**Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem**

**Estratégia de Saúde da Família no Sistema de
Saúde Suplementar:
convergências e contradições de uma nova
proposta**

Mary Lopes Reis

São Paulo
2008

**Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem**

**Estratégia de Saúde da Família no Sistema de Saúde
Suplementar: convergências e contradições de uma nova
proposta**

Mary Lopes Reis

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto (PROESA) para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora:

Profa. Dra. Vilanice Alves de Araújo Püschel

São Paulo
2008

Autorizo a reprodução total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio, convencional ou eletrônico, desde que citada a fonte.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Reis, Mary Lopes.

Estratégia de saúde da família no sistema de saúde complementar: convergências e contradições de uma nova proposta./ Mary Lopes Reis. – São Paulo, 2008.

96 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Vilanice Alves de Araújo Püschel.

1. Saúde da família
2. Sistema de saúde (gerenciamento)
3. Atenção à saúde I. Título.

Nome: Mary Lopes Reis

Título: Estratégia de Saúde da Família no Sistema de Saúde Suplementar:
convergências e contradições de uma nova proposta

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto
(PROESA) para obtenção do título de Mestre em
Enfermagem.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

À Márcia Lopes Reis

*Você é a pessoa mais generosa
que conheço!*

AGRADECIMENTOS

“Ó profundidade das riquezas, tanto da sabedoria, como da ciência de Deus! Quão insondáveis são os seus juízos, e quão inescrutáveis os seus caminhos! Por que quem compreendeu o intento do Senhor? Ou quem foi seu conselheiro? Ou quem lhe deu primeiro a Ele para que lhe seja recompensado? Porque dEle e por Ele, e para Ele são todas as coisas; glória pois Ele eternamente. Amém.”

Epístola de São Paulo aos Romanos 11.33-36

À minha orientadora, Profa. Dra. Vilanice Alves de Araújo Püschel, por colocar em prática a pedagogia libertadora e a metodologia dialética, respeitando idéias, compartilhando conhecimentos. E pela tamanha sensibilidade, acolhendo minhas angústias e trilhando junto comigo um caminho cheio de percalços, porém muito prazeroso, ajudando-me a encontrar alternativas.

À Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil, pela autorização para realizar esta pesquisa.

Aos sujeitos dessa pesquisa: vocês me emocionaram pelo despojamento em suas respostas e participação! Obrigada!

Aos meus pais, Joel e Maria Izabel, pela semente da busca pelo conhecimento plantada em nós muito cedo, adubada com amor ao longo de nossa convivência.

À Márcia, querida irmã, que com apenas dez anos já colocava em prática seu dom de ensinar, me apresentando o prazer da leitura e da escrita. Obrigada pelo incentivo, pelo seu amor e pelas diversas contribuições que fez para este trabalho.

À Érica Reis (Baby), minha sobrinha, pelo companheirismo e sua forma doce de ser!

Ao Sérgio, meu irmão, que acredita sempre que o melhor é possível, incentivando-me. E pela renovação que significa meu sobrinho Gabriel.

À equipe do Núcleo de Saúde Mental, Lilian Garcia Paes, Adriano William Pires, Manoel de Maria Teixeira, José Leão de Carvalho Jr. e Rita Regina Fabri Cabral. Sem a parceria de vocês, este trabalho não seria possível. Ao Alberto Antonio Comuana, pelo apoio, pelas trocas de idéias, pelo incentivo nas corridas, por me ensinar que alguns limites são para respeitarmos, outros para enfrentarmos e outros tantos, para superarmos.

À equipe do Módulo ABC, pela colaboração no pré-teste do instrumento de coleta de dados.

Aos funcionários da EEUSP, que com zelo e dedicação me acolheram e compartilharam minhas conquistas.

Ao colegiado da CASSI SP, especialmente à Angela Melim, pelo seu apoio e credibilidade em mim depositada.

À Denise Rodrigues Eloi de Brito, à Ana Maria Monteiro Machado e à equipe do Núcleo de Regulação da CASSI DF, pelo acolhimento e apoio para finalização deste trabalho.

À família Santos & Companhia, por me alimentarem com uma convivência cheia de afeto!

À querida Patrícia Souza Fochi, pela escuta dedicada, séria e sincera em um dos caminhos trilhados para meu autoconhecimento, tão necessário para a consciência de novos rumos.

Ao Hélio, pela correção gramatical.

À FAPESP pelo apoio financeiro a este projeto.

RESUMO

Reis ML. Estratégia de Saúde da Família no Sistema de Saúde Suplementar: convergências e contradições de uma nova proposta. [dissertação de mestrado] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2008.

A pesquisa, de natureza qualitativa, consiste em colocar em evidência a implementação da Estratégia de Saúde da Família no Sistema de Saúde Suplementar no município de São Paulo na interface entre o modelo pautado na doença e o da promoção da saúde. Objetivos: 1) Identificar o conceito de saúde da família utilizado pelos profissionais da saúde de nível superior de uma empresa de autogestão do Sistema de Saúde Suplementar no município de São Paulo; 2) Apreender as formas de atuação dos profissionais da saúde de nível superior na Estratégia de Saúde da Família (ESF) dessa empresa de autogestão e 3) Identificar as possibilidades e os limites vivenciados pelos profissionais de saúde de nível superior na implementação da ESF nessa empresa de autogestão. Os dados foram coletados após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP, autorização da empresa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes. Foram realizadas entrevistas com quatorze profissionais da saúde de nível superior que atuam na ESF em uma empresa de autogestão do Sistema de Saúde Suplementar do município de São Paulo. Para analisar os dados, utilizou-se a análise de conteúdo. Os resultados mostram que dos entrevistados três são gestores, três enfermeiros, dois psicólogos, dois nutricionistas, dois assistentes sociais e dois médicos de família. O conceito de saúde da família parece transitar entre o modelo hegemônico, curativo, de atuação fragmentada e o modelo idealizado de atenção integral à saúde, que encontra suas bases nas ações de promoção da saúde, porém vinculadas sempre à prevenção de doenças, ao trabalho multidisciplinar, à lógica da diminuição dos custos do sistema, ao atendimento e abordagem familiar. No entanto, identificaram-se desafios que apontam para a mudança do paradigma. Há avanços na atuação da equipe na estratégia, porém são identificados limites relativos ao micro e ao macro contexto: ao trabalho em equipe, à gestão e a política da empresa, ao modelo de saúde do sistema de saúde suplementar, à estrutura de pessoal, à estrutura física e material e grande ênfase foi dada à informação e *marketing* na/da empresa. Apesar do movimento de busca por novas formas de prestar atendimento aos seus usuários, o sistema de saúde suplementar abarca em si contradições que dificultam a implementação de propostas baseadas na Promoção à Saúde. Para lograr êxito nesta proposta, são necessários investimentos de ordem político-governamental, organizacional, financeira e, fundamentalmente, na formação e educação permanente dos profissionais.

Palavras-chave: Saúde da família; Saúde Suplementar; Atenção Primária.

ABSTRACT

Reis ML. Family Health Strategy in the Supplemental Health System: convergences and contradictions of a new proposal. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2008.

The research, of qualitative nature, deals with the implementation of Family Health Strategy within the Supplemental Health at São Paulo city. A process bridging the interface between the health focused model, on one hand, and the other, which emphasizes the promotion of health. Objectives: 1) Identify the use of the concept of health of the family (family health) by upper level graduated health professionals of self-management company of Supplemental Health São Paulo city. 2) Understand the patterns of actions performed by these upper level graduated health professionals in the Health Family Strategy (FHS) of this self-management company and 3) Identify these upper level graduated health professionals' experience concerning the possibilities and the limitations in the implementation process of the ESF within this auto-management company. The data were collected and analysed after the approval of the Committee of Ethics in Research of the School of Nursing of USP, the authorization of the company and the signature of the Term of Assent Free and Clarified by the participants. Fourteen upper level graduated health professionals dealing with FHS in a Supplemental Health System auto-management company in the city of São Paulo were interviewed. To analyze the data the methodology of content analysis was applied. The results show that of the interviewed three they are managers, three social nurses, two psychologists, two nutritionists, two social assistants and two doctors of family. The concept of health of the family seems to shift between the fragmentary conceived curative hegemonic model and that, idealized, instead, upon an integrated model of health approach, that finds its bases in the actions of promotion of the health, however always aimed to the prevention of illnesses, multidisciplinary work, to the logic of system's reduction costs, to the attendance and familiar approach. However, challenges inspiring paradigmatic changing had been identified. There are positive moving in the sense of team engagement to the strategy, however, limitations are identified referring to relative micro and the macro contexts: of working as a team, to the management and the politics of the company, to the model of health as considered by Supplemental Health System, to the structure of staff, the physical and material structure and emphasis accorded information and marketing within and from the company. Despite the search for new forms in providing attendance to its users, Supplemental Health System's contradictions make it difficult for the implementation of proposals based upon promotion to the health. In order to successfully carry on this proposal investments are necessary in government-policy, organizational, financial and, fundamentally in permanent education of professionals.

Key words: Family Health; Supplementary Health; Primary Attention.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO

1.1	Contextualização sócio-político-econômica da saúde no Brasil	1
1.2	Mudança de paradigma na saúde: modelo biomédico X promoção à saúde	5
1.3	A Atenção Primária em Saúde e a Estratégia de Saúde da Família	6
1.4	O desenvolvimento do setor privado de assistência à saúde do Brasil	12
1.5	Empresas de autogestão em saúde: características e desafios	18
1.6	A Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI): da criação à implantação da Estratégia de Saúde da Família	20
1.6.1	CASSI: da reestruturação à implantação de um novo modelo de atenção à saúde	23

2 OBJETIVOS 32

3 REFERENCIAL TEÓRICO 33

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA 35

4.1	Natureza da investigação	35
4.2	Local do estudo	36
4.2.1	Contextualização do local do estudo	37
4.3	Sujeitos da pesquisa	39
4.4	Aspectos éticos	40
4.5	Coleta de dados	40
4.6	Análise dos dados	41

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 42

5.1	Caracterização dos participantes da pesquisa	43
5.2	O Conceito de Saúde da Família	46
5.3	A atuação profissional na Estratégia de Saúde da Família (ESF) da empresa de autogestão	55
5.3.1	As atividades desenvolvidas pelas equipes na ESF	56
5.3.2	Avanços do trabalho em equipe na ESF	58
5.3.3	Limites relacionados ao trabalho na ESF	60
5.3.4	Sugestões para superar os limites do trabalho da equipe na ESF	66
5.4	A implementação da Estratégia de Saúde da Família na empresa: possibilidades	69
5.5	A implementação da Estratégia de Saúde da Família na empresa: limites	72
5.5.1	Limites relacionados ao Modelo do Sistema de Saúde Suplementar	72

5.5.2	Limites relacionados à gestão e à política da empresa	75
5.5.3	Limites relacionados à estrutura de pessoal	79
5.5.4	Limites relacionados à estrutura física e material	81
5.5.5	Limites relacionados à Informação e <i>Marketing</i> na/da empresa	82
6	CONCLUSÕES	84
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
	REFERÊNCIAS	
	ANEXOS	

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

- Tabela 1 - Taxa de cobertura dos planos de assistência médica, por Unidades da Federação. Brasil, setembro/2007.
- Tabela 2 - Percentual de usuários de plano privado de saúde segundo a renda familiar, ano 2003.
- Tabela 3 - Distribuição percentual dos beneficiários de planos de assistência médica, por modalidade da operadora. Brasil – setembro/2007
- Tabela 4 - Caracterização dos participantes da pesquisa, segundo sexo, faixa etária, tempo de formado e cursos de especialização realizados. Empresa de autogestão. São Paulo-SP, 2007
- Figura 1 - Beneficiários de planos de saúde, por cobertura assistencial. Brasil - dezembro/2000-setembro/2007.
- Figura 2 - Evolução do registro de operadoras. Brasil – 1999-2007.
- Figura 3 - Estrutura etária dos beneficiários de planos de assistência médica, por modalidade da operadora. Brasil – setembro/2007.
- Figura 4 - Distribuição da população por sexo e faixa etária. São Paulo, 2000.
- Figura 5 - Esquema representacional do Conceito de Saúde da Família.Figura 6 – Esquema representacional
- Figura 6 - Esquema representacional da Implantação da Estratégia de Saúde da Família na Empresa

SIGLAS UTILIZADAS

SUS – Sistema Único de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

ESF – Estratégia de Saúde da Família

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

UNIDAS – União Nacional das Instituições de Autogestão

CASSI – Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil

GEAP – Fundação de Seguridade Social

Estratégia de Saúde da Família no Sistema de Saúde Suplementar: convergências e contradições de uma nova proposta

1. INTRODUÇÃO

O investimento dessa pesquisa consiste em colocar em evidência a implementação da Estratégia de Saúde da Família no Sistema de Saúde Suplementar no município de São Paulo na interface entre o modelo pautado na doença e o da promoção da saúde que privilegia a atenção primária em saúde. Busca-se apreender as facilidades e as dificuldades encontradas por uma empresa privada em suas opções diante da realidade vivenciada. Para isso, procurar-se-á contextualizar a saúde no Brasil, mostrar os aspectos que levam à mudança de paradigma na saúde, discorrer sobre a atenção primária e a estratégia de saúde da família para, finalmente, focar na empresa de autogestão que é o objeto da investigação.

1.1 Contextualização sócio-política-econômica da saúde no Brasil

Tem-se verificado no setor saúde mudanças relacionadas ao desenvolvimento técnico-científico, à informatização e à tecnologia, o que permite realizar tratamentos os mais diferenciados, embora se tenha acentuado a preocupação com os altos custos dos serviços. Associam-se também a transição demográfica, o envelhecimento da população e o aumento das doenças crônico-degenerativas. Muitas dessas mudanças foram impulsionadas pelo fenômeno da globalização da economia e que, a despeito dos seus benefícios, trouxe também grandes repercussões sociais¹.

Neste sentido, o movimento de mudança no setor saúde parece acompanhar as tendências do neoliberalismo, observáveis nas transformações macro-estruturais ocorridas após a adoção de novas práticas e protocolos por parte dos governos de diversos países. São consideradas propostas e estratégias liberalizantes: a desregulação dos mercados, a abertura comercial e financeira, a privatização do setor público e a redução do tamanho do Estado,

traduzido no Brasil nos anos 90, como “Estado Social Liberal” que teria como principal função a regulação, a representatividade política, a justiça e a solidariedade, devendo se afastar do campo da produção e se concentrar em sua função reguladora. Para o Banco Mundial – financiador dessa política – a idéia de que o Estado deveria arcar sozinho com o ônus da seguridade social estaria mudando; economias emergentes como o Brasil não poderiam arcar com esses custos e por isso seria necessário encontrar soluções inovadoras envolvendo as empresas, os sindicatos, as famílias e os grupos comunitários².

De forma geral, tais transformações têm levado à diminuição da responsabilidade do Estado e conseqüentemente redução da oferta de serviços básicos à população, com prejuízo, principalmente, das áreas de educação e saúde^{3, 4, 5, 6, 7}.

As conseqüências dessas mudanças têm se refletido no agravamento da precariedade das condições de vida da maioria da população. Rizzoto², ao analisar a crise no Brasil, iniciada nos anos 80, relata que:

Apesar de o Estado ter se ampliado em muito, concentrando funções e poderes, tornando-se o agente centralizador de recursos e dinamizador da economia nacional, as crises que marcaram o nosso processo de desenvolvimento e em particular a crise deste final de século, não é conseqüência do tamanho do Estado... As raízes internas desta instabilidade política e econômica [encontram-se] nas contradições intrínsecas às relações do sistema capitalista...(p.187)

O Estado Desenvolvimentista brasileiro consolidou o seu formato institucional e suas bases sociais de apoio num longo percurso que se iniciou nos anos 1920 e 1930, alcançou sua plenitude a partir dos anos 50, apresentando sinais de esgotamento ao final dos anos 70; notabilizou-se por uma ação seletiva e excludente, verificável, entre outros aspectos, pela criação de um sistema previdenciário restrito, pela inexistência de políticas sociais progressivas e abrangentes e pelo descaso ao processo migratório decorrente da formação de grandes latifúndios e o conseqüente problema de urbanização que esse processo acarretaria nos grandes centros urbanos².

O desenvolvimento traz avanços tecnológicos, que por sua vez também contribuem para a mudança de diversos processos em diferentes contextos sociais³.

Na área da saúde, acesso à tecnologia não necessariamente significa impacto positivo e efetividade, porém significa, e muito, aumento exacerbado dos custos, contribuindo ainda mais para a crise no setor saúde e diminuição da oferta de serviços à comunidade⁴.

A crise do papel do Estado no setor saúde tem sido vivenciada de diferentes formas em diversos países, como: Estados Unidos^{8, 9}, Tailândia¹⁰, Hong Kong¹¹, Canadá^{12, 13}, Kênia¹⁴ e outros do Continente Europeu¹⁵.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preocupada com as crescentes iniquidades sociais e de saúde, na Conferência de Alma-Ata (1978)¹⁶ discutiu e propôs ações para que os países garantissem “saúde para todos no ano 2000”.

Essa preocupação já havia levado o Brasil, ainda na primeira metade da década de 70, a iniciar um processo de expansão da cobertura assistencial, com a implantação de alguns serviços municipais. Tratava-se de serviços básicos de saúde destinados às populações de baixa renda das periferias urbanas e áreas rurais que não possuíam acesso aos serviços de saúde¹⁷.

Durante a V Conferência de Saúde de 1975 foram iniciadas as discussões sobre a criação de um Sistema Único de Saúde, porém as pressões de grupos políticos e empresariais levaram à implantação de Programas específicos vinculados ao Ministério da Saúde. O Programa de Interiorização das ações de Saúde e Saneamento do Nordeste iniciado em 1976 foi ampliado a partir de 1982, com conseqüente aumento no número de postos de saúde, centros de saúde e Unidades mistas, ratificando assim as propostas da Conferência de Alma Ata¹⁷.

Na primeira metade da década de 80 diversas foram as tentativas de implantação de uma reforma na saúde que articulasse o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência, porém somente em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, foram elaboradas as bases doutrinárias para a Reforma Sanitária Brasileira, bem como a democratização da saúde no país. O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) foi a estratégia de ação adotada até se garantir a legislação de um sistema de saúde único, o que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da nova Constituição Brasileira de 1988. Nessa época foram criados os conselhos estaduais e municipais de saúde, paritários e deliberativos¹⁷.

O SUS é formado por instituições de vários níveis de governo (União, Estados e Municípios), pelo setor privado contratado e conveniado e propõe a mesma filosofia de atuação,

mesma doutrina e sistemática em todo o território nacional. Possui como princípios doutrinários¹⁷,
¹⁸:

- **Universalidade** - atender a todos, independentemente de contribuição à Previdência Social;
- **Equidade** – assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira;
- **Integralidade** – reconhecer que cada pessoa é um todo indivisível, integrante de uma comunidade; as ações de promoção, prevenção e tratamento também formam um todo indivisível, devendo estar integradas como tal;

Os princípios organizativos mais importantes são:

- Descentralização, com o poder de decisão cada vez mais próximo da realidade em que se encontra o problema;
- Caráter complementar do setor privado;
- Racionalidade, oferecendo os serviços de acordo com as necessidades da população;
- Eficiência e eficácia, garantindo resultados positivos para os usuários com aplicação adequada dos recursos, sem desperdício;
- Democracia e controle social – através da criação dos Conselhos de Saúde, compostos por usuários, prestadores e profissionais de saúde;

A garantia do cumprimento dos princípios do SUS depende não somente da legislação, da gestão da mudança e da reorganização do sistema, como também da atuação dos profissionais de saúde e a maneira pela qual os usuários têm sido inseridos (e têm-se inserido) nesse processo. As práticas de saúde vigentes até então ainda não refletem tais princípios em sua totalidade uma vez que têm sido organizadas a partir de uma visão de homem cartesiana, na qual o indivíduo é visto como uma máquina. Nesse modelo de atenção à saúde, que é hegemônico, acredita-se que pela resolução das partes acometidas, portanto pela fragmentação do corpo, obtém-se o funcionamento do todo. Essa visão de homem e de ciência que constituiu a base do modelo de saúde adotado desde o século passado, vem sendo questionado nas suas bases e referências, frente à emergência de um novo paradigma de saúde que considera o

conceito de integralidade dos serviços, das ações e do sujeito do cuidado na perspectiva da promoção da saúde, que será abordado a seguir.

