

Programas de promoção da saúde na saúde suplementar em Belo Horizonte, MG, Brasil:

concepções e práticas

Andreza Trevenzoli Rodrigues^(a)

Kênia Lara Silva^(b)

Roseni Rosângela de Sena^(c)

Rodrigues AT, Silva KL, Sena RR. Health promotion programs within supplementary healthcare in Belo Horizonte, MG, Brazil: concepts and practices. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):455-66.

This study aimed to analyze health promotion programs developed by healthcare plan operators. This was a multiple case study with a qualitative approach. The data were obtained from interviews with forty participants, comprising managers, professionals and beneficiaries of six healthcare plan operators in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. Observations were made among participants in health promotion programs. The analysis showed that a behavioral approach towards health promotion is prevalent. The characteristics of the programs made it possible to differentiate them as traditional, transitional or innovative. The findings suggest that there have been changes in the logic of healthcare production, but with reduced potential to initiate transformation. It was concluded that there is a need to support operators regarding the concepts and models of health promotion so as to induce changes and innovations.

Keywords: Health promotion. Supplemental health. Qualitative research.

O trabalho analisou programas de promoção da saúde desenvolvidos por operadoras de planos de saúde. Trata-se de estudo de casos múltiplos de abordagem qualitativa. Os dados foram obtidos de entrevistas com quarenta participantes, entre gestores, profissionais e beneficiários de seis operadoras de planos de saúde em Belo Horizonte/MG, Brasil. Foram realizadas observações junto aos participantes dos programas de promoção da saúde. A análise explicitou que a abordagem comportamental de promoção da saúde é prevalente. Os programas apresentam características que permitem diferenciá-los como: tradicionais, em transição e inovadores. Os achados sinalizam para mudanças na lógica de produção da saúde, mas com reduzido potencial para disparar transformação. Conclui-se pela necessidade de apoio às operadoras sobre as concepções e modelos de promoção da saúde para induzir mudanças e inovações.

Palavras-chave: Promoção da saúde. Saúde suplementar. Pesquisa qualitativa.

^(a) Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, Hospital Municipal Odilon Bherens. Rua Formiga, nº 50, Lagoinha. Belo Horizonte, MG, Brasil. 31210-780. andrezatrevenzoli@yahoo.com.br

^(b,c) Departamento de Enfermagem Aplicada, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil. kenialara17@gmail.com; rosenisena@uol.com.br

Introdução

A saúde suplementar é composta pelas ações e serviços de saúde prestados pela iniciativa privada como complementar ao Sistema Único de Saúde. No Brasil, a saúde suplementar viabilizou-se nos anos 1970, a partir da crise do modelo médico previdenciário e pelo forte incremento da modalidade convênio-empresa¹.

O marco regulatório da saúde suplementar ocorreu em 1998, com a publicação da Lei Federal nº 9.656, que regulamentou os planos privados de saúde no Brasil. Posteriormente, em janeiro de 2000, foi publicada a Lei Federal nº 9.961, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para desenvolver as estratégias nacionais de regulação pública^{2,3}.

Com objetivo de alinhar as ações e serviços prestados pela saúde suplementar às diretrizes das políticas públicas de saúde, a ANS iniciou, em 2005, um processo de indução de mudanças na lógica assistencial. Dentre as estratégias utilizadas pela agência reguladora, destaca-se a qualificação do cuidado por meio de incentivos à incorporação de práticas que ultrapassam a assistência médico-hospitalar, que é predominante no setor⁴.

O esforço de influenciar na qualidade da atenção prestada na saúde suplementar pode ser traduzido pelo Programa de Qualificação da Saúde Suplementar. Nesse programa, a avaliação do 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 saúde⁵.

Os programas de promoção da saúde constituem uma das estratégias da ANS para influenciar mudanças na organização e prestação de serviços ofertados por operadoras de planos de saúde⁴. Contudo, apesar de se reconhecer a incorporação de novas práticas nas operadoras, 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.

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 saúde⁶. Seu conjunto conceitual introduz algumas categorias norteadoras, dentre as quais se destacam: o empoderamento, a autonomia e a responsabilização múltipla. Essas categorias são tomadas como condições *sine qua non* para a promoção da saúde, pois 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 movimentos⁷.

Considera-se que o aumento 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 analisados⁸.

Além disso, tendo em vista que a saúde suplementar no Brasil caracteriza-se como um setor sustentado e permeado por uma lógica econômica, e composto por atores com interesses antagônicos, pressupõe-se que os programas de promoção da saúde e prevenção de doenças possam estar sustentados em uma concepção disciplinadora de vigilância e controle, com vistas, essencialmente, à redução de custos.

