geral. Considero que, por um lado, o facebook tem grande potencialidade para gerar redes de relacionamento com os públicos e, por outro lado, isso incorre em um amplo conjunto de limitadores. Primeiro, destaco que, pelas características que ressaltar nas respostas anteriores (forças e oportunidades), essa rede pode ser um importante meio para ampliar e, até aprofundar vínculos com os diferentes sujeitos, pois que apresenta fertilidade (considerando suas especificidades) para as interações, as conversações aprofundadas, a realização da crítica e a obtenção de respostas qualificadas, a análise dos códigos culturais dos públicos etc. Nesse sentido, pela comunicação que pode se estabelecer pelo facebook é possível que a organização gere efeitos de mais proximidade com os públicos (o que não deve se limitar a uma estratégia discursiva), de modo que pelas conversações possam esclarecer dúvidas, obter informações

qualificadas diretamente da fonte, sugerir mudanças, realizar a crítica etc., bem como também podem se tornar em divulgadores da organização, suas ações e concepções, mediante compartilhamentos, por exemplo.

Entretanto, também a partir do que se destacou como fragilidades e riscos, não se pode esquecer que o fato de o meio ter esse potencial não significa, por si, que ele realmente se materialize. É preciso que a organização seja madura, tenha clareza de seu lugar na sociedade e seja legítima para melhor agir e interagir no facebook, de modo que isso se traduza em processos relacionais qualificados, respeito às gramáticas do meio, atenção às falas (incluindo as críticas) dos públicos e seu uso como processo que retroalimenta o sistema, qualificando-o. Caso o caminho seja outro, não creio que as redes estabelecidas possam ser consideradas efetivamente como interativas. Antes, poderão ser simples estratégias de modo a apenas produzir efeitos de interação com os públicos. Novamente, se essa condição de simples efeito de interação pode funcionar por um tempo, aos poucos os públicos/usuários tendem a perceber a real conformação e podem agir em pelo menos duas importantes direções: a) criticar a organização e suas práticas na própria rede e/ou em outras redes, desqualificando a organização; e b) simplesmente afastar-se da organização e buscar outra que melhor atenda suas necessidades. De qualquer forma, são pelo menos duas importantes perspectivas negativas e que precisam ser consideradas. Também não é possível ignorar que a página da organização no facebook é atravessada pelas intenções da organização Facebook, seja pelo controle de visibilidade, seja pelo tipo de informação que aparecerá para quem, seja pelo uso dos dados dos usuários etc. É preciso atentar para isso quando se pensa na efetividade das redes nessa rede. Por fim, creio que sim, que os efeitos dessa rede podem ser muito positivos para os relacionamentos, porém, há um conjunto de fatores aos quais atentar para superar as limitações que advém desse mesmo meio.

4- Quais os resultados já obtidos e mensurados pela organização em que atua por meio do uso do facebook na comunicação organizacional?

Resposta:

Conforme disse anteriormente, não tenho informações a esse respeito.

5- Você considera o facebook um meio eficiente para a propagação das estratégias de promoção da saúde da organização em que atua?

Resposta:

Como disse anteriormente, o meio tem boa potencialidade para essa propagação, no entanto, há muitos limitadores que precisam ser superados para que, de fato, ele possa cumprir tal potencialidade. Não se trata do meio em si, mas dos usos que fazem dele, para quê, como e em que contextos. Nesse sentido, parece fundamental gerir os sentidos que aí circulam de modo a gerar convergência de significação, qualificação dos relacionamentos e da interação. Para que os vínculos sejam mais consistentes e, portanto, para que a fala da organização adentre o campo da credibilidade e, até, da legitimidade. Se estiver nesse campo, creio que sim, que o facebook pode ser um excelente meio.

6- Enquanto profissional da comunicação organizacional, como avalia o facebook da organização em que você atua?

Resposta:

Conforme destaquei, atualmente atuo como docente e pesquisador, e não tenho informações a esse respeito.