1.2 Mudança de paradigma na saúde: modelo biomédico X promoção à saúde

A reforma e reorganização do setor saúde não está restrita somente à sua forma de organização e custeio, uma vez que desde o início da crise da saúde nos anos 70, fala-se em mudança no conceito de saúde e de doença e em novas formas de atuação dos profissionais de saúde, o que parece indicar um esgotamento do modelo. As práticas de saúde vigentes até então encontram suas raízes no modelo cartesiano de resolução de problemas, na relação direta causa-efeito, na autoridade do saber médico e na pouca consideração da pessoa como ser único, completo e subjetivo.

Para Starfield⁴, o enfoque dos profissionais da saúde na especialização, tecnologia e sub-especialização, com ações centradas nas enfermidades, exige um número maior de recursos financeiros e não responde às necessidades dos indivíduos, apenas tratando as pessoas doentes e não promovendo a saúde.

Nesse sentido, são identificadas iniciativas para a superação de um paradigma em crise com vistas a atender às necessidades de uma nova realidade, tomando-se aqui a descrição de Kuhn¹⁹ para quem “paradigma é um modelo de resolução de quebra-cabeças que, em determinados momentos da história de uma certa área do conhecimento, já não solucionaria os problemas em função das mudanças do quadro, havendo, portanto, a necessidade de um novo modelo que responda de modo efetivo”.

A mudança de paradigma proposta encontra fundamento na Promoção da Saúde, conceituada pela OMS como o processo que busca possibilitar que indivíduos e comunidades ampliem o controle sobre os determinantes da saúde e, conseqüentemente, obtenham melhoria de sua saúde, o que representa um novo paradigma no modo de compreensão e enfrentamento dos problemas de saúde^{20, 21}. Pressupõe novos conceitos, como uma visão multicausal e complexa sobre o processo saúde-doença, considerando que este processo passa a representar um conceito unificador para quem reconhece a necessidade básica de mudança, tanto nos modos quanto nas condições de vida, visando à promoção de saúde.

Carvalho²⁰ salienta que para superar essa perspectiva [modelos que constroem um projeto terapêutico a partir da metáfora do corpo como máquina ou que consideram a saúde como a ausência de doença] faz-se necessário entender que a saúde, física e mental, é produzida na sociedade e é influenciada pelas formas de organização da vida cotidiana, da sociabilidade, da afetividade, da sensualidade, da subjetividade, da cultura e do lazer, das relações com o meio ambiente; é antes resultante do conjunto da experiência social, individualizada em cada sentir e vivenciada num corpo que é também biológico.

Nesse sentido, a Carta de Ottawa²², construída na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada no Canadá em 1986, já destacava os seguintes princípios: necessidade de transformar as condições de vida dos mais desfavorecidos; defesa do envolvimento e participação da população nas decisões referentes ao cotidiano do setor da saúde; importância das ações intersetoriais; priorização das ações voltadas à capacitação de indivíduos e coletivos para a tomada de decisões; importância dos profissionais dos serviços de Atenção Primária em Saúde para a educação e defesa da saúde.

Tem aumentado a preocupação e os esforços de gestores, profissionais da saúde, instituições de ensino e de usuários visando à implementação desses princípios recomendados pela Carta de Ottawa. A atenção primária se configura como um *locus* privilegiado para essas ações^{17, 23}.

1.3 A Atenção Primária em Saúde e a Estratégia de Saúde da Família

Para melhor entendimento, cabe esclarecer que o termo Atenção Básica de Saúde (ABS) também é usado para esse nível de atenção à saúde (Atenção Primária), porém há críticas a essa denominação por representar um pacote de serviços restritos direcionados à população de baixa renda, excluídos e marginalizados. Apesar de o Ministério adotá-lo, neste estudo será utilizada a denominação Atenção Primária como estratégia de organização do primeiro nível de atenção do sistema de saúde²⁴, com significado de primeiro, fundamental, primordial²³. Segundo Paim²³, o Ministério talvez esteja adotando esse termo para evitar que seja confundido com a concepção de Atenção Primária de Saúde que corresponde à atenção primitiva enquanto

medicina simplificada. Estima-se que cerca de 80% dos problemas de saúde de uma população possam ser resolvidos nesse nível de assistência⁴.

O Ministério da Saúde aprovou em 2006 a Política Nacional de Atenção Básica e apresenta como princípios gerais da Atenção Básica:

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável ²⁵.(p.10)

Da mesma forma, diversos países têm organizado seu sistema de saúde em direção ao fortalecimento da atenção primária^{26, 27} ou opção por médicos generalistas ou de família^{28, 29}.

Starfield⁴ ressalta que os melhores níveis de saúde ocorreram em países que adotaram medidas eficazes de fortalecimento da Atenção Primária como Cuba e Canadá, ao contrário dos países industrializados com sistemas de saúde baseados na tecnologia, na especialização, na supremacia do hospital e no currículo das escolas de Medicina que estão sob o controle de especialistas que trabalham em hospitais.

A Atenção Primária, por suas características de cuidado ao longo do tempo e foco em problemas de saúde menos definidos e em suas causas mais amplas e abrangentes, tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização, de acordo com fundamentos como: trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, coordenação do cuidado na rede de serviços; vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, longitudinalidade do cuidado; acompanhamento constante dos profissionais de saúde por meio da formação e

capacitação; avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; participação popular e o controle social^{4 25}.

O Brasil implantou desde 1994 o Programa Saúde da Família como “estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua”, que objetiva reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, que é orientado para a cura de doenças e é realizado principalmente no hospital³⁰.

A escolha da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como principal forma de organização dos serviços de saúde para a mudança da lógica do modelo de atenção está pautada em características fundamentais como a responsabilização do profissional pela continuidade e longitudinalidade do cuidado, a adscrição de um determinado território a ser cuidado pela equipe, permitindo assim o planejamento das ações conforme o perfil epidemiológico, cultura, realidade sócio-econômica e, principalmente, as necessidades apresentadas por essa população.

Em 1996 o Ministério da Saúde iniciou a publicação intitulada “Cadernos Saúde da Família”³¹. O primeiro exemplar, “Construindo um novo modelo – os municípios já têm histórias para contar”, trazia artigos de importantes sanitaristas brasileiros e experiências de seis municípios com a implantação do então Programa de Saúde da Família (PSF): Camaragibe, Brumadinho, Assis, Londrina, Campina Grande e Curitiba. Naquela época, Brumadinho, Londrina e Campina Grande contavam com cinco equipes; Assis com dez; Camaragibe com dez equipes e Curitiba com trinta e cinco. A meta era integrar cinco mil equipes de Saúde da Família à rede até o final daquele governo³².

Um quadro comparativo entre os municípios citados demonstrava variações entre forma de contratação dos profissionais, composição das equipes e remuneração. Entre os desafios colocados, estavam a garantia da coerência do novo modelo com os princípios da reforma sanitária – equidade e integralidade; superação da fragmentação dos cuidados à saúde; prestação de serviços com continuidade, garantindo entendimento da totalidade das condições que determinam os problemas de saúde e evitando a duplicidade de ações; aumento da resolubilidade das ações básicas e qualidade dos serviços; participação assegurada e controle social³³.

A formação, capacitação e educação continuada do pessoal de saúde, necessários para a efetiva mudança do modelo, estaria garantida pela organização de pólos de formação, capacitação e educação continuada localizados em universidades ou centros de recursos humanos em articulação com gestores do SUS. Cada pólo deveria oferecer: cursos de sensibilização e atualização para os componentes das equipes que estavam sendo recrutados para atuação no Programa de Saúde da Família (PSF); programas de educação continuada, com utilização de técnicas de educação à distância, visitas de supervisão e discussão de casos, interconsulta com especialistas, cursos, seminários e materiais escritos e de vídeo; supervisão da prática de saúde, avaliação do trabalho em equipe, utilização das técnicas de saúde coletiva; formação especializada e aprimoramentos³³.

Desde então, o Brasil vem investindo na ampliação da cobertura pelas Equipes de Saúde da Família dentro do SUS, que são compostas por: um médico de família, um enfermeiro, um a dois técnicos de enfermagem e dois a oito agentes comunitários de saúde. Cada equipe é responsável por cerca de 1.200 famílias ou 3.600 pessoas, em território definido. Em dezembro de 2007 eram 27.324 equipes, cobrindo o equivalente a 46,6% da população – mais de 87 milhões pessoas em cerca de 5.125 municípios³⁴.

O processo de trabalho inicia-se pelo cadastramento das famílias, planejamento local das ações com base no perfil epidemiológico local, realização de visitas domiciliares, atividades de promoção, prevenção e tratamento.

Gil³⁵, integrante da Comissão de Acompanhamento e Avaliação dos Cursos de Pós-graduação *Lato sensu* em Saúde da Família, em artigo publicado em 2005 que trata do perfil da clientela dos cursos de Especialização e Residência Multiprofissional dos pólos de capacitação, refere que 51 cursos estavam em andamento, dos quais 42 tinham contratos regularizados junto ao Ministério, demonstrando também a expansão das atividades de formação de recursos humanos. Nesses pólos são desenvolvidos cursos de Especialização, Residência Multiprofissional e há grande ênfase nos Cursos Introdutórios^{a, 36}, dado o número de contratações novas e rotatividade profissional.

^a Segundo recomenda a Portaria Nº 648/GM de 28 de março de 2006, o Curso Introdutório deve ser realizado em até 3 meses após a implantação da ESF³⁶

Alguns estudos mostram as dificuldades encontradas na implementação de uma nova forma de abordagem em saúde, como por exemplo, a formação profissional^{35, 37, 38}, comprovando que não basta a simples implantação das equipes, mudança do local de onde partem as ações de saúde, mas é necessário investir em formação, gestão participativa, controle social e educação permanente dos profissionais que nelas atuam.

Conforme Casanova *et al*³⁹, “cabe perguntar até que ponto é possível que a ESF saia da retórica de ‘mudança do modelo assistencial’, consolidando-se na prática como indutora de transformações no processo de produção da saúde, assegurando não só uma cobertura ampliada das ações de atenção básica, mas também, a integralidade de ações permeadas pela lógica da vigilância da saúde”.

Algumas pesquisas sobre esse tema mostram a necessidade de investimento na formação dos profissionais que atuam nessa nova lógica de assistência, uma vez que foram identificadas algumas habilidades necessárias aos profissionais da saúde^b, as quais, muitas vezes, não são contempladas em sua formação^{37, 40, 41, 42}. Segundo Carvalho²⁰, os projetos que procuram responder às questões de saúde partindo do paradigma da Promoção de Saúde, necessitam responder a alguns desafios, entre eles, a produção de sujeitos autônomos e socialmente responsáveis. Cita, ainda, a Carta de Ottawa²² ao considerar de suma importância que ocorram mudanças de atitude dos profissionais e que essas sejam alcançadas por meio de processos educativos, de treinamentos e de novos formatos organizacionais. O próprio Ministério da Saúde, na Política Nacional de Humanização, relata que o baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe, diminui a possibilidade de um processo crítico e comprometido com as práticas de saúde e com os usuários em suas diferentes necessidades⁴³.

A ênfase do modelo biomédico vigente pautado no diagnóstico, na cura e no tratamento, atuando sempre de forma reativa na busca por resolução de um problema “de doença”, tem sido substituída pelo investimento nos problemas que interferem diretamente ou não na saúde das pessoas. Conceitos como vínculo e acolhimento estão entre os princípios necessários para a atuação dos profissionais de saúde que procuram rever sua prática e atuar na lógica da

^b “Postura que estimula que dirigentes e trabalhadores levem em conta o modo pelo qual os sujeitos/usuários da saúde representam necessidades e a significam” ²⁰

Promoção da Saúde. Tais conceitos necessitam ser esclarecidos, levando em consideração que se tratam de categorias de relações humanas, que se apresentam no processo de trabalho em saúde⁴⁴, na qual a subjetividade não pode mais ser ignorada. O vínculo, por exemplo, pode ser entendido como qualquer relação entre pessoas, construída, desenvolvida e praticada a partir de uma preferência (explícita ou implícita), que persista por um período razoável do ciclo de vida, advinda da necessidade do outro como ser social, permeado pelo respeito mútuo e pela autonomia dos sujeitos⁴⁵.

Merhy⁴⁶, Carvalho²⁰ e Lefevre & Lefevre²¹, por sua vez, convergem quanto à concepção de acolhimento que se refere à forma como os usuários dos serviços de saúde vivenciam o atendimento. Acolher significa ter como referência para suas ações os interesses dos usuários, pressupondo uma escuta atenta às questões subjetivas do sujeito, uma relação dialógica entre o profissional e o usuário.

Para atuar nessa lógica de atenção à saúde, seria necessário levar em consideração a subjetividade, ou seja, a forma pela qual cada um se manifesta e se relaciona a partir de sua singularidade, o que significa rever a prática clínica. “Nesse sentido, a pessoa é um universo, uma expressão da sociedade, mas ao mesmo tempo singular, e isso torna o cuidado personalizado e ao mesmo tempo social (...) o discurso do sujeito [é] expressão do desejo da cidadania e da criatividade”⁴⁷.

Gonzáles³⁸ ressalta a inadequada preparação dos profissionais e a carência de noções sobre saúde, prejudicando assim a qualidade da assistência, exigindo dos setores público e privado maior investimento em educação e treinamento. Em documento do Ministério da Saúde⁴⁸ que analisa a reestruturação dos modelos assistenciais de saúde do SUS em grandes cidades, algumas justificativas para as dificuldades encontradas foram: resistências corporativas e a capacitação profissional precária frente à demanda exigida pela estratégia de saúde da família.

No bojo de todas as considerações supramencionadas, de contextualização da saúde no Brasil, da mudança do paradigma de saúde, da atenção primária e da Estratégia de Saúde da Família é que se focará a seguir o desenvolvimento do setor privado de assistência à saúde no Brasil, particularizando uma empresa de autogestão do Sistema de Saúde Suplementar do Brasil, que é o objeto dessa investigação.

1.4 O desenvolvimento do setor privado de assistência à saúde no Brasil

O setor privado de assistência à saúde no Brasil se desenvolveu mediante a crise do estado desenvolvimentista iniciada na década de 70², a transição epidemiológica⁴⁹ (envelhecimento da população, aumento da expectativa de vida e das doenças crônico-degenerativas, além das seqüelas decorrentes de seu controle inadequado), a diminuição cada vez maior do papel do Estado e as diferentes pressões de grupos e segmentos da sociedade para a não efetivação da implantação do SUS. Houve um crescente e desregrado crescimento dos planos de saúde e seguros privados, cada um atuando mediante suas próprias diretrizes, destinados a diferentes classes sociais e níveis de renda.

Segundo Rizzoto², as políticas neoliberais instituídas na década de 90 em nosso país já preconizavam a atuação do setor privado na área da saúde e a organização de um sistema assistencial privado, devidamente regulamentado, já estava prevista na política de governo instituída a partir de 1995, conforme documentos do Ministério da Saúde. Deste movimento resultou a regulamentação do setor privado de saúde no Brasil pela Lei 9.656, em 03 de junho de 1998⁵⁰, denominado a partir de então, Sistema de Saúde Suplementar.

Essa Lei, juntamente com a criação da Agência Nacional de Saúde em 1999, responsável pela fiscalização, avaliação e acompanhamento do Sistema de Saúde Suplementar, procurou corrigir e atenuar as falhas do mercado, como os contratos excessivamente restritos e empresas que praticavam aumentos abusivos. Visava, entre outras ações, estabelecer condições para o crescimento saudável do setor privado, instituindo regras para garantir a prevalência do interesse público e, também, para equilibrar a relação entre consumidores, operadoras e prestadores de serviço.

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003⁵¹, o setor privado oferecia cobertura a cerca de 34,5% da população brasileira, apresentando uma concentração desigual, sendo maior entre os municípios com mais de 200 mil habitantes. São Paulo, por exemplo, possuía mais de 40% da população coberta pelos planos privados, em comparação com os municípios com menos de 100 mil habitantes – 11%. Nesse percentual, há predominância de pessoas maiores de 60 anos, chegando a 46,5% na região Sudeste, 26,3% na

região Sul e 46% na região Centro-Oeste. Segundo dados do Cadastro de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em setembro de 2007 eram 38,3 milhões de beneficiários em planos de assistência médica e a estimativa é que chegue a 20% da população em dezembro de 2008⁵². Cabe salientar que os dados da ANS são baseados no cadastro dos beneficiários junto à agência, portanto, uma estimativa que não leva em consideração os usuários de planos cujas operadoras não enviaram o cadastro. Já a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio é um levantamento baseado em uma parcela da população, o que provavelmente justifique a divergência dos dados.

Na Tabela 1 é possível verificar a grande concentração dos usuários de planos privados de saúde nos grandes centros e região Sudeste, segundo dados da ANS⁵², que varia de 5% de beneficiários cobertos por planos privados nos estados do Maranhão, Tocantins e Roraima, até 30% no estado de São Paulo.

Tabela 1 – Taxa de cobertura dos planos de assistência médica, por Unidades da Federação. Brasil, setembro/2007.

Unidades da Federação	Percentual de cobertura dos planos de saúde %
Maranhão, Tocantins e Roraima	Até 5
Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia, Mato Grosso, Piauí, Bahia, Paraíba, Alagoas, Sergipe e Goiás	5,1 a 10
Minas Gerais, Distrito Federal, Rio de Janeiro, Espírito Santo e Santa Catarina	20,1 a 30
São Paulo	Acima de 30

Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários – ANS/MS – 09/2007 e População estimada – IBGE/DATASUS/2006

Nota: O termo “beneficiário” refere-se a vínculos nos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.

Esses dados corroboram Pinto e Soranz⁵³, segundo os quais

os planos privados de assistência à saúde se configuram como mais um fator de geração de desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de

saúde, pois cobrem apenas uma parcela específica da população brasileira: pessoas de maior renda familiar, de cor branca, com maior nível de escolaridade, inseridas em determinados ramos de atividade do mercado de trabalho, moradores das capitais/regiões metropolitanas.(p.96)

A distribuição dos usuários de plano privado de saúde em relação à renda familiar é apresentada Tabela 2, demonstrando que entre a população que recebe mais que vinte salários mínimos, 80,6% possuem plano privado de saúde, enquanto entre a população que possui renda menor que um salário mínimo, apenas 3,4% possuem cobertura de planos privados de saúde.

Tabela 2 - Percentual de usuários de plano privado de saúde segundo a renda familiar, ano 2003.

Renda familiar	Percentual de usuários de plano privado
	%
Maior que 20 salários mínimos	80,6
Entre 10 e 20 salários mínimos	63,6
Entre 5 e 10 salários mínimos	43,1
Entre 1 e 5 salários mínimos	15,3
Menor que 1 salário mínimo	3,4

Fonte: Pinto e Soranz, 2004⁵³

Dados da ANS divulgados em dezembro de 2007⁵² demonstram o crescimento do número de usuários do Sistema de Saúde Suplementar. Conforme pode ser visto na Figura 1, no período de 2000 a 2007 houve crescimento de 24,9% no número de beneficiários de planos de assistência médica.

Figura 1 – Beneficiários de planos de saúde, por cobertura assistencial. Brasil - dezembro/2000-setembro/2007

Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários – ANS/MS – 09/2007.