Importante ressaltar que a promoção da saúde pode produzir resultados positivos na saúde suplementar por meio da incorporação de ações programáticas direcionadas aos portadores de comprometimentos crônicos e degenerativos, além da implantação de práticas transformadoras com intervenção sobre os determinantes sociais, em detrimento da atenção majoritária à demanda espontânea que tem marcado a operação tanto no subsistema público quanto no privado.

Para subsidiar uma discussão acerca do potencial da promoção da saúde para promover mudanças, foi realizado um estudo com objetivo de analisar programas de promoção da saúde desenvolvidos por operadoras de planos privados de saúde.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo e exploratório, ancorado no referencial teórico-metodológico da hermenêutica-dialética. No que tange à interação entre hermenêutica e dialética, ambas referem-se à práxis estruturada pela tradição, linguagem, poder e trabalho. Contudo, enquanto a hermenêutica enfatiza a unidade de sentido e o consenso; a dialética se orienta para a busca dos núcleos obscuros e contraditórios para sustentar uma crítica^{9,10}.

Foi realizado um estudo de casos múltiplos com um percurso metodológico estruturado em três etapas: exploratória, de trabalho de campo, e de compreensão dos dados.

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

No universo das 39 operadoras, procurou-se identificar aquelas que ofereciam programas de promoção da saúde e prevenção de doenças. Essa identificação mostrou-se bastante desafiante, uma vez que as informações sobre os programas de promoção e prevenção nas operadoras não são explícitas e nem todos os programas desenvolvidos são registrados na ANS.

Dentre as 23 operadoras que confirmaram, por contato telefônico, o desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, seis aceitaram o convite para participar da pesquisa e foram incluídas na segunda etapa do estudo.

O trabalho de campo foi realizado em duas fases: na primeira, foram realizadas entrevistas com representantes da gestão das operadoras e/ou coordenadores dos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças; a segunda constituiu-se de observações participantes das atividades dos programas investigados e entrevistas com profissionais e beneficiários, com objetivo de aprofundar o conhecimento do fenômeno em estudo.

Assim, o *corpus* empírico do estudo foi constituído de: quatro entrevistas com gestores das operadoras, cinco entrevistas com coordenadores dos programas de promoção da saúde, uma entrevista com gestor de uma prestadora terceirizada, 14 entrevistas com profissionais, e 16 entrevistas com usuários, que somaram 1.013 minutos de gravação em áudio. Compuseram, também, o *corpus* 33 páginas de registro em diário de campo referente às observações das práticas estudadas.

A interpretação do conjunto dos seis casos estudados foi realizada a partir da estratégia de síntese de casos cruzados, proposta por Yin¹¹. Seguindo as orientações do autor, as categorias temáticas resultantes da leitura transversal dos 06 casos estudados foram discutidas a partir da articulação entre os dados e a produção científica relacionada, configurando o movimento, ao mesmo tempo, compreensivo e crítico, sustentado pelo referencial da hermenêutica-dialética. Neste processo, os dados empíricos foram comparados e confrontados com outros estudos.

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

Todas as etapas deste estudo respeitaram os preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, tendo sido o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas.

Resultados

A partir da análise dos programas das seis operadoras de planos de saúde, foi possível identificar a diversidade de temas e formas de trabalho que compõe o campo da promoção da saúde na saúde suplementar.

A incorporação de profissionais de saúde não médicos e a realização de atividades grupais são marcantes nos programas. Além disso, o estudo revelou que há um intenso investimento em programas direcionados à atividade física, pessoas da terceira idade e portadores de obesidade. Essas informações foram sintetizadas e apresentadas no Quadro 1.

Processos educativos em saúde perpassam todos os programas analisados, contudo existem diferenças nas formas de abordagem e nas temáticas trabalhadas. Neste âmbito, programas como de Obesidade (operadora 4), Nutrição, Gestação e Puerpério (operadora 5), caracterizam-se por manterem o enfoque na g nese e prevenção de doenç as, além de centrarem-se nos profissionais de saúde e transmissão vertical de informações.

A palestra transcorreu com a fala unilateral da nutricionista. Com o passar do tempo as gestantes começaram a apresentar sinais de cansaço evidenciado por inquietude, posturas inadequadas nas cadeiras e olhares desatentos. (Notas de observa o do programa gesta o e puerpério da OP 5)

Na saúde, a pessoa estuda a doenç a, o tratamento, a evolução da doenç a, mas esquece que as pessoas são únicas, têm sua história de vida e seus hábitos. [...] Se a gente tivesse uma hora para identificar o perfil daquele grupo, trabalhar para aquele grupo, ao invés de ser uma coisa quadradinha igual a gente faz... (Médico OP 5)

Além disso, foram identificados programas que, apesar de manterem o enfoque em temáticas tradicionais, como prevenção e controle de doenç as, inovam ao incorporarem metodologias e tecnologias de trabalho dialógicas e reflexivas, tais como os programas: Adolescentes (operadora 1), Tratamento da obesidade (operadora 2) e Educa o em saúde do trabalhador (operadora 3).