Ao mesmo tempo, as dificuldades de sobrevivência das pequenas empresas em virtude dos custos elevados do setor saúde, têm levado à diminuição significativa do número de operadoras ativas, com crescente queda desde a regulamentação do setor em 1998. A tendência de mercado é a concentração, pela diminuição do número de operadoras de pequeno porte (até 20 mil beneficiários) e aumento no número das operadoras de médio e grande porte (respectivamente 20 a 100 mil beneficiários e mais de 100 mil beneficiários). A Figura 2 ilustra a evolução do registro de operadoras entre 2000 e 2007.

Figura 2 – Evolução do registro de operadoras. Brasil – 1999-2007.

Fonte: Cadastro de Operadoras – ANS/MS – 09/2007

Cabe ressaltar que o modelo atual de saúde suplementar tem seus serviços financiados por empresas, por indivíduos e pelo SUS. Compreende um amplo, diversificado e conflituoso conjunto de interesses de vários setores, sendo constituído por cinco tipos de organizações, assim distribuídas ^{52, 54}:

- Medicina de grupo – constituída por empresas médicas, trata-se de modalidade pioneira desse segmento no cenário brasileiro. Em sua maioria, não possuem serviços próprios e contratam serviços médicos de terceiros; sua estrutura inclui o credenciamento de médicos, de hospitais e de serviços auxiliares de diagnóstico e de terapêutica.
- Cooperativas médicas – regidas e organizadas segundo as leis do cooperativismo. Os médicos (e outros profissionais da área da saúde) cooperados são, simultaneamente, sócios da cooperativa e prestadores de serviço; recebem

pagamento proporcional ao tipo e ao volume do atendimento, acrescido de um valor que procede do rateio do lucro final das unidades de um dado município. A vinculação dos usuários também se faz mediante pré-pagamento a planos individuais, familiares e empresariais. Essas cooperativas, presentes em cerca de 80% do território brasileiro, têm organização predominantemente local/municipal. A quase totalidade deste segmento é constituída pela Fundação UNIMED.

- Planos próprios das empresas – as empresas tanto podem administrar programas de assistência médica para seus funcionários (autogestão), como podem contratar terceiros para administrá-los (planos de administração). Esses planos adotam regimes de credenciamento (convênios) ou de livre escolha (reembolso). A empresa que implanta o sistema de autogestão, ou de planos administrados, estabelece o formato do plano, define o credenciamento dos médicos e dos hospitais, estabelece as carências e as coberturas.
- Seguros de saúde – existe intermediação financeira de uma entidade seguradora, que embora não preste, diretamente, assistência médico-hospitalar, cobre – segundo os termos da apólice do segurado – os custos da assistência. O financiamento dessa modalidade também ocorre por meio de um sistema de pré-pagamento e o valor a ser pago tem origem em um cálculo que leva em conta o risco de adoecimento. Esse risco guarda relação com variáveis como idade, sexo, condições mórbidas preexistentes etc. A seguradora tanto paga diretamente a profissionais e organizações médico-hospitalares credenciadas quanto reembolsa o próprio segurado na contra-apresentação dos comprovantes das despesas médico-hospitalares.
- Filantropia: entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde, certificados como entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e declaradas de utilidade pública junto ao Ministério da Justiça ou junto aos órgãos dos governos estaduais e municipais.

A regulamentação da atuação direta do setor privado no sistema de saúde apresentou, entre outras conseqüências e desafios, aumento direto na demanda por novas formas de prestar

os serviços de maneira efetiva e auto-sustentável. Isso porque, ao mesmo tempo, diversos estudos evidenciavam a falência do modelo assistencial vigente – biomédico - pautado na doença, centralizado nas ações médicas e de atendimento em resposta à demanda espontânea⁴, 20, 55, 56.

É a partir desse processo de estruturação de novos modelos de atenção à saúde, no espaço da empresa privada, foco dessa pesquisa, que se passa a abordar a seguir.

1.5 Empresas de autogestão em saúde: características e desafios

A empresa escolhida para a realização desta pesquisa é uma autogestão e, para melhor entendimento desta modalidade de assistência e a forma de organização dos serviços privados de saúde, são apresentadas a seguir suas características. Segundo a ANS⁵², as empresas de autogestão respondem por 14,3% dos usuários de planos de saúde privados e são responsáveis por mais de 5 milhões de usuários, conforme pode ser verificado na Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição percentual dos beneficiários de planos de assistência médica, por modalidade da operadora. Brasil – setembro/2007.

Modalidade da operadora	Percentual dos beneficiários
	%
Medicina de grupo	38,0
Cooperativa médica	33,2
Autogestão	14,3
Seguradora especializada em saúde	11,1
Filantropia	3,4

Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários – ANS/MS – 09/2007

Cadastro de Operadoras ANS/MS – 09/2007

Nota: O termo “beneficiário” refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.

Publicação recente da UNIDAS – União Nacional das Instituições de Autogestão⁵⁷, ressalta que as empresas de autogestão possuem características de maior cobertura e benefícios quando comparadas às exigências da Lei 9.656/98, associadas a isso um menor custo em relação às demais operadoras. Há um compromisso explícito com a qualidade da assistência aos seus usuários e pioneirismo na realização de ações voltadas à implementação de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças. O perfil de usuários de planos de autogestão em saúde também justifica a preocupação pela manutenção da saúde financeira das empresas. Como é mostrado na Figura 3, há maior concentração de usuários idosos que comprovadamente demandam mais pela assistência, quando comparadas às demais operadoras⁵².

Figura 3 – Estrutura etária dos beneficiários de planos de assistência médica, por modalidade da operadora. Brasil – setembro/2007

Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários – ANS/MS – 09/2007

Esse contexto justifica a preocupação desse segmento voltada ao desenvolvimento de ações de promoção e prevenção, de forma a garantir a qualidade com custo compatível com suas receitas.

1.6. A Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI): da criação à implantação da Estratégia de Saúde da Família

O lugar escolhido para essa investigação é a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI). Trata-se de uma empresa de autogestão do Sistema de Saúde Suplementar do Brasil, que atualmente ocupa o primeiro lugar em número de beneficiários em sua modalidade, com 686 mil beneficiários, seguida pela GEAP – Fundação de Seguridade Social, com aproximadamente 650 mil beneficiários. Para se ter uma idéia da importância dessas duas empresas no segmento, de um total de 257 operadoras, apenas 12 possuem mais de 100 mil beneficiários⁵⁷.

A CASSI foi fundada em 1944, por iniciativa de um grupo de funcionários, que destinava-se a complementar os benefícios existentes naquela época. Inicialmente, atuava apenas como pagadora de serviços médico-hospitalares utilizados por seus associados, por meio de reembolso.

Apresenta-se a seguir breve histórico da empresa^c.

1944 - No primeiro ano, a CASSI tinha 3,5 mil associados, de um total de 7,2 mil funcionários do Banco do Brasil.

1962 - A Entidade criou regulamento próprio de auxílios e admitiu a adesão de aposentados e pensionistas.

1967 – Com a extinção do Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Bancários (IAPB) deterioraram-se os serviços médico-hospitalares dos funcionários do BB, gerando uma corrida aos serviços da CASSI e impulsionando o crescimento da Caixa de Assistência.

1970 - A CASSI assumiu completamente a assistência à saúde dos funcionários do Banco do Brasil. Três anos mais tarde, a filiação à Caixa de Assistência tornou-se obrigatória.

1974 - Nova reforma estatutária alterou o valor das contribuições. O associado passou a contribuir com 1% de seus proventos gerais, enquanto o Banco do Brasil contribuía com o dobro e assumiu a Direção da Empresa.

^c Dados disponíveis no sítio: www.cassi.com.br acessado em 22.02.2007

1980 - No processo de modernização administrativa, as funcionárias, numa importante conquista, conseguiram inscrever seus maridos ou companheiros como beneficiários do Plano de Associados.

1986 - Início da reformulação estatutária trouxe significativas mudanças: os associados passaram a eleger um diretor de auxílios e a política de saúde começou a ser repensada com profundidade.

1989 - A Sede da CASSI mudou-se do Rio de Janeiro para Brasília.

1995 - Estudos atuariais apontaram para a necessidade de se aumentar a contribuição do associado, para equilibrar as finanças e tornar a Caixa de Assistência uma empresa auto-sustentada.

1996 - Com a aprovação de novo Estatuto, iniciou-se processo de autonomia da CASSI em relação ao Banco do Brasil. A Caixa de Assistência passou a assumir suas próprias despesas administrativas e iniciou-se a implantação do novo modelo assistencial. Com essa medida, a CASSI deixou de ser uma simples empresa pagadora de serviços médicos e tornou-se promotora de saúde, especialmente na prevenção de doenças.

1997 - A criação do plano CASSI Família, destinado aos familiares dos associados e ex-associados, conquistou 130 mil participantes somente no ano de lançamento. Um marco do novo modelo foi a implantação da Central CASSI (0800 729 0080), prestando atendimento e orientação aos usuários em tempo integral. A implantação da primeira CliniCASSI - Unidade de Atenção Integral à Saúde, em Copacabana (RJ), potencializou a utilização dos serviços próprios de saúde, focados no novo modelo assistencial. Nos anos seguintes foram inauguradas CliniCASSI em Campinas, Belo Horizonte, Salvador, Recife e São Paulo.

1998 - Lançado novo programa assistencial: o Sempre Saúde CASSI. Nesta ação, uma equipe multidisciplinar visitava periodicamente a residência dos usuários, buscando conhecer o perfil epidemiológico e os hábitos de vida da família para, em conjunto, definirem medidas que contribuíssem para maior qualidade de vida e bem-estar.

1999 - Uma importante iniciativa foi a criação dos Conselhos de Usuários, com o objetivo de reunir diversos segmentos de usuários para discutir e propor alternativas em prol da saúde. A

CASSI associou-se ao Ethos^d, integrando-se ao conjunto das empresas comprometidas com o desenvolvimento social. A CASSI lançou seu *site* na Internet e os funcionários ganharam um *site* interno: a CASSIWeb.

2000 - Após a virada do milênio, a CASSI ampliou ainda mais a sua atuação e firmou parcerias em ações de promoção da saúde. Com programas como o antitabagismo (TABAS) e de prevenção de acidentes (PAVAS), a Instituição é reconhecida nacionalmente por divulgar informações não somente para os funcionários do Banco do Brasil, mas também para a comunidade com quem se relacionava. O Ministério da Saúde, por meio do Instituto Nacional de Combate ao Câncer (Inca), concedeu um prêmio à CASSI pela campanha lançada na Unidade do Distrito Federal.

2001 - O ano foi marcado por importantes mudanças, com ênfase na reorganização e reestruturação da Empresa. As estruturas administrativas, organizacionais e tecnológicas passaram por uma revisão bastante abrangente.

2002 - A Estratégia Saúde da Família também foi ampliada e a CASSI decidiu implantá-la em doze capitais brasileiras. Instituições renomadas formalizaram interesse em estabelecer cooperação técnica com a CASSI, como a Escola Nacional de Saúde Pública e a Organização Panamericana de Saúde (OPAS).

2003 - Em agosto de 2003 foi realizado o lançamento oficial da Estratégia Saúde da Família, em Brasília. Para reforçar o conceito e os princípios da ESF, uma campanha publicitária foi desenvolvida para todo o país. Logo em seguida, a CASSI também lançou o Programa Plena Idade, que objetiva elevar o bem-estar da população idosa, com o desenvolvimento de ações voltadas para a promoção do envelhecimento saudável, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde e a reabilitação daqueles que venham a ter sua capacidade funcional restringida.

2004 - Em 2004, mais dez módulos da Estratégia Saúde da Família foram implantados, com novas estruturas física e humana. Em setembro desse mesmo ano, a CASSI também lançou o mapeamento para o Programa de Atenção à Pessoa com Deficiência, em parceria com a Associação dos Pais e Amigos das Pessoas Portadoras de Deficiência dos Funcionários do

^d O Instituto Ethos de Empresas e Responsabilidade Social é “uma organização não-governamental criada com a missão de mobilizar, sensibilizar e ajudar as empresas a gerir seus negócios de forma socialmente responsável, tornando-as parceiras na construção de uma sociedade sustentável e justa”. Disponível em: <http://www.ethos.org.br>. Acesso em 24/03/08.

Banco do Brasil (APABB). Outra ação de destaque foi a implantação da Política de Referenciamento, que agrega prestadores de serviços aos princípios da ESF.

2005 - A CASSI implantou a Estratégia Saúde da Família (ESF) em São Paulo, Estado onde existe o maior número de participantes, e consolidou o sistema baseado no modelo de atenção integral à saúde em todas as regiões do País. Foram inaugurados três módulos na capital paulista e três no interior (Ribeirão Preto, Santos e Campinas). Campina Grande (PB) e Londrina (PR) também lançaram a ESF em seus módulos assistenciais. Para completar, ainda houve o lançamento do Programa Bem Viver, para as pessoas com deficiência. Ainda em 2005, a CASSI conseguiu desenvolver diversos projetos e ferramentas que contribuíram para melhorar a assistência aos participantes. O apoio tecnológico ganhou reforços com a implantação do Sinergis, novo sistema de informações em saúde que desenvolveu os primeiros prontuários eletrônicos no país.

A CASSI ocupa hoje o primeiro lugar no Sistema de Saúde Suplementar do Brasil, em termos de número de usuários e prestadores, atuando por meio de serviços próprios e credenciados. Está estruturada com uma SEDE, localizada em Brasília, e 11 regionais distribuídas pelos estados da Bahia, Ceará, Distrito Federal, Goiás, Minas Gerais, Pará, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo. Em dados disponíveis na internet em março de 2008^e, eram cerca de 700 mil usuários, com aproximadamente 20% deles em São Paulo.

1.6.1 CASSI: da reestruturação à implantação de um novo modelo de atenção à saúde

Discussões a partir da reforma do Estatuto da CASSI, iniciadas em 1995, levaram às propostas de reestruturação da empresa, no intuito de melhor atender às demandas de seus usuários e proporcionar o equilíbrio financeiro. Os avanços tecnológicos e os custos da saúde não foram compatíveis com o orçamento proveniente da participação de funcionários e empresa patrocinadora. Verificou-se a necessidade de se desenvolverem ações de prevenção e promoção à saúde. Foram implantados serviços próprios em algumas cidades, denominados Clinicassi, onde atuavam especialistas, generalistas e equipe multidisciplinar.

^e Disponível em www.cassi.com.br. Acesso em 16/03/2008.

A atuação das equipes multidisciplinares dos serviços ambulatoriais instalados apresentou avanços na elaboração e realização de práticas educativas em saúde, ações coletivas destinadas a grupos específicos (como o Programa de Atendimento ao Obeso), porém foi mantida a lógica de atendimento da demanda espontânea e as ações de promoção e prevenção eram de pequeno alcance. O atendimento, em sua maioria, era individual e pautado nas enfermidades.

Preocupada com essa realidade, a CASSI, inspirada na experiência canadense e com o objetivo de investir em ações de promoção de saúde, passou a reorganizar seus serviços com foco na Atenção Primária, elegendo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo reestruturante do sistema de saúde, a partir dos seguintes princípios⁵⁸:

- *Primeiro contato* - o usuário tem como referência a equipe de saúde da família para a resolução de quaisquer novos problemas de saúde que venham a surgir;
- *Coordenação* – integração das ações em todos os níveis de complexidade;
- *Atenção integral* – leva em consideração o indivíduo no seu contexto biológico, cultural e social;
- *Longitudinalidade* – que prevê a continuidade das ações de promoção e prevenção.

A criação do Conselho de Usuários em 1999 foi um facilitador e um diferencial para a discussão em relação à mudança do modelo assistencial. Esse Conselho, conforme prevê seu Regimento Interno^f, é um órgão dos usuários da CASSI com função consultiva, no âmbito estadual, criado a partir de Conferência Estadual de Saúde, com mandato de dois anos, e tem como objetivos acompanhar, divulgar e sugerir ações de proteção, promoção, recuperação e reabilitação para a melhoria da qualidade de vida, dentro das premissas do Modelo Assistencial da CASSI. Os Conselhos são constituídos a partir da eleição de representações estaduais dos associados, entre as quais: CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes), ÓRGÃOS REGIONAIS, AABB (Associação Atlética do Banco do Brasil), AAFBB (Associação dos Antigos Funcionários do Banco do Brasil), APABB (Associação dos Pais e Amigos de Pessoas Portadoras de Deficiência do Banco do Brasil e da Comunidade), AFABB (Associação dos Funcionários Aposentados do Banco do Brasil), SINDICATOS, FEDERAÇÕES, ANABB

^f Regimento Interno do Conselho de Usuários – regula as competências, atividades e atribuições dos Conselhos de Usuários, presentes no Art. 51 inciso XIV do atual Estatuto da CASSI – Disponível no sítio: www.cassi.com.br acessado em 16/03/2008

(Associação Nacional dos Funcionários do Banco do Brasil), COOPERATIVAS, representantes da CASSI e do PLANO SAÚDE FAMÍLIA.

Iniciaram-se em 1998 as primeiras experiências em Brasília e Curitiba, com o “Sempre Saúde”, que contava com uma equipe multidisciplinar destinada ao atendimento de usuários prioritários, por meio de visitas domiciliares e coordenação de cuidados. Porém, a ESF foi lançada oficialmente em 2003, apesar de algumas equipes já atuarem desde 2002 em diversas capitais.

A implantação da ESF na CASSI prevê algumas atividades antecedentes: discussão com o corpo social por intermédio do Conselho de Usuários local (ou entidades representativas do corpo social, caso não haja Conselho instituído); definição da área de abrangência de acordo com o perfil epidemiológico, número e concentração de usuários, perfil da rede prestadora de serviços conveniados; estabelecimento do número de equipes a serem implantadas; divulgação do processo seletivo, seleção e contratação dos profissionais integrantes das equipes; capacitação das equipes.

A partir do lançamento oficial, a ESF foi ampliada para todas as capitais brasileiras e, devido à complexidade do Estado de São Paulo (SP), somente em 2005 foi iniciada a implantação da ESF na Regional SP.

Para melhor entendimento dessa complexidade, passa-se a relatar a estrutura organizacional da Regional CASSI SP, no município de SP. Está localizada na região central da cidade e conta com equipes que atuam em Núcleos, abaixo especificados.

1) **Núcleo de Serviços Próprios** (Clinicassi), responsável pelo atendimento assistencial ao usuário. Conta com equipe multidisciplinar, composta por especialistas de diferentes áreas médicas, médicos generalistas, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, assistente social e equipe administrativa;

2) **Núcleo de Saúde Mental** – composto por equipe multidisciplinar, gerencia a rede de saúde mental. Realiza acompanhamento de usuários e avaliação de serviços;

3) **Núcleo de Saúde do Trabalhador** – conta com médico do trabalho e equipe administrativa para tratamento das questões relacionadas à saúde do funcionário do Banco do Brasil;

4) **Programa de Atenção Domiciliar** – conta com equipe multidisciplinar e gerencia empresas terceirizadas que atendem aos usuários CASSI em regime de internação ou monitoramento domiciliar;

5) **Núcleo de Regulação** – composto por equipe de médicos auditores, enfermeira auditora e administrativos que coordenam as ações de auditoria e autorizações de materiais e medicamentos especiais;

6) **Núcleos Negocial I e II** – equipes administrativas que coordenam a rede credenciada e negociam tabelas e contratos com prestadores de serviços das diversas áreas.

O processo de implantação da ESF iniciou-se pela elaboração de um projeto com territorialização, levantamento de dados sociodemográficos dos usuários CASSI e definição dos locais a serem implantados os serviços. O controle social é exercido pela participação do Conselho de Usuários local.