Acho que   o momento de ensiná-los a ter autocuidado, acho que tudo começa na adolescência, na reflexão. [...] Nós utilizamos dinâmicas de grupo porque   mais interativo, às vezes os jovens preferem utilizar da criatividade. (Psicóloga 1 OP 1)

Foram criados temas que direcionam nosso trabalho como reeduca o alimentar, ansiedade, autoestima... Esses temas foram definidos a partir da demanda dos grupos e são trabalhados através de discussões em roda e dinâmicas. (Psicóloga OP 2)

Para finalizar os encontros grupais a psicóloga realizava dinâmicas ou leitura de reflexões motivacionais para incentivar atitudes de supera o dos desafios. (Notas de observa o do programa tratamento da obesidade da OP 2)

Para iniciar as atividades, após um momento de descontra o, o psicólogo introduziu os temas das oficinas através de associa es com situa es da vida cotidiana ou leitura de textos reflexivos. As atividades que compõem as oficinas consistem em: exposi o dos temas, tais como memória espacial e técnicas de memoriza o; utiliza o de imagens e exercícios projetados em data show para viabilizar atividades grupais com participa o verbal; exercícios individuais e escritos que são compartilhados com o grupo após a constru o; mensagens de reflexão motivacional ao final das atividades. (Notas de observa o do programa Oficina da memória da OP 1)

Também foram identificados programas que não se limitam, necessariamente, às temáticas relacionadas às doenç as e aos doentes, mas têm, como premissa, favorecer o vínculo e socializa o dos beneficiários. Nessa perspectiva podem-se tomar como exemplos os programas Oficina da memória e Dança para maiores de sessenta anos (operadora 1), Yoga (operadora 6).

Quadro 1. Síntese dos programas de promoção da saúde analisados nas operadoras estudadas. Belo Horizonte, 2013

OP	Programa	Objetivo	Metodologia	Profissionais	Beneficiários	Observações
01	Adolescentes	Prevenir riscos biológicos e psicossociais	Rodas de discussão, dinâmicas	Psicóloga e Hebiatra	Jovens de 11 a 17 anos	Discussões interativas sobre comportamentos e hábitos
01	Condicionamento físico	Combater sedentarismo, promover socialização	Atividades aeróbicas e anaeróbicas	Fisioterapeuta	Predomínio de idosos	Afetividade e vínculo entre beneficiários e profissional
01	Consciência postural	Melhorar flexibilidade e força	Atividades aeróbicas e anaeróbicas	Fisioterapeuta	Predomínio de idosos	Afetividade e vínculo entre beneficiários e profissional
01	Oficina da memória	Exercitar a memória para prevenir déficit	Exposição dialogada, exercícios escritos e verbais	Psicóloga	Predomínio de idosos	Incentivo ao autocuidado, cooperação e socialização
01	Dança melhor idade	Concentração, memória e flexibilidade	Coreografia em grupo	Fisioterapeuta	Predomínio de idosos	Atividade prazerosa que promove socialização e vínculo
02	Tratamento Obesidade	Mudanças comportamentais no pré e pós op. de cirurgia bariátrica	Exposição dialogada, apoio psicológico, dinâmicas	Psicóloga, nutricionista e profissionais convidados	Obesos com indicação cirúrgica	Discussões coletivas com compartilhamento de experiências e métodos de autoajuda
02	Reeducação Alimentar	Mudança hábitos	idem	idem	Sobrepeso, sem indicação cirúrgica	Discussões coletivas com compartilhamento de experiências e métodos de autoajuda
03	Educação em saúde do trabalhador	Prevenção de acidentes de trabalho	Dinâmica de grupo	Fisioterapeuta e estagiários	Trabalhadores de um Call Center	Método alternativo e criativo para promover uma discussão pontual
04	Controle da obesidade	Prevenir cirurgia e doenças, mudar hábitos	- Atividade física - reuniões grupais com psicóloga e nutricionista	Fisioterapeuta, educador físico, psicóloga, nutricionista	Pessoas em sobrepeso e/ou doenças relacionadas	Focalização em mudança de hábitos de vida, através de atividades, consultas e discussões grupais
05	Gestação e puerpério	Educar sobre a gestação e cuidados com recém-nascido	Palestras	Obstetra, pediatra, dentista e nutricionista	Gestantes e seus companheiros	Transmissão de informações de profissionais para beneficiários
05	Nutrição	Promover emagrecimento através de mudança de hábitos	Palestras	Nutricionista e psicólogo	Pessoas em sobrepeso	Transmissão de informações de profissionais para beneficiários. Foco em mudança de hábitos
06	Yoga	Bem-estar físico, mental e espiritual	Aulas	Profissional com formação para professor de Yoga	Predomínio de idosos	Grupo interativo, participativo, contínuo e integrado
06	Atividade Física	Hábito saudável	Exercícios físicos aeróbicos e anaeróbicos	Educador físico	Predomínio de idosos	Grupo interativo, participativo, contínuo e integrado

Fonte: Dados da pesquisa.

Elas reconhecem o benefício da dança, mas permanecem por causa da socialização, dessa amizade. Então, eu acho que isso fortalece o grupo. (Fisioterapeuta OP1)

O grupo de dança tem impacto em minha vida emocional, é quase uma família. (Beneficiária 5 OP 1)

[...] é muito bom o grupo, a professora é excelente e nós fazemos muita amizade. (Beneficiário 2 OP6)

Eles têm alegria em vir fazer a aula, são integrados, topam tudo, gostam de novidade. (Professora de Yoga OP 6)

A qualidade de vida, prevenção de déficit de memória e socialização foram reveladas como motivações para participação dos beneficiários nos programas. As concepções de saúde dos beneficiários se relacionam a bons hábitos e condições de vida, além de motivações para emagrecimento e prevenção das complicações e limitações impostas pelo sobrepeso. Além disso, a responsabilidade pelo autocuidado foi atribuída a si, com apoio dos familiares.

Olha, eu considero eu responsável pela minha saúde, porque se eu não fizer, né, meu filho por mais que ele goste de mim, por mais que ele cuide de mim, me oriente, ele não vai fazer o que eu preciso. [...] Saúde é viver bem, alimentar bem, dormir bem e proporcionar à mente uma atitude salutar, né? A minha motivação é a precisão de não perder mesmo a memória, de estar atualizado porque eu tive uma experiência muito triste, não sei se eu já te falei, que meu marido teve Alzheimer [...]. (Beneficiário 3 OP 1)

Eu tive duas trombozes e sempre deixando, fora que eu tenho uma família toda obesa. Agora a idade vai chegando aí vai aparecendo as dores no joelho a pressão alta e falei eu não quero ficar assim eu quero mudar, então ainda dá tempo de mudar, e foi através daí que eu falei chega. Agora eu vou mudar minha vida. (Beneficiário 2 OP 2)

Eu participo de grupo há quatro anos, cheguei aqui por indicação do meu cardiologista. Minha pressão estava alta e eu pesava dez quilos a mais. Aqui, a gente faz os exercícios bem monitorados, isso você não vê nas academias. Tem também os grupos com a nutricionista e psicóloga que ajudam muito a gente. É um conjunto né. (Beneficiário 3 OP 4)

Apesar das diferenças entre os programas, na perspectiva dos gestores das operadoras e coordenadores dos programas, é comum o enfoque no controle de riscos e comportamentos, exercido por meio de práticas para padronização de hábitos de vida considerados saudáveis, com vistas à contenção de custos por meio da redução do consumo de serviço de alto custo.

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

Eu acho que seja um diferencial para a operadora porque não é toda empresa de saúde que tem o programa de promoção e prevenção. Então, é importante porque você tem um tratamento diferenciado para esses beneficiários. A gente consegue acompanhar eles muito melhor e tem redução de custo. (Coordenador dos programas da OP 2)

Então, nós temos várias atividades que o objetivo é embutir na cabeça das pessoas a vida saudável. [...] Envelhecendo menos doente, isso abaixaria a sinistralidade da carteira. [...]

Evidente que tem a questão humana, da pessoa ter qualidade de vida de fato, mas é claro que não é só isso, tem todo um contexto de custo aí envolvido. (Gestor OP 6)

O paciente do Controle de Crônicos, como não dói, a doença ela é silenciosa, eles são indisciplinados, então eles me geram um alto custo no tratamento deles porque eles não comparecem às minhas consultas, um absenteísmo muito grande. Então trabalhar esse paciente é difícil porque eu perco meu tempo médico que eu poderia abrir para outra pessoa que está precisando. Eu não consigo trazer esse paciente porque ele não se convence da importância. A gente tem também a demanda do tempo da equipe que é desperdiçado. (Coordenador OP 5)

Os discursos a seguir revelam que estratégias relacionadas aos programas de promoção da saúde visam modificar os hábitos de vida das pessoas envolvidas, a partir de conhecimentos científicos que apontam os padrões de normalidade e saúde.