A ESF na CASSI é composta por Módulos de Atenção Integral (MAIS) distribuídos territorialmente de acordo com a concentração dos usuários CASSI em determinada região, perfil sociodemográfico, condições da rede prestadora de serviços conveniados. As equipes de saúde da família são assim constituídas:

- **equipe nuclear**, composta por um Médico de Família e um Técnico de Enfermagem
 - para cada 400 famílias cadastradas - e
- **equipe NEPA**, composta por **Nutricionista, Enfermeiro, Psicólogo e Assistente Social**, para cada 3 equipes nucleares. Os Módulos possuem também Médico de Pronto Atendimento e, em algumas regiões, Médico do Trabalho e Médico Perito.

Para São Paulo (Capital), após inúmeras reuniões com o Conselho de Usuários local e análise dos dados sobre a população CASSI e rede prestadora, foram previstos inicialmente quatro Módulos (Zonas Norte, Leste, Sul e Oeste) e para o interior e Grande São Paulo, mais cinco Módulos: Santo André (ABC), Santos, Campinas, Ribeirão Preto e São José do Rio Preto. A composição e distribuição das equipes, bem como as ferramentas utilizadas para sua atuação

são baseadas no modelo canadense^{9, 59}, com algumas adaptações para a realidade e contexto da CASSI. Uma breve descrição do modelo canadense é apresentada a seguir, para melhor compreensão das bases pelas quais a Cassi se apoiou.

O modelo de sistema de saúde canadense teve seu início em 1957 com um seguro hospitalar. Em 1966 evoluiu para um seguro universal, descentralizado, baseado no orçamento fiscal e financiamento compartilhado entre o governo federal e as dez províncias que constituem o país. Essas possuem autonomia, desde que respeitados os princípios de universalização, gestão pública, integralidade e validade em todo o território canadense. A prestação de serviços fica a cargo de prestadores privados com diversas formas de credenciamentos e contratos, considerados então pertencentes à rede pública. O setor privado tem atuação limitada a procedimentos sem cobertura, como as cirurgias estéticas, *home care*, tratamento dentário etc ²⁹.

Criado por meio de regiões sócio-sanitárias, com hierarquização da rede, o sistema canadense previa como porta de entrada os chamados Centros Locais de Serviços Comunitários. Porém, em 1985, uma Comissão de Inquérito Sobre a Saúde e Serviços Sociais criada para avaliar a crise instalada em virtude dos ajustes macroeconômicos pertinentes ao contexto neoliberal, concluiu que o sistema tinha se tornado prisioneiro dos diversos grupos de interesse e lhe faltavam objetivos epidemiológicos. Constatou-se que, na prática, os consultórios médicos privados credenciados constituíam a verdadeira porta de entrada. A partir da reiteração das diretrizes pelo governo central e intolerância quanto à prática de co-pagamento, partiu-se para proposições como: priorizar prevenção, promoção e atenção primária, controlar a demografia médica, diminuir o pagamento por ato e utilização de outros profissionais como alternativas eficazes aos serviços médicos^{29, 60}.

Especificamente na província do Québec, que possui o sistema mais evoluído em termos de universalidade, a partir de 1997 uma nova reforma estabeleceu mudanças como o fortalecimento dos Conselhos Administrativos, compostos majoritariamente por usuários, o qual passou a ter funções gerenciais e não apenas consultivos. Houve fusão de diversos serviços, incremento das cirurgias ambulatoriais, aumento da disponibilidade dos Centros Locais de

⁹ Trata-se da Medicina Familiar da Universidade de Toronto, Canadá, cujas premissas são habilidade clínica do profissional, observação das condições de saúde da comunidade, medicina baseada em evidências e relação equipe-usuário-família como alvo central⁵⁹.

Serviços Comunitários, criação de serviços de informação durante as 24 horas, seguro para medicamentos e rede integrada de hospitais universitários. Além disso, houve ênfase na melhoria do acesso e continuidade dos cuidados por meio da integração dos serviços, incentivos diferenciados para garantir assistência médica em locais específicos como regiões distantes, cuidados domiciliares, emergências; ênfase na formação e contratação de médicos de família e generalistas; instituição do “coordenador de caso”, responsável por avaliar e coordenar as necessidades dos usuários mais vulneráveis no âmbito das redes (esse profissional geralmente é um enfermeiro); criação de grupos de medicina de família, composto por médicos e pessoal de enfermagem, que ficam responsáveis por listas de pacientes inscritos e integrados à rede. Fazem parte também o contrato de serviços domiciliares e atendimento fora do horário normal de funcionamento, garantindo assim a continuidade da assistência^{29, 60}.

Baseando-se assim, no modelo Canadense e definidas as regiões e número de equipes, foram selecionados, então, os profissionais a partir de análise curricular, prova teórica, avaliação comportamental e entrevista. Os Núcleos da Regional SP, que até então atuavam como gerenciadores da rede credenciada e orientação aos usuários, tiveram que passar por uma modificação radical em suas ações para acolher, capacitar, acompanhar e dar suporte às equipes da ESF.

A capacitação dos profissionais é realizada em dois momentos a saber:

- 1) **Oficina de Sensibilização**, que introduz conceitos do Modelo de Atenção Integral à Saúde, mudança de paradigma na saúde, Promoção de Saúde e a ESF, destinada a todos os funcionários CASSI, administrativos ou técnicos, com carga horária de 24 horas. Para as Equipes de Saúde da Família, acrescentam-se 16 horas em que são discutidos os processos de trabalho.
- 2) **Curso Básico em Saúde da Família**, desenvolvido pela Universidade de Toronto, no Canadá e implantado pela CASSI — tem como objetivo capacitar profissionais a partir da discussão dos conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para exercer os princípios que fundamentam a Medicina Familiar. O formato inicial desse curso preconiza sua realização em quatro módulos, totalizando 56 horas, subdivididos em iguais períodos de 16 horas, com exceção do Módulo IV que acontece em 10 horas, e com período de dispersão de 30 dias para realização das

tarefas solicitadas pelos monitores. A metodologia une, assim, a prática e a teoria, promovendo a pesquisa, a troca, a aplicação e a sistematização permanente de conhecimentos. São desenvolvidos temas como: princípios da ESF (primeiro contato, acesso, longitudinalidade, atenção integral, coordenação de cuidados e resolutividade), trabalho em equipe, medicina baseada em evidências, ferramentas para abordagem familiar^h.

Uma vez iniciadas as atividades nos Módulos, a CASSI SEDE disponibiliza uma **equipe de supervisão**, que realiza uma visita para avaliação, discussão sobre o processo de trabalho com as equipes, apresentação de metas e indicadores. Essas visitas de supervisão, dada à centralização em equipes da CASSI SEDE e necessidade de deslocamento, ocorrem com periodicidade variável.

Está previsto também o **sistema de referência e contra-referência** da rede credenciada a partir de um processo que se inicia com a capacitação das equipes de saúde e dos setores Negocial e de Regulação, visita aos prestadores selecionados por critérios de resolutividade, parceria, acessibilidade e satisfação dos usuários e, por fim, apresentação da ESF e dos formulários de Referência e Contra-referência. Desta forma, fica garantida a atenção integral com o acesso e continuidade do tratamento em níveis de maior complexidade.

Para atender aos prazos estabelecidos no cronograma de implantação da ESF em São Paulo, foi necessária a colaboração de vários profissionais dos diversos Núcleos, tanto na fase de seleção quanto na procura pelo imóvel adequado e capacitação das equipes.

Durante cerca de três meses essas equipes estiveram nas dependências da Regional SP recebendo capacitação nos sistemas operacionais, realizando levantamento de dados acerca de suas respectivas áreas e se integrando aos diversos setores: negociação, regulação e auditoria, saúde mental, saúde do trabalhador, programa de atenção domiciliar, Clinicassi, atendimento ao usuário.

Houve grande dificuldade em encontrar o imóvel adequado em todas as regiões, o que fez com que se prolongasse o período de adaptação e capacitação. Até o momento, a equipe da região sul continua utilizando as dependências da Regional por encontrar imóveis inadequados

^h Disponível no sítio: <http://www.cassi.com.br/materias/noticias/2005/12021/materia.asp#01> acessado em 16/03/08.

ou fora dos padrões determinados pela CASSI. Fatores como exigências da Vigilância Sanitária, acesso, necessidade de grandes adaptações e custos são os principais entraves para se encontrar o imóvel adequado. Diante dessa realidade, cada módulo desenvolve suas atividades em um ritmo próprio.

Associa-se a isso a rotatividade de profissionais nas equipes, grande parte motivada pela remuneração menor quando comparada ao setor público em SP.

Já no processo seletivo pôde-se observar a grande dificuldade dos candidatos em desenvolver os temas relativos à: atuação interdisciplinar, promoção de saúde e atenção primária. A maioria desenvolvia bem as questões relativas ao diagnóstico, tratamento e prática profissional específica de cada área.

Durante as capacitações dos diversos Núcleos (Saúde Mental, Saúde do Trabalhador, Programa de Atenção Domiciliar), observou-se uma grande expectativa pela descentralização de inúmeras atividades, tanto por parte das equipes da ESF como pelas equipes dos Núcleos. A característica de empresa nacional e de autogestão proporciona à CASSI o desenvolvimento de normatização para suas ações por meio de fluxos, documentos, diretrizes, formulários e impressos próprios, o que torna imperioso aos profissionais recém-contratados, o amplo conhecimento desses normativos. Cabe destacar que alguns setores da CASSI possuem certificação ISOⁱ pela normatização de seus processos.

Outro fator de grande expectativa relacionava-se aos indicadores e metas de avaliação dos Módulos em implantação.

A CASSI preconiza três **estágios de implantação**.

- a) **Primeiro Estágio:** primeiros doze meses. A equipe deverá cadastrar 100% dos usuários prioritários (maiores de 60 anos, portadores de deficiências e usuários do Programa de Atenção Domiciliar), mais 50% dos demais usuários do Plano de Associados (plano por adesão destinado aos funcionários do Banco do Brasil e dependentes diretos: cônjuge e filhos até 24 anos).
- b) **Segundo Estágio:** seis meses seguintes. A equipe deverá cadastrar mais 25% dos demais usuários do Plano de Associados e 50% dos usuários prioritários do Plano

ⁱ ISO –International Standards Organization

CASSI Família (plano individual para parentes até 3º grau de funcionários, aposentados, ex-funcionários do Banco do Brasil e CASSI).

- c) **Terceiro Estágio:** seis meses seguintes. A equipe deverá cadastrar os 25% restantes do Plano de Associados e os 50% restantes dos prioritários do Plano CASSI Família.

Além das metas de cadastramento, alguns indicadores são utilizados para avaliação da atuação das Equipes de Saúde da Família: tempo máximo de espera para consulta médica, consulta com equipe NEPA, consulta com médico de família, realização de atividades coletivas preconizadas.

O Núcleo de Saúde Mental propôs uma capacitação inicial de três encontros⁶¹ e posterior acompanhamento mensal por meio de uma reunião de equipe para discussão de temas e casos definidos pela própria equipe da ESF, além de atendimentos conjuntos e visitas aos usuários em tratamento na rede credenciada de maior complexidade.

Atuando na coordenação do Núcleo de Saúde Mental, observava-se a existência de uma grande demanda de suporte para questões de dinâmica familiar, dificuldades e limitações econômicas e sociais dos usuários, bem como dificuldades relacionadas ao trabalho em equipe.

Tivemos a oportunidade também de participar do processo seletivo das cinco equipes, aproximadamente quarenta e cinco profissionais para atuar na ESF, ocasião em que foram suscitados os seguintes questionamentos: como promover a capacitação desses profissionais, em sua maioria vindos da prática curativa hospitalar, para atuar em uma nova realidade e com nova proposta de abordagem/atuação? Serão as capacitações preconizadas suficientes para subsidiar esses profissionais para a atuação no dia-a-dia, logrando êxito na proposta de abordagem psicossocial e interdisciplinar? As respostas a essas perguntas ainda não foram suficientemente esclarecidas tendo em vista a insuficiência de análises qualitativas de um processo em transição.

Além disso, na estrutura da ESF da CASSI, os profissionais da equipe multidisciplinar não estão voltados apenas às áreas de suporte na especialidade, a exemplo das equipes matriciais de saúde mental do Programa de Saúde da Família do SUS. Os profissionais que compõem a equipe NEPA (nutricionistas, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais) devem atuar em todos os aspectos e interfaces da saúde dos usuários sob sua responsabilidade. Por

exemplo, o nutricionista não atenderia somente obeso; o assistente social não trataria somente dos benefícios; o psicólogo, não atuaria somente nos casos de diagnóstico psiquiátrico. Espera-se que eles apresentem propostas e intervenções para todo o ciclo de vida (criança, adolescente, adulto, idoso); que compreendam de que forma as questões psíquicas, a rede social, a alimentação interferem nos processos de adoecimento e de saúde.

Assim, com este estudo pretende-se identificar e analisar as possibilidades e os limites da implementação desse novo modelo de assistência integral, diferenciada, interdisciplinar e intersetorial, vivenciados pelos profissionais de saúde tendo como foco de atuação a família, com vistas à descrição desses novos processos em construção. Cabe salientar que a despeito da implantação da ESF, a CASSI continua convivendo com os dois modelos de atenção à saúde: aquele prestado pelos serviços credenciados/conveniados, atuantes na lógica do mercado, da demanda espontânea e foco estritamente curativo e aquele oferecido nos serviços próprios, através das equipes de Saúde da Família.

Para atender a essa reestruturação do serviço, seria importante que o profissional, embora formado no modelo biomédico/cartesiano/fragmentado, estivesse sensibilizado e imbuído dessa nova estratégia para desenvolver suas ações voltadas à promoção da saúde, possibilitando à CASSI resgatar e promover a saúde de seus usuários, que até o momento vinham sendo atendidos por uma rede desarticulada, pautada na demanda espontânea, com foco nos conhecimentos e habilidades das especialidades médicas. Há necessidade de se olhar para o profissional e ver como ele está atuando e vivenciando essa nova proposta.

Decorrem desse cenário, questões norteadoras deste estudo quais sejam: qual o conceito dos profissionais a respeito de Saúde da Família? Como o profissional da CASSI se vê atuando nessa nova estratégia? Quais as facilidades e as dificuldades que eles vivenciam na Estratégia de Saúde da Família?

2. OBJETIVOS

- Identificar o conceito de saúde da família utilizado pelos profissionais da saúde de nível superior de uma empresa de autogestão do Sistema de Saúde Suplementar no município de São Paulo.

- Apreender as formas de atuação dos profissionais da saúde de nível superior na Estratégia de Saúde da Família em uma empresa de autogestão do Sistema de Saúde Suplementar no município de São Paulo.
- Identificar as possibilidades e os limites vivenciados pelos profissionais da saúde de nível superior na implementação da Estratégia de Saúde da Família nessa empresa de autogestão.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

As novas práticas de promoção da saúde, baseadas na intersetorialidade, controle e participação social, bem como o investimento nos cuidados primários de saúde, que surgiram a partir das discussões iniciadas na década de 70¹⁶ podem ser situadas em um contexto de mudança das relações de trabalho e, por isso, tendem a seguir uma nova lógica de organização da prestação de serviços. Isso, em parte, pela evidência de que o modelo biomédico estaria esgotado em função de sua baixa efetividade. Princípios como universalização, equidade, regionalização, hierarquização do setor saúde em níveis crescentes de complexidade e participação popular passam a ser perseguidos por diversos países^{55, 62}.

A Promoção da Saúde ganha destaque a partir de então ao representar um paradigma alternativo para as políticas públicas em todos os países, segundo o qual a saúde é compreendida como resultante de um conjunto de fatores individuais e coletivos, sociais, econômicos, políticos, étnicos, religiosos, culturais, psicológicos, laborais, biológicos e ambientais, entre outros, interagindo num processo dinâmico^{55, 56, 60, 63}.

Segundo Carvalho⁵⁴, a Promoção da Saúde é o processo que procura possibilitar que indivíduos e coletivos aumentem o controle sobre os determinantes da saúde para, desta maneira, obter condições de saúde favoráveis.

No entanto, o novo paradigma para o “modo de fazer saúde”, tem sido muitas vezes banalizado ou utilizado em nome de ações que não refletem uma real mudança no foco e na

relação entre os serviços de saúde e os usuários, característica essa de uma crise de paradigma que tende a constituir novos modelos para resolução dos problemas.

As distintas interpretações ainda não seriam consensuais. Para Lefevre & Lefevre²¹, por exemplo, prevenção de doenças não é promoção de saúde. É necessário transcender a doença para se conseguir Promoção de Saúde. Seria o que chamaram de “negação da negação”, ou seja, partir do princípio de que o objetivo é um mundo sem doenças, portanto, balizar as ações nas causas mais básicas das doenças e não somente em suas causas diretas.

Algumas correntes como a Promoção da Saúde Behaviorista, aproximam-se de uma perspectiva pedagógica vertical e autoritária, através de uma abordagem moralista e normativa em que predomina a racionalidade dos técnicos e de saberes “científicos”. É possível perceber uma ênfase posta na intervenção que visa transformar hábitos de vida e de culpabilização dos indivíduos por comportamentos cujas causas encontram explicação no entorno social²⁰.

A intersectorialidade e o diálogo interdisciplinar, sob a coordenação da área de saúde, é condição *sine qua non* para a Promoção da Saúde, partindo da perspectiva de que o conceito ampliado de saúde e o entendimento do social colocam o setor saúde em constante necessidade de interlocução com tecnologias e saberes como a educação, a psicanálise, as ciências políticas e a assistência social, para subsidiar a sua práxis²⁰.

Entre os conceitos que tipificam a Promoção da Saúde estaria o poder de ‘empoderamento’ dos sujeitos (*empowerment*), que pode ser definido como

o acúmulo de poder em distintos âmbitos da vida em sociedade. É um processo, e ao mesmo tempo, um resultado de ações que afetam a distribuição de poder. [por meio dele] pretende-se capacitar e/ou possibilitar que indivíduos e coletivos se preparem para responder, de maneira criativa, aos desafios biopsicológicos e sociais da vida social ²⁰(p.62).

Justamente deste conceito, surge outra discussão relacionada à “Educação em Saúde” e a “Informação para a Saúde”. Para Lefevre & Lefevre²¹, educar significa conduzir e, é isto, “sob forma explícita ou mascarada, que vem sendo feito, desde sempre, no campo da saúde, com base na idéia (falsa) de que, em se tratando de saúde, a condução se justifica já que se trata de uma ‘boa causa’ (o combate á doença)”. E concluem que, “quando se trata da dimensão socializadora da Promoção, este *empowerment* implica em municiar as populações de

informações significativas para elas e que possam ser vistas, sentidas e utilizadas como insumos para a tomada autônoma de decisões” (Labonte *apud* Lefevre & Lefevre²¹).

Independentemente do nome utilizado, se “educação em” ou “informação para”, parece fundamental para a Promoção da Saúde que a ação em saúde tenha como função:

contribuir para a emancipação humana, o desenvolvimento do pensamento crítico, a superação das estruturas institucionais e ideológicas de opressão propondo um modelo pedagógico que tem por objetivo promover a participação dos indivíduos e coletivos na identificação e análise crítica de seus problemas visando a elaboração de estratégias de ação que busquem a transformação do instituído. [O empowerment] transforma-se, neste contexto, em ato político que se contrapõe à concepção bancária de educação. O indivíduo “empowered” deve ser capaz de analisar criticamente o contexto político e social para, dessa maneira, envolver-se efetivamente em ações que apontem para a mudança do status quo²⁰(p.76-77).

Nesse processo de reorganização dos serviços de saúde, a atenção primária ocupa lugar de destaque, direcionada aos principais problemas de saúde que acometem a população, pouco definidos, porém de causas multifatoriais^{4, 56}. A atuação frente a esses problemas exige análise ampla e ações de promoção, educação e proteção à saúde. Algumas iniciativas privilegiam a Estratégia de Saúde da Família como uma forma de viabilizar uma nova prática em saúde^{55, 64}.

4. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 Natureza da investigação

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, voltada à apreensão das formas de implementação pelos profissionais da saúde de uma nova estratégia que privilegia a saúde da família, com foco na promoção da saúde, em uma empresa de autogestão. Chizzoti⁶⁵ menciona que a pesquisa qualitativa deixa transparecer a complexidade e as contradições de fenômenos singulares, a imprevisibilidade e a originalidade criadora das relações interpessoais e sociais. Procura analisar os significados que os indivíduos dão às suas ações, meio ecológico em que constroem suas vidas, suas relações, à compreensão do sentido dos atos e das decisões dos atores sociais ou, então, dos vínculos indissociáveis das ações particulares com o contexto social em que essas

ocorrem. O objeto não é um dado inerte e neutro; está possuído de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações.

Optou-se pela estratégia de estudo de caso, dado o ineditismo e a contextualização do objeto estudado. Para Martins⁶⁶, essa estratégia de pesquisa tem como objetivo “o estudo de uma unidade social que se analisa profunda e intensamente”. Além disso, para Hakin (*apud* Bodstein *et al*) “os estudos de caso são particularmente adequados na perspectiva de avaliar a implementação de políticas”⁶⁷.

Considerando que a empresa escolhida foi a primeira instituição privada no Brasil a implementar esse modelo com ênfase na Estratégia de Saúde da Família, a escolha do estudo de caso pode ser reafirmado pela condição que permite, segundo Gil⁶⁸:

- a) explorar situações da vida real cujos limites não estão claramente definidos;*
- b) preservar o caráter unitário do objeto estudado;*
- c) descrever a situação do contexto em que está sendo feita determinada investigação;*
- d) formular hipóteses ou desenvolver teorias e*
- e) explicar as variáveis causais de determinado fenômeno em situações muito complexas que não possibilitam a utilização de levantamentos e experimentos”.*

É conveniente destacar que em pesquisa realizada em base de dados (Medline), a partir da associação dos descritores “health model”, “private sector”, “family practice” e “comprehensive health care”, verificou-se que as experiências de reforma dos modelos de atenção à saúde no setor privado corroboram a necessidade de investir na Atenção Primária e integração dos diversos níveis de complexidade, porém limitam-se à atuação de médicos de família ou generalistas e disponibilidade de clínicas de atenção primária. Nessa busca, não se encontraram informações sobre experiência de Equipes de Saúde da Família no setor privado^{69, 70}.

4.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada na CASSI – São Paulo, com as Equipes de Saúde da Família que compõem o quadro dos serviços próprios da empresa, na capital.

Pelas características da cidade de São Paulo, considerou-se importante fazer uma contextualização para melhor compreensão dos desafios de implantar e implementar a ESF no

município com tal densidade demográfica e com a maior concentração de usuários da empresa de autogestão, o que é mostrado a seguir.

4.2.1 Contextualização do local de estudo

A cidade de São Paulo está localizada na região Sudeste. É a maior cidade do país e uma das maiores regiões metropolitanas do mundo. Segundo o Censo de 2000⁷¹ naquele ano residiam 10.454.252 habitantes e a estimativa era que a população chegasse a 11.104.712 habitantes em 2007. A distribuição da população por faixa etária corresponde aos países em desenvolvimento, com maior concentração entre 20 e 59 anos, conforme pode ser visto na Figura 4. As condições de vida na capital São Paulo, quando comparadas às demais regiões do país, são relativamente melhores no que diz respeito ao saneamento básico (85,7% possuem rede de esgoto e água pluvial), abastecimento de água (98,5% possuem abastecimento) e coleta de lixo (99,1% possuem lixo coletado). Com relação à proporção da população residente alfabetizada por faixa etária em São Paulo nos anos de 1991 e 2000, verifica-se que, conforme os dados do IBGE⁷¹, houve aumento da proporção de alfabetização no município, correspondendo a 89,1% e 92%, respectivamente. No ano de 2000, na faixa de 10 a 49 anos mais de 96% da população estava alfabetizada, enquanto na faixa etária de 50 anos e mais 89%, o que representa uma proporção importante.

Figura 4 – Distribuição da população por sexo e faixa etária. São Paulo, 2000.

Fonte: IBGE Censos e Estimativas

Quanto à assistência à saúde, São Paulo possui a maior rede de alta complexidade do país, e segundo dados do SUS⁷¹, em 2006 esse tipo de procedimento foi responsável por 54% dos gastos apresentados pelo município e cerca de 46% foram referentes a procedimentos especializados.

As principais causas de mortalidade proporcional para todas as idades no município de São Paulo são as doenças do aparelho circulatório (33,1%), as neoplasias (19,4%), as doenças do aparelho respiratório (11,7%), causas externas de morbidade e mortalidade (11,2) e doenças infecto parasitárias (4,6%). Demais causas definidas são responsáveis por 18% da mortalidade⁷¹.

Nas duas últimas décadas houve diminuição na taxa de crescimento da população, caindo de 1,1% na década de 80 para 0,5% na atual década de 2000, associada principalmente à diminuição do volume de entrada de migrantes. Segundo dados da Fundação Sistema Estadual

de Análise de Dados (SEADE)^j, a média de habitantes por residência em São Paulo é de 3,2 por domicílio.

O índice de desemprego apresenta média de 16%^k e o IDH – Índice de Desenvolvimento Humano, que mede os fenômenos de educação, longevidade e renda é de 0,814, ocupando o segundo lugar no país entre os estados que possuem categoria de alto IDH^l. Apesar disso, os paulistanos convivem com problemas ainda não controlados como poluição, violência urbana, déficit habitacional e de transporte público, além do excesso de trânsito de veículos causando um dos tráfegos mais caóticos do país. Tais características tornam a cidade de São Paulo um verdadeiro desafio para o serviço público e privado de saúde, com vistas à conciliação das demandas, ofertas e custos.

4.3 Sujeitos da pesquisa

A pesquisa foi realizada com os profissionais de nível superior participantes dos Módulos de Atenção Integral à Saúde e Equipes de Saúde da Família (gestores, médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais) da empresa de autogestão. Como critério de inclusão, o profissional deveria ter no mínimo seis meses de atuação na ESF da empresa. Essas equipes encontravam-se distribuídas em quatro regiões através de Módulos de Atenção Integral à Saúde, contando cada módulo com um gestor, equipe administrativa e equipe técnica assim constituída:

- 1) Módulo Tatuapé – região leste: duas equipes nucleares (médico de família e técnico de enfermagem), uma equipe NEPA (nutricionista, enfermeiro, psicólogo e assistente social).
- 2) Módulo Pacaembu – região oeste: duas equipes nucleares e uma equipe NEPA.
- 3) Módulo Santana – região norte: duas equipes nucleares e uma equipe NEPA.

^j Disponível no sítio http://www.seade.gov.br/produtos/pdf/paulistano_2007.pdf acessado em 12/03/2008

^k Segundo pesquisa da Fundação SEADE - Dieese. Dados disponíveis no sítio: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/dinheiro/ult91u111914.shtml> acessado em 12/03/2008.

^l Dados disponíveis no sítio: http://www.sespa.pa.gov.br/Informa%C3%A7%C3%A3o/IDH/idh_estados.htm acessado em 12/03/2008.

4) Módulo Sul – região sul, ainda sem estrutura física: duas equipes nucleares e uma equipe NEPA.

A escolha dos profissionais ocorreu de modo aleatório, por sorteio, obedecendo, inicialmente, ao critério de dois profissionais de cada categoria (gestor, médico de família, enfermeiro, psicólogo, assistente social e nutricionista) distribuídos igualmente entre os quatro Módulos, ou seja, dois profissionais por Módulo. Em se tratando de pesquisa qualitativa, não foi pré-estabelecido um número mínimo de sujeitos participantes, sendo considerado o critério de saturação dos dados para finalização da coleta, chegando a um total de quatorze sujeitos que foram entrevistados.

4.4 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP (Anexo 1) e autorizada a coleta de dados pela empresa de autogestão – CASSI.

Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Anexo 2).

4.5 Coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada com os profissionais de nível superior dos Módulos de Atenção Integral à Saúde e Equipes de Saúde da Família. Nessa modalidade de entrevista semi-estruturada, não diretiva, ou ainda, focalizada, apesar de um tema específico, o entrevistado pode falar livremente sobre o assunto, tendo como objetivo explorar a fundo alguma experiência vivida^{65, 68}.

Foi utilizado um roteiro para a entrevista (Anexo 3) composto por duas partes. A parte I contém dados para caracterização do sujeito quanto à categoria profissional, sexo, idade, tempo de atuação profissional na empresa, tempo de atuação profissional na ESF, cursos realizados após a graduação e trajetória profissional. A parte II contém perguntas abertas relacionadas ao conceito de saúde da família, às facilidades e dificuldades vivenciadas na implementação da ESF

e a forma como os profissionais vêm atuando na estratégia proposta pela empresa de autogestão.

O profissional de saúde foi informado previamente quanto aos objetivos do estudo, sendo convidado a participar, caso confirmado seu interesse.

Todos os sujeitos da pesquisa assinaram o TCLE e autorizaram a gravação da entrevista. As entrevistas gravadas foram posteriormente transcritas.

4.6 Análise dos dados

Para análise dos dados, utilizou-se o referencial teórico da análise de conteúdo⁷², segundo o qual é “um conjunto de técnicas de análise de comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens”.

Minayo⁷³ refere ainda que as técnicas de análise de conteúdo procuram ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma vigilância crítica frente à comunicação. Em busca de uma interpretação mais profunda, pretende-se conhecer aquilo que está por trás das palavras, visa ao conhecimento de variáveis de ordem psicológica, sociológica, histórica, entre outras.

Após a transcrição das entrevistas, que totalizaram aproximadamente dez horas de gravação, procedeu-se à leitura geral quantas vezes fossem necessárias até a identificação de falas que se repetissem em termos de palavras, assuntos ou temas. Foi realizada uma marcação inicial com apontamento do assunto envolvido em determinado trecho das falas, utilizando-se para isso um marcador de texto e adesivos coloridos que identificassem um mesmo tema. Após essa fase de análise, passou-se à seleção e recorte das expressões mais significativas, separando-as por temas que surgiam a partir da recorrência nas diversas falas. Essas foram agrupadas para, só então, construir as categorias de análise. Nessa fase, foram analisados e considerados 185 (cento e oitenta e cinco) recortes de falas significativos para os temas recorrentes.

5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados são apresentados, inicialmente, por meio da caracterização dos sujeitos e, em seguida, pelas categorias de análise construídas a partir da análise de conteúdo das entrevistas, de acordo com os objetivos desta pesquisa.

As categorias de análise estão organizadas a partir do **Conceito de Saúde da Família** identificado nas falas, na percepção e nas práticas dos sujeitos entrevistados. Quanto à apreensão das formas de atuação dos profissionais na Estratégia de Saúde da Família, são apresentadas as categorias relacionadas às **Atividades Desenvolvidas pelas Equipes na ESF, Avanços do Trabalho em Equipe na ESF, Dificuldades Relacionadas ao Trabalho na ESF e as Sugestões para Superar as Dificuldades do Trabalho.**

No que diz respeito às possibilidades e os limites vivenciados pelos profissionais na implementação da ESF no contexto da Saúde Suplementar, estes foram categorizados em: **A Implementação da Estratégia na Empresa: possibilidades e A Implementação da Estratégia na Empresa: limites.** Nesta última categoria que aborda os limites, foram identificadas especificidades relacionadas:

- **ao Modelo de Saúde do Sistema de Saúde Suplementar;**
- **à Gestão e Política da Empresa;**
- **à Estrutura de Pessoal;**
- **à Estrutura Física e Material;**
- **à informação e *Marketing* na/da Empresa e**

Salientamos ainda que o fato de a pesquisadora conhecer o contexto de trabalho das equipes e estar inserida de alguma forma no processo de trabalho, além de conhecer minimamente a trajetória profissional de cada um dos sujeitos entrevistados, facilitou a apreensão das subjetividades e a compreensão, em profundidade, da linguagem verbal e não-verbal. Conforme Uchimura e Bosi⁷⁴, os modelos teóricos de avaliação quantitativa utilizados até então para modelos de saúde curativos não podem ser transpostos simplesmente ao contexto dos programas alicerçados em outros modelos de intervenção. E concluem ainda que:

a valorização da experiência vivencial dos atores sociais, concebendo-os como esse “outro” – sujeito protagonista de um programa ou serviço, aliada à postura epistemológica de investigação pautada na intersubjetividade da relação sujeito-investigador contemplaria, duplamente, a exigência ética da alteridade na reflexão acerca dos serviços e ações governamentais, já que a alteridade, conforme assinala Correia (1996), não só evidencia o nível das relações que se estabelecem entre as pessoas, como também as relações que se estabelecem entre o homem e a vida. (p. 1568)

5.1 Caracterização dos participantes da pesquisa

Foram entrevistados quatorze profissionais que atuavam na ESF, sendo três enfermeiros, três gerentes de módulo (dois gerentes possuem formação em psicologia e um em serviço social), dois assistentes sociais, dois médicos de família, dois nutricionistas e dois psicólogos.

Na Tabela 4 a seguir são caracterizados os participantes da pesquisa segundo sexo, faixa etária, tempo de formado e formação complementar ao curso de graduação.

Tabela 4 - Caracterização dos participantes da pesquisa, segundo sexo, faixa etária, tempo de formado e cursos de especialização realizados. Empresa de autogestão. São Paulo-SP, 2007.

	Nº	%
Sexo		
Masculino	10	71,4
Feminino	4	28,6
Faixa etária (anos)		
< 30	1	7,2
31 a 40	5	35,7
41 a 50	3	21,4
> 50	5	35,7
Tempo de formado		
6 anos	2	14,2
10 a 19 anos	6	42,9
20 e + anos	6	42,9
Especialização <i>Lato sensu</i>		
Saúde Pública, coletiva e da família	5	38,4
Hospitalar, Administração/gestão e <i>home care</i>	8	61,6

Dez profissionais (71,4%) são do sexo feminino e quatro (28,6%) são do sexo masculino. Predominam as faixas etárias entre 31 a 40 anos e maiores de 50 anos, ambas com 35,7% do total de profissionais entrevistados, seguidas pela faixa etária de 41 a 50 anos (21,4%). Apenas um profissional estava na faixa etária abaixo de 30 anos (7,2%).

Quanto ao tempo de formado, seis (42,9%) estavam formados há mais de vinte anos, seis (42,9%) formados entre dez e dezenove anos e dois (14,2%) formados há seis anos, o que demonstra uma longa experiência profissional.

Pela tabela 4, verifica-se que treze profissionais fizeram cursos de pós-graduação (*Lato sensu*), sendo cinco relacionados à saúde pública, coletiva e da família assim discriminados: residência médica (um profissional), especialização em saúde coletiva com enfoque no programa de saúde da família (um), especialização em saúde pública (três). Os demais profissionais (oito) realizaram cursos de pós-graduação voltados à área hospitalar, como administração hospitalar, gestão de serviços de saúde, terapia intensiva, *Home Care* dentre outros.

Excetuando-se os cursos de pós-graduação, ressalta-se que de todos os participantes da pesquisa, apenas dois profissionais (14,3%) possuíam experiência prévia em Saúde da Família, enquanto os demais (85,7%) possuíam experiência de atuação profissional na área hospitalar, ambulatorial ou domiciliar (*home care*).

Quanto ao desenvolvimento profissional e participação nos cursos promovidos pela empresa de autogestão, os sujeitos estavam assim distribuídos: onze (78,6%) haviam participado da Sensibilização para a Estratégia de Saúde da Família, seis (42,9%) haviam realizado o Curso Básico em Saúde da Família e onze (78,6%) participaram de pelo menos uma capacitação^m específica relacionada aos programas de saúde (Saúde Mental, Tabagismo, Programa de Atendimento às Vítimas de Assalto e Sequestro – PAVAS, Saúde do Trabalhador, Promoção à Saúde do Idoso, Programa de Atenção Domiciliar). Nove profissionais (64,3%) relataram ter participado do Curso de Aprimoramento em Promoção da Saúde, realizado em parceria da

^m Adota-se neste trabalho a expressão desenvolvimento profissional em substituição à palavra capacitação, por considerar que a primeira é mais abrangente e remete ao processo de educação permanente, enquanto a segunda se relaciona ao verbo capacitar que significa “tornar capaz, habilitar” o que leva a supor que o sujeito não era capaz e, portanto, necessita ser capacitado.

empresa com a Associação Brasileira de Promoção da Saúde – ABPS e um realizou a capacitação para o SISVAN (Sistema de Vigilância e Avaliação Nutricional)

Os dados encontrados sugerem uma procura maior para ingresso na Estratégia de Saúde da Família pelos profissionais que tinham formação e experiência voltadas ao cenário hospitalar. As pesquisas que tratam do perfil profissional das equipes de Saúde da Família identificadas na literatura referem-se aos médicos e enfermeiros que atuam no Programa de Saúde da Família do SUS que são, em sua maioria, constituídos por jovens recém-formados⁷⁵, o que diverge do perfil aqui encontrado que é constituído por pessoas com faixa etária maior de 30 anos. Porém, os estudos encontrados convergem com a questão dos recursos humanos como um problema central⁷⁶ diante da formação inadequada dos profissionais e reforçam a necessidade de investimento na formação profissional⁷⁷ voltada para a atuação na Estratégia, firmada em bases que não tomem o hospital como referência e, portanto, com uma concepção de saúde focada nas especialidades. Apesar da existência e funcionamento dos pólos de capacitação criados para atender a essa demanda do Programa de Saúde da Família do SUS, muitas regiões não são assistidas pela distância em relação às universidades que fazem parte desses pólos, o que por si só não constitui um problema para os profissionais da empresa de autogestão do município de São Paulo, uma vez que estão numa região que permite maior possibilidade de acesso a essas universidades.

Outro aspecto a ressaltar é que, embora a formação da grande parte dos profissionais que atua na ESF tenha sido focada no modelo curativo, identificou-se o movimento da empresa de autogestão em proporcionar o desenvolvimento desses profissionais voltado à formação em saúde da família, além da referência bastante positiva à parceria realizada com instituição ligada ao ensino e pesquisa (ABPS), o que possibilitou a troca de experiências e conhecimento sobre as novas formas e possibilidades de atuação no campo da Promoção à Saúde.

Assim, fica reforçado o importante papel da empresa em possibilitar o desenvolvimento dos profissionais, bem como promover parcerias com instituições de ensino visando ao apoio, à formação e à construção de políticas e inovações na área da saúde⁷⁸, uma vez que a operacionalização de mudanças na atuação profissional depende da possibilidade de reflexão e apreensão de novas práticas.

Tendo feita a caracterização dos participantes, passa-se a seguir a apresentar as categorias relacionadas ao conceito de saúde da família, à atuação dos profissionais na ESF, bem como as possibilidades e os limites na implementação da Estratégia na empresa de autogestão. Ressalta-se que a partir dos discursos dos participantes da pesquisa, foram identificadas muitas falas que se repetiam e que possibilitou a construção das categorias de análise. Algumas expressões dos sujeitos da pesquisa são apresentadas para exemplificar, com o cuidado de separar aquelas julgadas significativas ao tema em discussão.

5.2. O Conceito de Saúde da Família

O conceito de saúde da família identificado nas expressões dos participantes da pesquisa é influenciado por dois modelos de assistência à saúde com os quais convivem: o modelo hegemônico e o idealizado, ou ainda em processo de construção, pelos profissionais. O conceito parece transitar entre essas duas formas distintas de ver, sentir e agir em saúde.

A representação do conceito dos profissionais da saúde de nível superior, participantes da pesquisa, a respeito de saúde da família é mostrada no esquema a seguir (Figura 5).