A promoção é o acesso à informação, oferecer um leque de informações ali para ele [o beneficiário] ter conhecimento e mudar o hábito de vida e não adoecer. (Gestor OP 2)

O principal objetivo dos grupos que a gente tem hoje é conseguir que eles realmente mudem hábitos de vida. [...] É muito mais coerente você trabalhar na promoção evitando que venha a doença do que você trabalhar na doença já instalada que é mais oneroso, mais trabalhoso, tanto economicamente, quanto de tempo de dificuldade. (Psicólogo 1 OP 2)

[...] Se você não conhece a população com a qual está trabalhando, você não atua realmente nos fatores de risco. [...] Mudar o hábito de uma pessoa que quer parar de fumar é muito difícil. [...] Trabalhar promoção da saúde é mudança de hábito de vida. (Coordenador OP 3)

O enfoque disciplinador e controlador, marcante nos programas analisados, foi revelado nos discursos que enunciam o objetivo de “ensinar e convencer” as pessoas sobre as maneiras saudáveis de viver a vida e de aderir às normas e padrões:

É para ensinar às pessoas a fazerem escolhas inteligentes, escolhas saudáveis. [...] É isso que nós queremos mudar, queremos fazer com que essas pessoas tenham inteligência em escolher os melhores alimentos, as melhores refeições. No primeiro encontro ela pede para eles anotarem suas escolhas alimentares e no segundo encontro discute o que está certo e o que está errado. (Coordenador OP 3)

Resumir tudo isso em uma única palavra seria falar em mudança de hábitos, é isso que estamos buscando. Então, o diabético, que é um paciente difícil de ser cuidado, nós queremos convencê-lo da importância de uma alimentação saudável, da atividade física [...] O paciente do controle de crônicos, como não dói, a doença ela é silenciosa, eles são indisciplinados, então eles me geram um alto custo no tratamento deles porque eles não comparecem às minhas consultas, um absenteísmo muito grande. Então trabalhar esse paciente é difícil porque eu perco meu tempo médico [...]. Eu não consigo trazer esse paciente porque ele não se convence da importância. (Coordenador OP 5)

Aqui nós tentamos convencer as pessoas que não adianta costurar estômago, tem que mudar pensamento. (Psicólogo 1 OP 5)

As pessoas fazem porque elas se sentem obrigadas a fazer porque o mundo fala hoje sobre promoção da saúde. (Coordenador OP 3)

Discussão

O conjunto de dados suscitou discussões acerca das concepções e práticas de promoção da saúde presentes nos programas das operadoras analisadas. Neste sentido, a concepção de saúde orientadora das práticas de promoção da saúde foi identificada na perspectiva que entende a saúde como bem-estar físico e mental, condicionada por fatores biológicos e comportamentais centrados no indivíduo. A restrição desse conceito aos determinantes proximais do processo saúde-doença foi revelada por meio dos objetos de intervenção que, em geral, dizem respeito aos hábitos de vida das pessoas, bem como aos indivíduos doentes e àqueles que apresentam risco aumentado para adoecimento.

No que se refere às intervenções sobre os hábitos e estilos de vida, o estudo revelou programas focalizados na padronização de condutas, por meio de abordagens recorrentes sobre exercícios físicos e hábitos alimentares. A ênfase nesses aspectos está relacionada ao objetivo de modelar o comportamento das pessoas em nome da saúde e qualidade de vida¹². Outros estudos também discutem o limite dessa atuação sobre estilos e hábitos de vida com forte ênfase na responsabilização individual¹³⁻¹⁵.

As concepções de saúde e as intervenções para promovê-la, que emergiram da análise dos dados, parecem retomar o foco proposto pelo Relatório Lalonde, na década de 1970. A ênfase desse Relatório era direcionada às intervenções sobre os estilos de vida dos indivíduos com vistas ao enfrentamento dos altos custos com assistência médica, associados ao modelo de falência do Estado de Bem-estar social¹⁶. Com isso, a responsabilização pela adoção de hábitos e comportamentos saudáveis teve um forte caráter individualista repercutindo em ações moralizadoras e culpabilizantes.

Destaca-se, também, que os resultados revelam que os programas denominados pelas operadoras como promoção da saúde apresentam características essencialmente preventivistas, visto que têm como foco evitar doenças e complicações por meio da mudança de comportamentos em prol da adoção de hábitos preconcebidos como sendo saudáveis. A confusão conceitual no campo da promoção da saúde e a pluralidade de abordagens que o campo comporta têm sido alvo de discussões¹⁷⁻²⁰.

Admitindo-se a pluralidade, podem-se distinguir três abordagens no campo da promoção da saúde: biomédica, comportamental e socioambiental²¹. A primeira conceitua saúde como ausência de doenças e considera as condições biológicas como principais determinantes do processo saúde-doenças. A segunda acrescenta o bem-estar mental dos indivíduos ao conceito de saúde e reconhece fatores comportamentais como determinantes de saúde. A abordagem socioambiental, também referida como 'nova promoção da saúde', amplia a compreensão de saúde ao focar seus determinantes sociais, econômicos, culturais, políticos e ambientais, além dos biológicos⁶.