Figura 5 – Esquema representacional do conceito de saúde da família

As influências advindas do **modelo hegemônico de saúde**, que são balizadoras da ação profissional, são amparadas na visão reducionista do indivíduo, no trabalho isolado do profissional de saúde, no trabalho desarticulado da equipe, em ações que visam à cura de doenças com foco no indivíduo, sendo que esse indivíduo assume uma postura de passividade no sistema. Nesse modelo, o conceito de saúde da família está associado à ampliação do acesso aos serviços de saúde às comunidades carentes, sendo vinculado, nesse sentido, à saúde pública, na perspectiva da prevenção de doenças e de agravos à saúde.

As expressões mostradas abaixo exemplificam essa afirmação:

“(...) ele tem uma formação mais antiga () Ele é muito aquela coisa é... só do corpo mesmo, só das doenças (...) mas ele tem a maior boa vontade. Ele vai comigo fazer as visitas, só que ele faz a parte médica e eu faço o emocional...”

“Bom, eu acho assim, cada profissional incluído nesse trabalho, a gente ainda está um pouquinho focado no próprio desenvolvimento do seu trabalho. Então eu ainda vejo o profissional dentro da estratégia um pouquinho solitário, a gente ainda não está conseguindo fazer um trabalho de equipe realmente, (...) Então eu acho que tanto o nutricionista, o psicólogo, o médico, o enfermeiro, o assistente social, cada um ainda está assim: ‘- Eu vou fazer porque isso daqui eu conheço, então eu desenvolvo as minhas tarefas ali, tal.’ (...) eu vejo ações um pouco isoladas (...) porque a gente ainda não conseguiu desenvolver, talvez, essa habilidade de trabalhar de uma forma multidisciplinar (...)”

“Olha, eu tenho um profissional que acredita piamente, eu tenho profissional que acredita duvidando. E é nítido isso. E essas pessoas, quando a gente conversa, não reconhecem isso, mas eu acho que elas não percebem. () Eu converso com todos eles. Com todos, e sempre alguém fala: ‘- Ah! Não estou recebendo ninguém.’, ‘- Ah é? Por quê? Chegou gente?’ (...) claro que o profissional se chateia, se ele sabe que tem cliente e não chega nele.”

“O problema maior é que as patologias são as mais variadas possíveis (...) Então, se a equipe de saúde da família estiver disponível as vinte... pelo menos as doze horas, se der solução para os problemas, der uma retaguarda para o paciente pra ele saber que vai ser atendido mesmo, isso eu acho que é o fundamental e isso no momento ainda não está funcionando.”

“[o usuário] superestima a condição de saúde dele, só que pra ele a participação enquanto agente é mínima. O papel dele é ir ao médico, tomar os remédios e pronto.”

“...porque a saúde da família está muito vinculada à saúde pública, a epidemiologia, a atividades de prevenção...”

“dentro da municipalidade, teve uma função que eu enxergo assim, facilitar o acesso da população que ficava em filas em pronto socorro, ambulatórios, e que tinha dificuldade de acesso a planos de saúde, com a implantação desse programa houve uma ampliação, um leque maior de facilidade de acesso e facilidade de tratamento de todas as necessidades básicas.”

O modelo idealizado pelo profissional é pautado principalmente na prática do “médico de família”, prática essa não vivenciada pela maioria dos profissionais entrevistados. Esse modelo idealizado encontra suas bases nas ações de promoção da saúde, porém vinculadas sempre à

prevenção de doenças, ao trabalho multidisciplinar, à lógica da diminuição dos custos do sistema, ao atendimento e abordagem familiar, levando em consideração o contexto familiar e comunitário. A prevenção diz respeito à possibilidade de adiar a doença, prolongar o tempo de bem estar e identificar precocemente as necessidades de assistência à saúde. Além disso, trata-se de um modelo que promove a ampliação do acesso e o acesso mais igualitário.

“uma coisa de base, você começa com a gestante, você começa a tratar da saúde no útero. Você trabalha com a saúde e você acompanha essa saúde ao longo da vida. Eu acho que isso pra mim é muito importante, e eu tive médico de família. Minha família, nós tínhamos um médico que atendia a gente. Atendeu a minha avó, minha bisavó, minha mãe e chegou a me atender. Então a gente tem esse conceito de tratamento de saúde da forma longitudinal, como é a palavra bonitinha que é usada na estratégia.”

“a gente quer oferecer um serviço antes da necessidade, a gente quer ter um trabalho que fale de prevenção e que fale de promoção também.”

“Eu entendo que é um modelo assistencial, que visa não só o atendimento do indivíduo, mas da sua família e do meio que ele vive, que tem vários princípios, de cuidar do indivíduo ao longo da sua vida, de estar próximo, de acompanhar, de saber o meio em que ele vive, as interveniências também em cima dele.”

“uma expansão da visão de saúde, como o profissional aborda o indivíduo, considerando toda uma inclusão dele dentro de uma família, dentro do ambiente de trabalho, dentro da sociedade, dentro de uma comunidade, num contexto mais amplo e todos os fatores que acabam influenciando na saúde dessa pessoa.”

“para mim significa que o ser humano não é um ser único em si. Ele está inserido num contexto social, familiar, e a estratégia vem para pesquisar isso também, pra investigar e pra poder encarar esse ser com toda essa bagagem que ele tem, com toda a carga que ele traz e não simplesmente ele desenvolvendo geneticamente, biologicamente.”

“o que eu acho legal dessa estratégia é que ela é muito lógica, qualquer pessoa entende, se você explicar, do jeito que eu entendo, pelo menos, que é uma forma de você trabalhar, que você pode promover a saúde, que é manter o que você tem de bom, e prevenir coisas que estão começando, você vai adiar a doença. Você pode até ficar sem ela, você vai prolongar a sua vida legal, teu tempo de vida boa, a sua qualidade de vida. E aí, vendo por essa mesma lógica, se você consegue fazer isso com muita gente, eu acho que

você consegue dar para mais gente uma qualidade legal, porque eu acho muito injusto isso também, o sistema que a gente vive de cada realidade... pouquíssimos têm um acesso exagerado e a grande maioria não tem nada.”

Os profissionais entrevistados demonstram um conceito de saúde da família “mentalmente” elaborado, que amplia a abordagem do sujeito do cuidado, num contexto mais ampliado de vida, porém ainda parece não encontrar as condições necessárias para a sua operacionalização na Estratégia de Saúde da Família da empresa, por diversos motivos, o que será mostrado mais à frente nos limites identificados por eles na implementação da estratégia na empresa de autogestão. Talvez já tenham sido mobilizados internamente para a mudança, porém não encontram as condições para efetivá-las, ou ainda não tenham conseguido superar a própria formação centrada no modelo hegemônico, reducionista e hospitalocêntrico. O conceito ainda está associado à prevenção de doença e promoção da saúde com enfoque behaviorista⁽²⁰⁾, como ilustra a fala a seguir:

“a diferença com o médico de família antigamente é que agora esse conceito novo pressupõe que o trabalho em equipe é mais resolúvel que o médico sozinho.... e que agora fazemos promoção de saúde, atividades de promoção, se tiver um estilo de vida saudável.”

Conforme se observa na Figura 5, já se identificam nas expressões dos participantes da pesquisa desafios postos para a transição do modelo, quais sejam: a conscientização para adesão à proposta, a superação da ação pontual, a mobilização do usuário e a superação do modelo reducionista.

Estes desafios, sendo considerados pelos profissionais e por extensão pela empresa de autogestão, dariam apoio à **Mudança de Paradigma** que levaria em consideração: 1) O usuário do serviço visto de forma diferenciada, como cidadão, com bagagem pessoal e cultural, com uma história a ser considerada; 2) a visão multidimensional; 3) a lógica integrativa; 4) um profissional com consciência do limite e 5) o relacionamento e interação horizontalizada. No entanto, esses aspectos parecem ainda focados na dimensão de um modelo idealizado, mentalmente elaborado, mas que não encontram ainda as condições para a sua operacionalização. Fica evidenciado um sentido de projeção para o futuro ou de desenvolvimento profissional a ser alcançado ou em

construção que possibilitaria o salto para a mudança de paradigma desejada. As expressões a seguir evidenciam essas conjecturas.

“Para mim a estratégia é um movimento de contra cultura da saúde.”

“Então venho aprendendo que minha intervenção pode ser de muitos jeitos, um jeito que considera muito mais o indivíduo, sua história, suas ligações com o lugar onde mora, com a sua comunidade...”

“contempla realmente o atendimento do indivíduo em toda a sua totalidade, tanto o indivíduo como a família (...) a gente tem uma lógica de atendimento onde a gente não vê a pessoa fragmentada, a gente procura dentro de uma abordagem sistêmica, compreender que sistema é aquele, quais são os conceitos, qual é a cultura que essa pessoa traz e não ver o indivíduo como a gente vê, no ambiente hospitalar.”

“(...) é um trabalho que você tem que estar dentro... você não está sozinha, você está sempre com uma equipe e que o seu olhar é voltado para esse cidadão, numa visão de integrá-lo também (...) olhando o meio em que ele vive, o que ele faz, o que ele traz de bagagem pessoal, de história. O trabalho nessa estratégia é você conseguir ter essa visão do todo, que eu acho que é bem difícil.”

“(...) e eu também não tenho mais essa visão de que a gente vai conseguir resolver, mas eu acredito que é o único jeito que dê pra se trabalhar.”

“(...) te remete a um olhar sistêmico da questão do ser humano, então envolve a questão da medicina e aí é ... nos traz a questão de rever o conceito de medicina, não só da medicina curativa, né, mas assim de uma medicina preventiva, isso casado com o atendimento multiprofissional, o envolvimento de outros profissionais e um olhar diferenciado para as questões de saúde.”

“e eu acho que a equipe tem que se integrar a isso também, a equipe tem que fazer parte também dessa comunidade a qual a pessoa atendida pertence, eu acho que nivela um pouco, (...) o paciente também sabe sobre si. (...) tem alguma coisa no contato humano que permite que um seja cuidado pelo outro, que não é só a máquina, que não é só o remédio, tem alguma coisa que acontece na relação.”

Os achados relacionados aos desafios da mudança para a transição de paradigma que leva em consideração a integralidade do sujeito do cuidado convergem com pesquisas anteriores que identificaram a intenção de reorganização do modelo de assistência, indicando, porém, a necessidade de mudança de paradigma. Conill⁷⁶ refere-se à formação inadequada dos profissionais entre as principais limitações para a operacionalização de estratégias de reorganização da atenção primária. Chiesa & Batista⁷⁷, analisando os desafios da implantação do Programa de Saúde da Família na rede pública de São Paulo, reconheceram que a formação e perfil profissional desejados não seriam encontrados prontos e deveriam ser construídos ao longo do processo.

Diante de tais constatações, cabe questionar: em que medida o conceito de saúde da família explicitado nas entrevistas é aplicado pelos profissionais ao exercer o seu trabalho na estratégia? Qual conceito seria predominante, o idealizado (mentalmente elaborado) ou o hegemônico? Que elementos novos trazem à tona?

Quando partimos para a descrição de um dia típico de trabalho, como pode ser verificado a seguir, identificamos, em sua maioria, atendimentos individualizados e uma prática fragmentada.

Ficou **fortemente** evidenciado nas falas dos participantes da pesquisa que o **conceito de saúde da família**, de forma explícita ou implícita, apresentado pelos profissionais entrevistados **também** remete à comparação entre a atenção desenvolvida nos serviços de saúde que são públicos e nos serviços que são privados. Parece denotar que os conceitos de saúde da família que estão embasados no modelo hegemônico, mas que já trazem elementos de superação postos nos desejos de mudança de paradigma, também sofrem influência das contradições presentes no modelo de saúde público e privado, uma vez que as características apresentadas parecem evidenciar ou justificar a dificuldade que os profissionais da empresa de autogestão enfrentam, ao ter como desafio implementar um modelo de atenção à saúde que é inovador na empresa e ao mesmo tempo estranho frente à lógica de assistência pautada no acesso espontâneo e facilitado do usuário ao sistema de saúde privado, além de que as diretrizes da ESF ainda não estão muito bem definidas, conforme será mostrado nos limites da implementação da ESF na empresa.

Os participantes mencionaram que no serviço público de saúde são encontradas as seguintes características:

- o profissional tem maior autonomia, papel melhor definido e conta com maior aceitação por parte dos usuários;
- os usuários do serviço público têm maior participação social, nível socioeconômico mais baixo, além de possuírem restrição de acesso à equipe multiprofissional;
- o serviço público é reconhecido como um local “onde as diretrizes são melhor definidas e mais seguidas”, porém os recursos são restritos.

Com relação ao serviço privado de saúde explicitaram as seguintes características:

- o profissional tem pouca autonomia e sofre com a resistência dos usuários;
- o sistema privado é referido como um serviço que demonstra incerteza quanto às diretrizes estabelecidas, apresenta uma rede que abarca concorrências entre os níveis de atenção, porém possui mais recursos.

Foram selecionadas abaixo algumas falas que representam a comparação público X privado:

“(...) do pouco de experiência que eu tive no SUS quando eu fiz o aprimoramento, eu acho que você tem mais autonomia (...) eu acho que falta um pouco mais de autonomia para nós aqui, ainda algumas coisas acontecem muito engessadas.”

“(...) salário e autonomia dos profissionais. Porque por mais que se tenha protocolo de padronização, os gerentes devem ter autonomia mínima de estar verificando a realidade da região, de como isso existe no SUS, uma certa liberdade, como os profissionais individualmente visto como uma equipe.”

“(...) eu acredito hoje que a gente tenha condições de oferecer um serviço de muito melhor qualidade que o SUS. Muito melhor porque no SUS a gente sabe que não tem como a gente tem aqui. O serviço da psicologia, não tem o serviço social, não tem a nutrição... no SUS, até onde eu sei, o trabalho é muito centrado no médico da família, na enfermeira, no agente comunitário e acho também em contrapartida, que é uma coisa assim que eu sonho e eu ainda espero ver dentro da empresa, é... o que a gente entende por... como é que a gente fala? É... conselho de usuários, né? Eu acho que o conselho, isso

sim, eu acho que era uma coisa que a gente precisaria é... comprar, copiar do SUS, mas de uma forma diferente (...) eu acredito que se o conselho de usuários participasse de algumas de nossas reuniões abertas pra eles, porque a gente teria como ter uma amostra do que eles querem, do que eles compreendem.”

“[referindo-se ao serviço privado de saúde] tem todos os defeitos do serviço público, mas não tem as qualidades, porque o serviço público leva mais a sério as coordenadas.”

“Estratégia de saúde da família hoje, para mim, se transformou em mais coisas. Não tem tanto a cara, talvez por já não estar trabalhando no serviço público, já não tem tanto a cara do serviço público. Mas a gente às vezes fica tentando fazer o que era feito no serviço público na empresa. E a população é diferente, os programas embora contenham a questão da coordenação de cuidados e tudo, eles têm uma aceitação diferente por parte da população, e até para conseguir que a pessoa compareça ao serviço, seja atendido...”

“A concorrência da saúde da família é diferente do serviço da municipalidade. Dentro da empresa tem uma concorrência muito grande, então... funciona como um consolo. O serviço é uma unidade de consolo.”

“(...) a gente trabalha em SUS a gente acaba enfrentando outros problemas sociais(...) você encontra cardiologia, encontra psicologia, psiquiatra e o acesso da população a esse nível secundário é bem mais complexo. É bem mais difícil porque nunca tem agenda (...) e as questões sociais eram muito evidentes. (...) Já dentro da empresa, a gente tem essa facilidade de acesso bem maior, mesmo porque os participantes conseguem acesso à rede credenciada mais fácil.”

“(...) nós vivemos no primeiro ano caçando paciente (...) uma profissional aqui veio do SUS e ela fala: ‘- No SUS eu era uma pessoa importantíssima e aqui eu tenho que pedir licença para entrar.’ Ela falou: ‘- O trabalho que eu tenho que fazer com a minha auto-estima, diariamente...”

É possível perceber que o Sistema Único de Saúde, por ter sido pioneiro ao implantar e implementar a reorganização do modelo de assistência à saúde por meio do Programa de Saúde da Família, tornou-se uma referência para os sujeitos entrevistados. Apesar das diferenças de

contexto, composição de equipes e processos de trabalho, as experiências desenvolvidas pelas equipes de saúde da família poderão produzir conhecimentos que auxiliem na busca por melhores resultados em ambos os sistemas: público e privado.

A seguir, são apresentadas as formas de atuação e as atividades desenvolvidas pelos profissionais na estratégia de saúde da família.

5.3 A atuação profissional na Estratégia de Saúde da Família da empresa de autogestão

A ESF representa um novo modelo de atenção à saúde implantado na empresa de autogestão e que convive com o modelo hegemônico que vem sendo amplamente praticado na própria empresa. Desse modo, os profissionais que atuam na ESF explicitaram claramente as possibilidades e os limites do trabalho da equipe e da implementação da ESF pela empresa.

A Figura 6 sintetiza a implementação da ESF, o que será abordado a seguir.

5.3.1 As atividades desenvolvidas pelas equipes na Estratégia de Saúde da Família

Ao solicitarmos aos sujeitos entrevistados o relato de um dia típico de trabalho na ESF, foi possível identificar que as atividades desenvolvidas pelas equipes na estratégia estão organizadas, conforme descrição a seguir.

- Atendimento aos usuários conforme demanda espontânea e agendamentos prévios. É possível perceber pelas expressões que o agendamento é difícil de ser atingido, uma vez que os usuários procuram o serviço principalmente quando há queixa específica.

“Bom, a equipe mesmo, eu te falei, é a equipe nuclear, que é a técnica de enfermagem e o médico. Assim, esta equipe nuclear durante o dia faz os atendimentos, o ‘reatendimento’ dessa população cadastrada, porque dentro do plano da empresa existem indicadores que precisam ser atingidos. Então esses indicadores, eles se baseiam na revisita (...) pra satisfazer esses indicadores, pelo menos uma vez ao ano.”

- Realização de Pronto Atendimento nos moldes do modelo hegemônico, com consultas de curta duração, focadas na queixa do usuário e sem a continuidade com base no histórico de atendimentos anteriores. Essa situação ocorre principalmente pela cobrança da empresa dos indicadores de avaliação, entre os quais há o número de consultas por dia. Nessas situações, os profissionais expressam um grande incômodo por não conseguirem colocar em prática os princípios preconizados pela ESF. O relato abaixo ilustra esta situação:

“Dá pra você fazer um trabalho excelente com 30 minutos, desde que no primeiro momento tenha tido a oportunidade de se estender, de ter esse histórico detalhado. E, às vezes, depois que eu voltei das minhas férias, muitas vezes eu me senti fazendo um pronto-atendimento convencional. E eu tenho lidado com isso no dia-a-dia. E eu tenho uma esperança muito grande que isso possa ser revertido.”

- Visita domiciliar de acordo com os critérios de elegibilidade preconizados pela empresa, realizadas tanto para ações de promoção à saúde como para atingir os indicadores propostos para avaliação do trabalho da ESF.
- Coordenação dos Programas de saúde propostos pela empresa, os quais são normatizados em nível central e repassados às equipes para implementação.
- Reuniões para discussão de casos, de forma sistemática.
- Ações de educação em saúde, em forma de palestras para os usuários sobre temas diversos. Nessa atividade, a abordagem de educação em saúde depende da dinâmica da equipe. Onde há maior interação entre os profissionais e houve maior investimento em desenvolvimento profissional, seja por iniciativa própria ou da empresa, as ações são mais pautadas em relações horizontalizadas, com metodologia participativa e levando em consideração as demandas locais.
- Ações de cuidado e de coordenação de cuidado.
- Consulta de enfermagem.

As expressões a seguir ilustram as atividades desenvolvidas:

“(...) atendimentos coletivos diante das sessões educativas, palestras que a gente dá para agentes bancários através do grupo de vida saudável, que é empresarial. Tem aqui também na atividade o dia da saúde que tem escala de trabalho de técnicos para falar sobre os temas. Ou é qualidade de vida, ou mesmo um tema direcionado, cada um tendo a sua especificidade, vai debater o tema.”

“Você mandava 100 cartas, apareciam duas pessoas, três pessoas (...) A gente começou a pensar em formas de como trazer esse usuário. Eles têm interesse, mas querem saber da doença porque é o que foi feito até agora. Vamos fazer alguma coisa que tenha outro tema. Vamos falar de hipertensão: lotou a sala. Vamos falar sobre memória: encheu de gente. De osteoporose: gente. Diabetes: gente. Então, a pessoa vem pela doença. E às vezes, a gente acaba atuando com esta questão que a pessoa atrai, até para poder depois, conseguir inserir a questão da promoção e prevenção.”

Apesar de algumas experiências de trabalho em equipe, as expressões dos sujeitos demonstram que o processo de trabalho, com maior ou menor intensidade, está organizado na

lógica anterior (do modelo hegemônico), da demanda espontânea, por meio de atendimentos individuais e fragmentados, em parte atendendo apenas às metas de indicadores estatísticos de quantidade de atendimento. Franco, Bastos & Alves⁷⁵, em estudo sobre a implantação da ESF no SUS em três diferentes municípios, concluíram pelas diferentes abordagens adotadas pelos profissionais de saúde em cada contexto, influenciadas pelas características locais, que a aplicação prática dos princípios da ESF não foi identificada, especificamente na relação médico-paciente. A fala selecionada abaixo reforça esta constatação:

“A equipe vem toda falando da estratégia e toda hora você descobre alguém que está falando alguma coisa que não faz. Fala que acredita e não faz. A coisa do multiprofissional, da interdisciplinaridade, eles ainda fazem cada um o seu. É uma somatória, mas não é troca ainda, cada um tem o seu conhecimento.”

As atividades identificadas e a rotina de trabalho relatada pelos sujeitos das quatro equipes evidenciam que a transição do conceito de saúde da família entre o modelo hegemônico e o conceito teórico e mentalmente idealizado reflete em sua prática. Por vezes, a equipe se vê respondendo à demanda do usuário por ações focadas na doença e na cura, entregue ao desgaste de tentativas de adesão às ações de promoção propostas e mal sucedidas.

“(...) Então o dia-a-dia eu resumiria numa batalha, todo dia é uma batalha. É uma batalha com o público e é uma batalha com a equipe, e é uma batalha com as minhas forças (...) porque tem dia que eu tenho vontade de sair pelo chão e respirar, tomar uma água e ir embora.”

5.3.2 Avanços do trabalho em equipe na Estratégia de Saúde da Família

Os participantes da pesquisa consideram que a estratégia implementada na empresa tem como “carro-chefe” a equipe. Nesse sentido, explicitaram aspectos positivos do trabalho que vem sendo desenvolvido desde a implantação da ESF, que já constituem avanços ao trabalho **quando realizado em equipe**, que tem permitido:

- maior entrosamento dos profissionais, promovendo a troca de experiências e amadurecimento profissional;
- gratificação por ver o resultado do trabalho pela resposta do usuário;
- ampliação das possibilidades de o usuário ser abordado por diferentes olhares profissionais;
- inclusão do usuário da saúde mental no sistema de saúde de forma integrada na atenção primária e junto aos demais usuários;
- ampliação do olhar do profissional sobre os problemas identificados nas reuniões de discussão de casos;

A seguir, selecionamos algumas expressões relativas ao trabalho em equipe como experiência de sucesso:

“A Estratégia de Saúde da Família permite um entrosamento muito maior por parte dos profissionais, porque a gente tem um olhar discutido e você empresta a experiência do outro profissional (...)”

“Quando a gente atende uma pessoa, desde quando você faz o cadastramento dessa pessoa, em que você acolhe, em que você ouve a história, que passa pelos profissionais, depois ela se inclui num grupo, e ela no grupo vem e mostra mais dela e depois ela traz pra você tanto no coletivo quanto no individual, o que ela conseguiu fazer na vida dela, e o que aquilo melhorou pra ela, isso é muito legal. (...) E eu acho que a gente enquanto profissional tem aquela preocupação de ler o que o outro escreveu, de fazer todas as outras intervenções que o outro ainda não teve possibilidade de fazer.”

“Tem uma coisa melhor aqui (...) o paciente de saúde mental aqui, ele é recebido lá embaixo da mesma forma que os outros pacientes. E tem gente que tem um comportamento esquisito, estranho mesmo, que até incomoda muito o público (...) Mas os auxiliares trabalham legal, tratam legal, conversam.”

“(...) as nossas reuniões de discussão de casos, isso é um trabalho em equipe e é fundamental. Quando eu tenho a visão do médico, do psicólogo, do nutricionista, do assistente social, que às vezes eu fico pensando: - Nossa, eu

já não tomaria essa atitude, nossa, olha que fundamental isso que você está falando, que isso aí já muda a trajetória dessa situação (...)”

Embora os participantes tenham explicitado avanços do trabalho em equipe, foram também identificados limites relacionados ao trabalho na ESF, o que veremos a seguir.

5.3.3 Limites relacionados ao trabalho na ESF

Por meio das análises das falas dos sujeitos da pesquisa foram identificados limites relacionados ao trabalho na Estratégia de Saúde da Família. Esses limites que influenciam a forma de atuação dos profissionais, bem como os resultados alcançados até o momento, dizem respeito principalmente:

- a) Ao trabalho da equipe na ESF
- b) À gestão e à política da empresa

No que tange ao **trabalho da equipe** foram identificadas expressões relacionadas:

- à falta de entrosamento e de integração entre os profissionais, com a conseqüente realização do trabalho de forma fragmentada e desarticulada;
- ao trabalho centralizado no médico;
- à (in)especificidade do papel profissional;
- à falta de planejamento conjunto;
- à dificuldade na coordenação de cuidados.

A **falta de entrosamento** e de **integração** entre os profissionais, com conseqüente trabalho fragmentado, é um dos fatores impactantes. Diversas são as causas dessa forma desarticulada de trabalho, como poderemos ver nas falas a seguir, porém a dinâmica estabelecida entre os profissionais, a necessidade de estabelecer relações mais próximas para realização do trabalho conjunto, o perfil profissional e a inabilidade para a gestão de conflitos na equipe são mais evidentes:

[quando questionado sobre a percepção da atuação dos demais profissionais da equipe] *“Nós estamos entrando num assunto delicado aqui, né? ...eu acho que poderia ser muito melhor. Eu acho que deveria haver um entrosamento, sabe, eu até tentei muito, hoje eu já não... eu desisti. Porque a má vontade é muito grande.”*

“... às vezes o que acontece é assim: eu não comunico direito e eu estou acompanhando o caso e não comunico direito pro outro e o outro poderia me ajudar muito mais. Essa questão de eu ser interdisciplinar em algumas situações e em outras eu seguro pra mim porque eu acho que eu que tenho que dar conta. E não troco com o outro (...).”

Essa dificuldade de entrosamento e fragmentação prejudica a efetivação da coordenação de cuidados. O **trabalho** parece estar **centralizado no médico**, que por sua vez, encontra-se isolado do restante da equipe.

“a proposta de ter a equipe multi é extremamente importante, mas ainda a figura do médico tem um peso muito forte... entendo que seja importante que este profissional tenha o seu peso, mas até em relação às outras disciplinas, existe uma condescendência. Então, se eu estou discutindo um caso e o médico traz uma linha de percepção ‘ - Olha, então esse caso tem tal problema, ele toma tal medicação, a gente está propondo tal procedimento’, existe uma convivência das outras áreas, no sentido de... assim... a opinião do médico prevalece.”

“(...) o médico e a técnica de enfermagem são a unidade básica da equipe de saúde da família. E são assessorados por Assistente Social, Psicóloga, a enfermeira e a Nutricionista.”

“Bom, a equipe mesmo, eu te falei, é a equipe nuclear, que é a técnica de enfermagem e o médico. Assim, esta equipe nuclear, ela durante o dia ela faz os atendimentos (...) dessa população cadastrada, porque dentro do plano da empresa existem indicadores que precisam ser atingidos.”

Parece haver uma **(in)especificidade do papel profissional** relacionada às dificuldades para a definição e clareza sobre o que cada profissional tem a desenvolver no trabalho da equipe, provocando uma reação que centraliza e mantém o foco na especialidade de cada um,

na área em que possui maior domínio. Essa forma de trabalho também provoca descrédito na ESF e desinteresse por parte dos profissionais.

“Acho que tem também uma questão de não entender muito bem o que o assistente social faz numa empresa que teoricamente não tem pobres que precisam, de nenhum assim ... tipo... um problema financeiro propriamente dito. Embora a gente às vezes atenda casos assim. Mas a princípio, fica meio obscuro achar a atuação do profissional na estratégia.”

“... a nossa população do Banco não entende, né, eu acho que tem ainda aquele estigma que Assistente Social é para pobre, não precisa...”

“É uma coisa que eu sinto falta para mim, é a formação de saúde básica, isso aí tem que ter porque não adianta. Veja bem, eu venho de uma formação hospitalar, totalmente diferente, uma visão diferente. E de repente você vai desenvolver um trabalho que tem uma outra característica (...) Então você estava acostumado a ver uma situação grave, hoje você já não tem mais essa situação tão grave assim e você tem que fazer um trabalho de promoção, trabalho de prevenção (...) só que agora, estando desenvolvendo esse trabalho, pelo menos dentro da área de promoção, o enfermeiro tem que ir atrás dessa informação. Isso é fundamental, senão, não adianta (...) Ele tem que ter elementos, ele tem que ter embasamento científico, ele tem que ter conhecimento, se não ele não tem necessidade nenhuma dentro dessa equipe.”

“(...) a enfermagem fica sempre uma questão que não está claro, então, até a questão de aceitação do público da consulta de enfermagem, o que faz (...)”

A falta de **planejamento conjunto e de coordenação de cuidados** também é outro fator limitante para o desenvolvimento do trabalho da equipe. A equipe percebe que não dá conta da coordenação de cuidados e as atividades acabam focadas na doença:

“[sobre determinada atividade coletiva realizada pelos profissionais da equipe] (...) foi feito por três pessoas do módulo, e as outras pessoas não participaram. (...) E com o desenvolvimento nada foi programado. (...)”

“A famosa coordenação de cuidados que a gente tanto fala, coloca num pedestal, mas a gente não dá conta de fazer isso. Por quê? Porque a informação que nós temos é incipiente.”

“O problema maior é que as patologias são as mais variadas possíveis (...) Então, se a equipe de saúde da família estiver disponível as vinte... pelo menos as doze horas, se der solução para os problemas, der uma retaguarda para o paciente pra ele saber que vai ser atendido mesmo, isso eu acho que é o fundamental e isso no momento ainda não está funcionando.”

Como consequência das dificuldades relacionadas ao trabalho em equipe, os profissionais acabam por desenvolver suas ações isoladamente, conforme a área de formação, e de domínio, o que reforça o trabalho fragmentado e causa desmotivação, desinteresse e descrédito no trabalho na Estratégia de Saúde da Família:

“O discurso teórico é muito legal. [Como você tem percebido na prática?] Um desinteresse muito grande das pessoas, eu não sei se as pessoas não estão acreditando no que estão fazendo (...) tudo desmotivou as pessoas para fazer um trabalho mais efetivo, mais correto, mais honesto.”

Na atuação profissional os sujeitos focaram **muito** mais nos limites da implementação da Estratégia na empresa e **pouco** nos aspectos vivenciados no trabalho propriamente dito.

No que diz respeito aos limites relacionados à **gestão e à política da empresa**, foram apresentados os seguintes aspectos:

- a redução do tempo destinado ao primeiro atendimento dos profissionais de saúde, de uma hora para trinta minutos;
- os entraves burocráticos e as mudanças de gestores;
- o contexto político;
- a cultura do modelo curativo;
- a ambivalência nos modelos de atenção à saúde;
- a sensação de incerteza quanto ao modelo a ser desenvolvido;
- a centralização das decisões dos programas a serem implantados e das suas formas de implementação, o que muitas vezes não atende às necessidades e realidades locais;
- a falha na comunicação e divulgação da Estratégia na própria empresa;
- o baixo investimento financeiro;
- A falta de política de cargos e salários.

As falas a seguir ilustram os limites identificados:

“E assim... cobrar indicadores. De atendimento... Agora, com essa história de meia hora de atendimento para cada profissional, eu acho que isso não tem cabimento, porque a nossa agenda não está completa. Nós temos tranquilidade. Poderia muito bem fazer o atendimento de uma hora, ou que seja de 40 minutos, que é um atendimento diferente do que tem na rede.”

“É uma questão que eu costumo comentar também em relação à mudança que ocorreu quando deixou de ter a primeira consulta de uma hora. (...) você não ter tempo para conhecer o histórico da pessoa, os antecedentes familiares, o histórico de remédios e de exames... (...) isso é um prejuízo muito grande para a empresa, para a Estratégia, porque vai na contra mão. (...) e a questão é que alguma coisa que já estava funcionando bem, a contento, dando bons resultados, algumas coisas já estão sendo deixadas de lado...”

“Na teoria é perfeito. Então a gente tem toda a ideologia que é maravilhosa. Na prática a gente tem alguns entraves. (...) Porque tem um histórico importante que é a empresa patrocinadora e como a gente tem que trabalhar sob determinadas regras, né? Não que a gente não consiga fazer nada... não. A gente consegue fazer bastante dentro dessas regras que eu acho que realmente a estrutura da empresa patrocinadora é uma estrutura engessada, e focada em resultado. Uma visão racional bem tecnicista, e a empresa está tentando trazer um modelo bem holístico de tratar, de falar com as pessoas, mas que a gente tem esses entraves burocráticos (...) Essas normas, essas regras que a gente tem que se adaptar.”

“(...) essa percepção da importância de ter esse olhar para a questão política da empresa, do momento em que se dá essa implantação da Estratégia e o quanto isso tem impacto realmente para que ela se consolide. Então, quando a gente fala de uma empresa que tem 62 anos, qual era o perfil de atendimento, qual era o perfil dessa empresa até então? De uma Estratégia que vem se dando há dez anos, vem se construindo há dez anos, e anterior a isso, né? Então a gente fala de mais de cinquenta anos de uma empresa que tinha um foco em pagar serviços, então essa população usuária ela tem todo um vínculo com essa rede, com esses profissionais da rede de serviços.(...)”

“Aqui tudo é mais difícil, né, porque... verba e tudo mais. E aqui na empresa eu não sei (...) se por trocar.... troca gestor daqui, troca gestor dali (...) Acho que isso diferencia também.”

“Olha... às vezes eu acho que a empresa oscila, se ela quer ou não. (...) eu acho que ela tem uma ambivalência no seu desejo para com a Estratégia, eu

acho que também talvez tenha um pouco a ver com a estrutura da empresa (...) por serem diretorias eleitas da empresa patrocinadora (...) então, cada vez que muda, fica meio a mercê mesmo, às vezes eu fico pensando o quanto... se a empresa quer ou não a Estratégia, o que ela entende de Estratégia..."

"(...) é muito ruim assim esse desejo e não desejo (...) a gente também fica nessa ambivalência (...) Então eu acho que assim, são limites de uma coisa mais ampla que vai entrando na vida individual profissional de cada um, e às vezes tem impactos negativos..."

"(...) Então dá até certa insegurança, porque as metas que eles propõem não têm muito a ver com o sucesso, eu acho. Sucesso eu digo, pensando nesse público sendo acompanhado de fato. (...) eu acho que eles tinham que reforçar a gente (...) Incrementar a equipe que está começando..."

Os gestores e equipes sentem falta de que, primeiramente, diretrizes claras sejam fornecidas para o trabalho na Estratégia, e posteriormente, que tais diretrizes sejam efetivamente seguidas e não haja alteração do programa em curto período de tempo. Parece não haver articulação entre as diversas ações propostas por meio de programas específicos, além de não ser considerada a característica e complexidade local, no caso, a cidade de São Paulo.

"o que eu fico imaginando: que os Módulos, eles têm que ter a cara daquela população e daquela equipe, porque aquela equipe também é uma população que vai se formar e se fazer. Esse como fazer, vai ser regional (...) então eu acho que as pessoas confundem às vezes um pouco. Ter esses princípios norteadores, esses conteúdos tipo o Curso Básico pra todo mundo, ótimo. O Curso da Promoção da ABPS pra todo mundo, ok, agora o como aquilo vai ocorrer, vai ser o jeito da comunidade, dentro daquelas possibilidades, e o que tem valor e sentido naquele território, que vai ser diferente, porque a gente vive numa cidade de 11 milhões de pessoas e existem muitas São Paulo dentro da São Paulo (...)"

Algumas vezes os profissionais são levados a assumirem atividades administrativas, seja pela falta de desenvolvimento profissional dos administrativos, pelo próprio perfil do gestor local que demanda tais tarefas, ou pelas necessidades impostas pela questão da estrutura física e de recursos humanos do e no local. Esse tipo de atividade retira do profissional o tempo que seria destinado às atividades de coordenação de cuidados, atividades conjuntas e desenvolvimento profissional.

“[somos responsáveis por] muitas atividades, por todas as atividades aqui. Por cadastrar, por sensibilizar a pessoa a se cadastrar, por mandar o convite, por telefonar. (...) É muito jogado isso para nós. Todas as responsabilidades, a gente se sente sobrecarregado. Por que você veja... a gente tem que preparar a lista que vai ser convidada, a gente tem que bolar o convite que vai ser enviado, a gente tem que ligar para a população para ver se eles vêm. Se eles vierem ou não vierem, nós temos que preparar que atividade que vai ser essa, que material que vai ser usado, que dinâmica que vai ser. Nós temos que discutir isso.”

Outra especificidade citada pela maioria dos profissionais está relacionada à ausência de um plano de cargos e salários, aliados ao déficit salarial quando comparados aos profissionais que atuam no Programa de Saúde da Família da rede pública na capital. Apesar das condições de trabalho serem pontuadas como melhores, esse é um dos fatores que causam a alta rotatividade dos profissionais nas equipes.

“Para isso que você tem uma política de carreira, de políticas de salários, e precisa ter uma valorização do profissional, de forma que esses médicos, os enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, queiram, desejem permanecer na empresa e possam dar continuidade no seguimento.”

Entretanto, levando em consideração tais especificidades relacionadas ao trabalho da equipe e à gestão e política da empresa, os participantes da pesquisa indicaram algumas **sugestões para superar os limites do trabalho da equipe na ESF**, apresentadas a seguir.

5.3.4 Sugestões para superar os limites do trabalho da equipe na ESF

Os participantes, ao desenvolverem suas atividades na estratégia, apesar de mostrarem os limites relacionados ao trabalho da equipe, também apresentaram sugestões para superarem tais limites, quais sejam:

- Investir nas relações interpessoais da equipe, promover a integração dos profissionais, proporcionar mais momentos de atividades em comum; investir no papel de cada disciplina no andamento dos casos.

“(...) um envolvimento maior de trabalhar as questões até de relações na equipe multiprofissional, resgatar mais assim o papel de cada disciplina no andamento dos casos (...) eu sinto isso até nas nossas reuniões técnicas, que a gente precisa investir muito nisso (...)”

“(...) eu percebo que precisaria ter uma maior integração entre os profissionais, mais momentos de atividades em comum.(...) E essa integração precisaria ser incentivada através de momentos em comum. Momentos em que o profissional, o médico também, pudesse ser liberado para participar dessas atividades e participar não só apenas das reuniões de equipe.”

- Investir na formação e no desenvolvimento dos profissionais, tanto para o fortalecimento do papel profissional de cada um dos componentes das equipes, como para o desenvolvimento de habilidades para o trabalho multidisciplinar, quiçá interdisciplinar. Nesse sentido, o Curso Básico em Saúde da Família foi citado como uma importante ferramenta facilitadora desse processo.