A concepção comportamental, que também é tratada como uma perspectiva conservadora da promoção da saúde¹³, sustenta-se na racionalidade médica que estabelece padrões de normalidade e cria mecanismos de responsabilização dos indivíduos quanto à preservação de sua própria saúde, sem considerar os fatores socioeconômicos, culturais e ambientais, os quais constituem os determinantes distais do processo saúde-doença.

Sob essa ótica, a responsabilidade pelo desenvolvimento de doenças está diretamente relacionada a atitudes de risco com atribuição unicamente aos indivíduos. O caráter individualista dessa concepção pode resultar em culpabilização daqueles que não se submetem ou não alcançam as determinações ditadas por aqueles que prescrevem o modo correto e saudável de viver¹³.

Além disso, o enfoque sobre o risco traduz uma resignificação da noção de perigo na perspectiva da 'domesticação do futuro'²². Ao adotá-lo, instauram-se mecanismos de controle dos indivíduos, que se tornam mais adequados às relações de forças e modos de organização da sociedade contemporânea, uma vez que a abordagem dos riscos quase sempre é transvestida por sutilezas persuasivas e permeáveis, capilarizadas, quase invisíveis²².

Nessa perspectiva, os programas analisados explicitam formas de poder sobre a vida, instituindo modos por meio dos quais as pessoas devem viver sem considerar seus anseios ou possibilidades. Revelam-se, portanto, como dispositivos biopolíticos que, centrados nos aspectos comportamentais,

estabelecem estratégias direcionadas ao controle da vida em suas várias formas de produção, por meio de atos prescritivos idealizados pelas hegemonias²³.

Contudo, no processo de criação de normas biopolíticas, admite-se a existência de uma rede de micropoderes que operam, muitas vezes, em polos opostos, tendendo ora à manutenção de uma lógica conservadora, ora instaurando outras perspectivas no campo. Assim, o estudo revelou programas que sinalizam mudanças em diferentes planos de profundidade, com características que possibilitam diferenciá-los como tradicionais, em transição e inovadores.

A vertente considerada tradicional foi revelada sobremaneira nos programas que utilizam práticas educativas expositivas fundamentadas em ideais preventivistas, que privilegiam a prescrição de condutas definidas por profissionais de saúde, sem que haja um diálogo crítico com os beneficiários para elucidar suas possibilidades e seus desejos. Nessa perspectiva, a autonomia dos sujeitos, princípio fundamental do ideário da promoção da saúde, não foi revelada nesses programas. Verificou-se a utilização do modelo behaviorista de educação, no qual a figura do profissional de saúde é central para decidir o que deve ser ensinado.

Consideramos em processo de transição aqueles programas que, apesar de manterem o enfoque em temáticas tradicionais, inovam ao incorporarem tecnologias mais relacionais que valorizam o compartilhamento de sentimentos e necessidades, por meio de processos de educação dialogada e da utilização de instrumentos para incentivar reflexões, tais como as dinâmicas de grupo, filmes e construções manuais. Nessas práticas os profissionais atuam como facilitadores do processo, instigando as discussões e problematizando as temáticas abordadas, mas oferecem abertura para que os próprios participantes direcionem as discussões conforme seus anseios.

Esses programas mantêm o foco em orientações individuais e sugerem a existência do enfoque psicológico do empoderamento²⁴ como uma estratégia que tem como objetivo fortalecer a autoestima, além de desenvolver mecanismos de autoajuda e adaptação ao meio. Esse tipo de empoderamento contribui, no máximo, para produzir uma autonomia regulada, na qual o sentimento de poder cria a ilusão da existência efetiva de poder.

No âmbito dos programas que podem ser considerados inovadores, destacam-se os grupos de Yoga, dança, atividade física (OP1 e OP6) e oficina da memória. Nestes, mantém-se a centralidade no indivíduo, contudo, avança-se no reconhecimento de que a interação social, a criação de vínculos e o bem-estar psicoemocional são potentes para a promoção da saúde. As atividades em grupo contribuem para fortalecer a vinculação entre os participantes das práticas e destes com os profissionais, ampliando as relações de confiança²³, elemento essencial para uma práxis transformadora no trabalho em saúde.

Sabe-se que a complexa proposta de promover saúde envolve atuação nos macrodeterminantes, como coalizões para advocacia e ação política, mas, também, a singularidade das experiências subjetivas dos indivíduos, por meio do encontro com seus pares e da relação consigo mesmos. Ambas as dimensões não são excludentes, mas se complementam na compreensão da totalidade de aspectos que atravessam o campo da promoção da saúde⁶. Este artigo aprofundou-se em aspectos relativos aos microespaços de promoção da saúde no contexto de operadoras de planos de saúde, e revela a necessidade de continuidade de estudos que permitam explorar questões referentes à macroestrutura política e de regulação pública.

Considerações finais

O estudo de natureza qualitativa apresenta limites por não permitir generalizações estatísticas, visto que se trata da análise de uma realidade em particular. Contudo, os resultados de estudo de casos múltiplos permitem a criação e expansão de teorias que poderão ser comparadas e confrontadas com resultados de outros estudos, realizados em cenários diferentes.

No presente estudo de casos, conclui-se que a crescente incorporação de estratégias de promoção da saúde no setor de saúde suplementar sugere o interesse das operadoras de investir em mudanças

na oferta de serviços de saúde. Essa análise pode ser sustentada pela incorporação de novas metodologias de trabalho, as quais são desenvolvidas em outros espaços que ultrapassam os limites dos hospitais.

Neste âmbito, alguns programas incluem grupos de beneficiários que, até então, eram percebidos somente quando buscavam assistência médico-hospitalar por demanda espontânea. A inclusão de novas categorias profissionais, além do profissional médico, também sugere mudança e pode contribuir para uma assistência orientada pelos princípios da integralidade.

Na análise da profundidade das mudanças provocadas pelas práticas de promoção da saúde, foram identificadas nuances entre os programas que permitiram classificá-los como: tradicionais, em transição e inovadores. As inovações apresentadas por alguns programas dizem respeito, essencialmente, à incorporação de metodologias de trabalho que ultrapassam a transmissão vertical de informações e permitem a interação criativa entre os envolvidos, além da valorização dos aspectos relacionais do cuidado em saúde.

As inovações reveladas apresentam potencial para impactar o modelo assistencial hegemônico praticado na saúde suplementar, mas precisam ser ampliadas para não se limitarem aos grupos considerados de risco.

Apesar das inovações reveladas, não foram identificadas evidências de transformações no campo conceitual e prático da promoção da saúde, visto que prevalece a abordagem comportamentalista. Essa proposição fundamenta-se 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.

O plano de transformação abrange: a essência do processo das práticas, a adoção de novos paradigmas e abordagem dos determinantes sociais. Neste plano, estão as intervenções que resultam em alterações globais dos conteúdos, dos processos e das relações, caracterizando verdadeiras transformações no campo da promoção da saúde.

Assim, as mudanças reveladas são incompatíveis com a abordagem mais moderna e transformadora de promoção da saúde, a qual tem como premissas: o empoderamento, compromisso social, concepção holística, intersectorialidade, equidade e sustentabilidade. Acredita-se que a lógica econômica predominante no setor suplementar de saúde é contraditória ao ideário sociopolítico de promoção da saúde. Essa discussão sinaliza para a necessidade de alinhar os subsetores público e privado para que seja possível alcançar uma política de saúde mais coerente com os preceitos do Sistema Único de Saúde.

Colaboradores

Andreza Trevenzoli Rodrigues e Kênia Lara Silva trabalharam juntas em todas as etapas de produção do manuscrito. Roseni Rosângela de Sena participou da discussão dos achados e revisão geral do manuscrito.

Referências

1. Menicucci TMG. A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado. In: Santos NR, Amarante PDC, organizadores. *Gestão pública e relação público-privado na saúde*. Rio de Janeiro: CEBES; 2011. p. 180-97.
2. Andrade ELG, Lana FCF, Cherchiglia ML, Freitas RM, Malta DC, Ferreira LM, et al. Análise dos modelos assistenciais praticados pelas operadoras de planos de saúde em Minas Gerais. In: Pereira RC, Silvestre RM, organizadores. *Regulação e modelos assistenciais em saúde suplementar: produção científica da Rede de Centros Colaboradores da ANS – 2006/2008*. Brasília (DF): OPAS, OMS; 2009. p. 87-118.
3. Ceccim RB, Ferla AA, Bilibio LF, Armani TB, Schaedler LI, Morais M, et al. Imaginários sobre a perspectiva pública e privada do exercício profissional em saúde e a educação da saúde. In: Pereira RC, Silvestre RM, organizadores. *Regulação e modelos assistenciais em saúde suplementar: produção científica da Rede de Centros Colaboradores da ANS – 2006/2008*. Brasília (DF): OPAS, OMS; 2009. p. 199-233.
4. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar*. 4a ed. Rio de Janeiro: ANS; 2011.
5. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Programa de qualificação da saúde suplementar: qualificação das operadoras [Internet]. Rio de Janeiro: ANS; 2010 [acesso 2012 Abr 20]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/ANS/Transparencia_Institucional/Indicadores_de_qualidade/texto_base_aval_des_idss_20090811.pdf
6. Silva KL, Sena RR. *Poder, autonomia e responsabilização: promoção da saúde em espaços sociais da vida cotidiana*. São Paulo: Hucitec; 2010.
7. Neto JLF, Kind L, Barros JS, Azevedo NS, Abrantes TM. Apontamentos sobre promoção da saúde e biopoder. *Saude Soc*. 2009; 18(3):456-66.
8. Cohn A. Questionando conceitos: o público e o privado na saúde no século XXI. In: Santos NR, Amarante PDC, organizadores. *Gestão pública e relação público-privado na saúde*. Rio de Janeiro: CEBES; 2011. p. 267-74.
9. Minayo MCS, Souza ER, Constantino P, Santos NC. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. 20a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 71-103.
10. Habermas J. *Dialética e hermenêutica: para a crítica da hermenêutica de Gadamer*. Porto Alegre: LPM; 1987.
11. Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 4a ed. Porto Alegre: Bookman; 2010.
12. Freitas PSS, Schwartz TD, Ribeiro CDM, Maciel ELN, Lima RCD. A percepção dos usuários sobre a oferta de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças: o caso de uma operadora de autogestão. *Physis*. 2011; 21(2):449-69.
13. Ferreira MS, Castiel LD, Cardoso MHCA. Atividade física na perspectiva da nova promoção da saúde: contradições de um programa institucional. *Cienc Saude Colet*. 2011; 16(1):865-72.

14. Frich JC, Malterud K, Fugelli P. Experiences of guilt and shame in patients with familial hypercholesterolemia: a qualitative interview study. *Patient Educ Couns*. 2007; 69(1-3):108-13.
15. Stokols D. Translating social ecological theory into guidelines for community health promotion. *Am J Health Prom*. 1996; 10(4):282-98.
16. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Cienc Saude Colet*. 2000; 5(1):163-77.
17. Oliveira SR, Gonçalves AM, Horta NC, Sena RR. Promoção da saúde: concepções de equipes de saúde da família dos municípios de Belo Horizonte e Contagem - MG. *Rev APS*. 2011; 14(3):283-8.
18. Tesser CD, Garcia AV, Argenta CE, Vendruscolo C. Concepções de promoção da saúde que permeiam o ideário de equipes da estratégia saúde da família da grande Florianópolis. *Rev Saude Publica Santa Catarina*. 2010; 3(1):42-56.
19. Falcón GCS, Erdmann AL, Backes DS. Meanings of care in health promotion. *Rev Latino-am Enferm*. 2008; 16(3):419-24.
20. Traverso-Yépez MA. Dilemmas on Health promotion in Brazil: considerations on the national policy. *Interface (Botucatu)*. 2007; 11(22):223-38.
21. Westphal MF. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: Campos GWS, Bonfim JRA, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2012. p. 635-67.
22. Castiel LD. Risco e hiperprevenção: o epidemiopoder e a promoção da saúde como prática biopolítica com formato religioso. In: Nogueira RP, organizador. *Determinação social da saúde e reforma sanitária*. Rio de Janeiro: CEBES; 2010. p. 161-79.
23. Ribeiro CDM, Franco TB, Silva Júnior AG, Lima RCD, Andrade CS, organizadores. *Saúde suplementar, biopolítica e promoção da saúde*. São Paulo: Hucitec; 2011.
24. Carvalho SR, Gastaldo D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. *Cienc Saude Colet*. 2008; 13(2):2029-40.

Rodrigues AT, Silva KL, Sena RR. Programas de promoción de la salud en la salud suplementaria en Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: concepciones y prácticas. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):455-66.

El objetivo del estudio fue analizar programas de promoción de la salud desarrollados por operadoras de seguros médicos. Se trata de estudio de casos múltiples de abordaje cualitativo. Los datos se obtuvieron de entrevistas con cuarenta participantes, entre gestores, profesionales y beneficiarios de seis operadoras de seguros de salud en Belo Horizonte/Minas Gerais, Brasil. Se realizaron observaciones con los participantes de los programas de promoción de la salud. El análisis explicitó que el abordaje comportamental de promoción de la salud es prevalente. Los programas presentan características que permiten diferenciarlos en: tradicionales, en transición e innovadores. Los hallazgos indican cambios en la lógica de producción de la salud, pero con potencial reducido para desencadenar la transformación. Se concluyó que existe la necesidad de apoyo a las operadoras sobre las concepciones y modelos de promoción de la salud para inducir cambios e innovaciones.

Palabras clave: Promoción de la salud. Salud complementaria. Encuesta cualitativa.

Recebido em 02/03/14. Aprovado em 01/12/14.