“Precisaria ter uma formação melhor, que eu acho que isso é uma deficiência muito grande da parte dos médicos, e também dos demais profissionais. Mas a formação em Estratégia de Saúde da Família, a oportunidade de fazer o Curso Básico, apesar de ser o curso com essa denominação de básico, é um curso de bastante abrangente, ele situa o profissional dentro do contexto, isso é importante para a pessoa saber do que ela está falando.”

- Investir e proporcionar tempo aos profissionais para atualização, levando em consideração as deficiências identificadas e as necessidades que surgem na realização do trabalho na ESF;
- Priorizar as reuniões de equipe, momento no qual é possível promover a integração dos profissionais, troca de experiências e conhecimentos, ampliação do olhar sobre os problemas encontrados, planejamento conjunto, exercitar o trabalho multidisciplinar;

“(...) reuniões de equipe, que são as reuniões que eu acho que é o que fortalece o trabalho da gente, porque mesmo que você não esteja acompanhando uma família diretamente, você tem a oportunidade de ter o olhar daquela pessoa, que num momento ao outro, na longitudinalidade vai acabar em algum momento passando com você (...)”

“(...) reunião dá bastante trabalho, porque você se arranja, se desarranja, mas eu gosto, às vezes eu fico meio cansada, mas eu acho que eu entendo a importância disso. Às vezes você não está muito disponível mesmo pra reunião, pra ouvir, porque aí você faz todo um exercício de compreender, de se colocar no lugar do outro, de se despojar um pouco dos seus valores, do que você acredita (...)”

- Promover suporte às equipes para que tenham oportunidade de discutir sua própria atuação, os sentimentos que surgem a partir do acompanhamento mais próximo das famílias e da formação do vínculo junto aos usuários.

“(...) eu acho até que um aparato do próprio profissional, porque quando a gente ajuda uma família você se envolve, você de certa forma influencia e é influenciado, eu acho que a gente tinha também que passar por um acompanhamento mais ou menos parecido quando vêm as supervisões de fora, que a gente costuma ter de serviço de saúde mental, do tabagismo, quando vem uma equipe de fora discutir isso com a gente em reunião de equipe, a gente se pega... - Peraí, eu tô pensando nisso e estou levando por conta da minha experiência. Então, eu acho que quando a gente recebe uma ajuda, de fora, nesse sentido de discussão de casos mesmo, de aperfeiçoamento e de capacitação, eu acho super interessante, eu acho que tira a gente de um olhar mais fechado.”

Os achados desta pesquisa quanto ao trabalho das equipes de saúde da família, apesar da composição diferenciada das demais equipes atuantes no Programa de Saúde da Família desenvolvido no SUS, convergem com as constatações de que a mudança da prática de saúde não ocorre de forma automática ao implantar programas que se constituem por meio de equipes multidisciplinares e de propostas inovadoras^{70,79,80}. A despeito de todas as discussões que vêm sendo realizadas sobre a mudança do modelo assistencial, as práticas permanecem, salvo algumas experiências isoladas, pautadas na especialidade, no saber do profissional, na desarticulação da rede de serviços. Falta, no entanto, incluir os sujeitos envolvidos no processo – usuários e profissionais – de forma a promover um ambiente de troca tal que permita a mudança almejada⁸¹.

Assim, os profissionais ao descreverem a sua atuação na ESF, embora expressem atividades pontuais, feitas de forma isolada e fragmentada, também explicitam aspectos de extrema relevância para que a Estratégia possa ser implementada de maneira a atender ao conceito mentalmente elaborado de saúde da família visando promover a integralidade do

cuidado à saúde dos usuários. Isto fica evidenciado nos discursos dos sujeitos da pesquisa que apontam para os avanços do trabalho em equipe e apresentam sugestões para superar as dificuldades do trabalho da equipe, o que poderia considerado pela empresa, uma vez que os profissionais querem mudanças, sabem dos desafios para a mudança de paradigma, porém a empresa precisa acreditar e investir nessa mudança e nos profissionais que as almejam alcançar.

Os dados acima apresentados estão relacionados ao contexto micro, ou seja, ao trabalho realizado pelas equipes em seus territórios, em seus contextos. Passaremos agora a apresentar os resultados referentes ao contexto macro: o sistema de saúde suplementar, a gestão e a política da empresa. Nesse aspecto, foram identificados nas expressões dos participantes elementos que representam as possibilidades da implementação da estratégia na empresa de autogestão.

5.4 A implementação da Estratégia de Saúde da Família na empresa: possibilidades

Para os sujeitos da pesquisa, a implantação e implementação da ESF é percebida como uma iniciativa honrosa por parte da empresa, um exemplo a ser seguido, uma ferramenta fundamental para a construção de um modelo de atenção à saúde pautado nas necessidades e nas diferentes realidades dos usuários, e que promova como resultado, uma melhor qualidade de vida e saúde aos usuários com custos compatíveis. Foram explicitadas pelos profissionais as **possibilidades** para a implantação/implementação e o sucesso da Estratégia na empresa, conforme descrito a seguir:

- A construção conjunta do trabalho, por uma mesma equipe que inicia o cadastramento, o vínculo com os usuários atendidos, com a comunidade local, e realiza o planejamento, implementação e avaliação das ações de saúde voltadas àquele público;
- O fato de a equipe dar continuidade à assistência permite o seguimento clínico da pessoa assistida, condição essa necessária para o êxito das ações propostas;

- O perfil socioeconômico dos usuários ser mais homogêneo, restringindo assim os riscos e condições externas ao sistema de saúde que influenciam negativamente na saúde das pessoas;
- A possibilidade de suporte de atendimento domiciliar e da política farmacêutica diminui os limites de intervenção das equipes e possibilita maior resolutividade às questões de saúde que extrapolam o campo de atuação da ESF;
- A empresa é considerada pelos sujeitos da pesquisa com uma posição diferenciada no mercado de saúde no país, considerando esta uma potencialidade para a implantação/implementação da ESF, pela estrutura organizacional e de processos que possui;

“Quando eu apresentei o nosso programa, a nossa estratégia chamou a atenção de várias pessoas: ‘Nossa! Mas você tem instrumental para genograma? Vocês fazem conferência de família?’ E você vê assim que a gente está numa posição diferenciada no mercado, e acho que essa coisa de... financeiramente a gente melhorar para o ano que vem, no planejamento que já foi aprovado, que isso já deu um ânimo, eu acho que a gente tem condição de oferecer um serviço bem melhor, um processo de trabalho com maior qualidade, com um sistema de informação que possa trazer para o profissional dados precisos, pra dar realmente a entonação certinha (...)”

- Orçamento pré-determinado para a estruturação dos serviços próprios da empresa é considerado como possibilidade, que facilita a divulgação e a implementação das ações planejadas, dando maior credibilidade à decisão tomada;
- Definição de diretrizes concretas para o trabalho das equipes e pautadas no perfil da população assistida permite maior agilidade, avaliação e obtenção de resultados. Como exemplo foi citado o Programa do Risco Cardiovascular.

“E esses programas, eles simplesmente, eu acho que dão um poder, uma competência, ... não vamos dizer poder, vamos dizer uma competência técnica pra qualquer um dos profissionais, dentro da sua atribuição, do seu atendimento individual, é... ter um feed-back muito maior, um momento muito maior com o indivíduo acima de quarenta anos. Só que eu acho que assim, os programas são todos bons, mas eles não são de fato muito bem aproveitados, porque alguns programas eles pecam, caem no esquecimento...”

“(...) eu acho que quando vieram apresentar o Risco Cardiovascular aqui, teve gente que bateu palma, porque eles ficaram felizes mesmo com a história. E eu me lembro das auxiliares de enfermagem que falavam: ‘- Graças a Deus chegou uma coisa concreta para a gente mexer, trabalhar.’ E elas estão a fim.”

- O planejamento das ações para o atendimento à população por intermédio da organização do atendimento à demanda espontânea e do agendamento prévio;
- O Curso Básico em Saúde da Família proposto pela empresa e instituído no bojo da capacitação mínima oferecida aos integrantes das equipes foi citado como um importante instrumento de reflexão e subsídio para as ações.
- A articulação da equipe da ESF é fundamental para que as ações propostas e planejadas sejam colocadas em prática, traduzindo-se em melhores resultados tanto dos indicadores propostos, como das avaliações de cada caso seguido pela equipe. O gestor possui um papel fundamental para que essa articulação se torne efetiva. Nesse contexto de equipe, os profissionais apresentam maior motivação e satisfação com o trabalho.

“...geralmente a gente tem uma agenda onde a gente sabe mais ou menos a nossa distribuição de tarefas, aquelas tarefas que são só minhas, que são pertinentes à função da Enfermeira e aquelas tarefas que são coletivas, (...) a gente chega e acaba que a gente sempre tem uma comunicação e mesmo você sabendo que alguém tem uma visita, alguém tem um trabalho, um programa, um grupo numa agência, você tem essa troca, e você acaba também partilhando, você troca experiências. E... eu tenho a minha agenda com as minhas consultas, (...) às vezes tem atendimento que é coletivo, que é eu junto com uma outra profissional, e aí você vai atendendo tanto aquela demanda que é espontânea, como a que é agendada. Aí você tem, principalmente dentro do pronto atendimento, você tem muitos casos que não estavam programados pra acontecer, que você tem que permitir, dentro daquelas duas horas, um atendimento e um olhar.”

Conforme relatado, para o sucesso da ESF na empresa, são necessários: investimentos de ordem financeira, política de recursos humanos, divulgação, informação e vinculação junto aos usuários, desenvolvimento profissional e criação de um arcabouço teórico que sustente as ações dos profissionais envolvidos.

5.5 A implementação da ESF na empresa: limites

Foram apresentados pelos profissionais entrevistados muitos limites que representam dificuldades para a implementação da ESF na empresa, a despeito das possibilidades discutidas anteriormente.

Esses limites foram categorizados em especificidades relacionadas:

- ao **Modelo do Sistema de Saúde Suplementar**,
- à **gestão e política da empresa**,
- à **estrutura de pessoal**
- à **estrutura física e material**
- à **Informação e *Marketing* na/da empresa**

5.5.1 Limites relacionados ao Modelo do Sistema de Saúde Suplementar

Quanto às especificidades relacionadas ao **Modelo do Sistema de Saúde Suplementar**, percebe-se que o Sistema de Saúde Suplementar existente hoje no Brasil está organizado em torno de interesses de diversos grupos: corporativismo profissional, fornecedores, instituições privadas e os usuários do sistema. Está instalado um verdadeiro mercado de saúde e as regras seguidas pela maioria dos envolvidos são as regras de qualquer outra relação comercial: venda de mercadoria e busca pelo lucro crescente.

As empresas de autogestão em saúde, por sua característica de organização sem fins lucrativos, por sua origem em torno de interesses de trabalhadores, atuam no espaço paradoxal. Como atender aos usuários, como administrar os recursos existentes sem utilizar a lógica de lucro e de mercado? Por outro lado, os usuários do Sistema de Saúde Suplementar também estão procurando consumir as mercadorias existentes nesse mercado, atuando também de forma ambígua: como obter assistência adequada à saúde, mantendo o equilíbrio financeiro do Plano de Saúde, mas atendendo às suas próprias demandas por consumo?

Essas ambigüidades e essa realidade foram explicitadas nas falas dos sujeitos dessa pesquisa, como fator de grande influência na implementação da Estratégia de Saúde da Família na empresa. Fica evidente a cultura do usuário voltada ao modelo curativo, a insegurança desse usuário quanto ao novo modelo, se haverá restrição para utilização da rede credenciada disponível até então, bem como o fato de estar habituado a utilizar o serviço que está pronto a atendê-lo de forma imediata. Tais aspectos podem ser identificados nas expressões mencionadas a seguir.

“Os canais de acesso do usuário pra ele ser acolhido de uma maneira adequada ainda não estão funcionando, certo? Então o acesso dele ao serviço que era dele que ele usava habitualmente é mais fácil do que o acesso à rede da saúde da família. Então, o cliente ele tenta uma vez, duas vezes, se ele não é atendido rapidamente ele vai contar para mais dez pessoas que ele não foi atendido bem. Então, o serviço para ele funcionar ele precisa ter qualidade de início, porque a concorrência é muito grande.”

“Por que a empresa tem essa promoção e prevenção? O que é isso dentro da Saúde Suplementar? Eu acho que é difícil eles entenderem. Eu acho que também é difícil, às vezes, a gente conseguir ter uma conversa que consiga explicar isso para o usuário. O contexto da promoção, da prevenção, na atenção primária na saúde.”

“Porque eles têm muito essa questão: o usuário... medo da rede credenciada não existir mais, ou ser muito podada, e eles não terem mais acesso. Então, isso eles trazem às vezes nos grupos. ‘- Mas como, nós vamos poder usar aqui? Usar o serviço da rede normalmente?’ Então, acho assim... eles têm muita insegurança.”

“Se você não tem [médico], você não pode fazer. E eu acho que a gente tem que ter paciência também, porque não se muda uma coisa que é cultural em pouco tempo. Quem quer mudar a cultura tem que ter cacife para bancar um tempo.”

“Só que o valor do trabalho da Estratégia está nisso, você vê o ser humano no todo, que é o mais importante. Agora, é difícil, porque a pessoa está acostumada a ir ao médico não no preventivo, mas sim quando a doença está instalada, então ele vai ao médico. Quando na verdade essa cultura arraigada tem que ser gradativa e a conscientização também. Então uma das dificuldades é isso mesmo.”

Além da cultura do usuário, uma das principais características do sistema suplementar é a ampla rede credenciada disponibilizada ao usuário. Tal aspecto influencia diretamente na adesão à proposta da ESF, o que também dificulta o referenciamento da rede.

“Eu acho. Eu acho que a gente não vai deslanchar na Estratégia se a gente não tiver o referenciamento da rede. Isso é condição para acontecer. Como é que você pode trabalhar com médico que fala contra o serviço? Não é nem que não faça a continuidade, primeiro que o médico não devolve seu paciente, então você não está referenciando, ou contra-referenciando, porque não tem. E se eles falam que eles estão ganhando mal, como é que eles podem entrar em qualquer acordo com você? Então eu acho que tem uma rede extensa, é difícil para entrar e para sair. É difícil para entrar e muito mais difícil para sair. Ela é meio quase que incontrolável.”

Em resposta a essa realidade, de um histórico de organização e ações voltadas ao curativo, a Agência Nacional de Saúde (ANS) vem buscando incentivar a mudança e qualificação do setor e lançou em 2006 o “Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doença na Saúde Suplementar”⁸² como norteador das ações das empresas que atuam no Sistema de Saúde Suplementar. Esse Manual possui como base, cinco riscos identificados como passíveis de prevenção e eleitos para abordagem sistemática: tabagismo, alimentação inadequada, obesidade, consumo de álcool e sedentarismo. Organiza e orienta as ações por meio de linhas de cuidados direcionados a grupos: saúde da criança e do adolescente, saúde do adulto e do idoso – com enfoque para as doenças cardiovasculares e neoplasias, saúde da mulher, saúde bucal e saúde mental. O conceito de linhas de cuidados adotado é:

constitui-se em modelos de atenção matriciais que integram ações de promoção, vigilância, prevenção e assistência, voltadas para as especificidades de grupos ou necessidades individuais, permitindo não só a condução oportuna dos pacientes pelas diversas possibilidades de diagnóstico e terapêutica, como também, uma visão global das condições de vida (p.5)⁸³

Esse Manual tem como objetivo estimular a mudança do modelo de atenção à saúde na saúde suplementar, propõe-se a ser um norteador e suporte técnico. Talvez, por isso, não contempla a organização mínima para que as empresas realizem essas ações, nem tampouco trata da questão da relação com a rede credenciada. O direcionamento e remuneração

diferenciada para profissionais específicos da rede credenciada já ocorre entre as seguradoras e outras modalidades de Planos de Saúde, porém, vinculados aos acordos de protocolos de procedimentos, solicitações de exames complementares, utilização de órteses, próteses e materiais especiais, utilização de determinado recurso do nível terciário, dessa forma não sendo caracterizado referenciamento da rede.

A Fundação de Seguridade Social (GEAP), segunda maior empresa de autogestão do país, implantou em 2006 o “Programa de Promoção da Saúde e Gerenciamento de Riscos” em alguns estados, no qual o usuário cadastrado (portadores de doenças crônicas não transmissíveis, doenças infecto-parasitárias e idosos acima de 60 anos) é acompanhado e monitorado por um médico denominado Médico Vinculador Assistencial. Nesse programa, existem médicos especialistas e laboratórios credenciados que sinalizam em um sistema informatizado os procedimentos realizados junto aos usuários encaminhados pelo Médico Vinculador Assistencial⁵⁷. É possível perceber que o referenciamento da rede se configura como um dos principais desafios para a reorganização do Modelo de Saúde do Sistema de Saúde Suplementar.

Além disso, a UNIDAS – União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde, lançou em 2007 uma publicação⁵⁷ que definia a Promoção da Saúde como “meta e compromisso da autogestão”, demonstrando ser essa uma preocupação compartilhada por esse segmento. Diversas atividades coletivas realizadas pelas empresas afiliadas são divulgadas, demonstrando uma preocupação compartilhada com os custos, com a qualidade do atendimento e a qualidade de vida de seus participantes.

5.5.2 Limites relacionados à gestão e política da empresa

Tomando-se a idéia de organização, como realidade socialmente construída⁸⁴, passaremos agora a apresentar os dados referentes às especificidades da empresa, como organização, em relação à implantação e implementação da Estratégia de Saúde da Família, na percepção dos sujeitos entrevistados. Cabe ressaltar que tais características não foram exclusivas de determinada equipe, havendo um consenso nas expressões dos sujeitos

entrevistados quanto às categorias, as quais remetem à organização, à gestão e aos recursos humanos.

As expressões dos participantes relacionadas à gestão e política da empresa foram categorizadas em limites relacionados à:

- gestão da equipe e da empresa
- falta de liderança
- falta de diretrizes para o trabalho
- falta de planejamento
- dimensão do território
- ação local diferente da necessidade identificada no território
- sobrecarga de atividades diversas
- fragmentação do trabalho
- implementação de programas separados
- falta de diálogo empresa x equipe

No que diz respeito à **gestão**, tanto a gestão local da equipe quanto a estrutura de gestão da empresa, são identificados como possíveis fatores limitadores. A forma de atuação é pouco participativa, na ótica do próprio gestor e das equipes. O gestor da ESF se vê muito envolvido com questões administrativas e sem suporte para as questões da equipe multidisciplinar. É possível perceber que o **planejamento** fica prejudicado, principalmente onde se aliam o perfil do gestor, a alta rotatividade de profissionais e a composição da equipe.

Quando o assunto da gestão é trazido nas falas dos sujeitos entrevistados, de alguma forma vem acompanhado da percepção de falta de planejamento. A interface entre gestão, planejamento e processos de mudança é explicitada por Campos⁸⁵, para quem o planejamento é uma ferramenta importante para a mediação de processos de mudança e, para isso, “quem trabalhasse com planejamento, em qualquer instituição, deveria incorporar entre seus saberes a capacidade da escuta aprimorada daquilo que, às vezes, fala em silêncio (...) dialógico, fragmentado e limitado, mas que vai ao encontro dos outros”. Portanto, a forma de gestão adotada e praticada no interior de organizações e equipes influencia diretamente no planejamento que dê conta das necessidades e expectativas dos atores envolvidos no processo de assistência à saúde.

André⁸⁶, analisando o perfil de competências dos gestores de Unidades Básicas de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, concluiu que “o despreparo do gestor influencia diretamente o modo de operacionalização das estratégias e a dinâmica das equipes envolvidas nos serviços, contribuindo para a ineficácia e ineficiência dos processos”.

Fracolli & Egry⁸⁷ chamam a atenção para a importância de se ter claramente estabelecido o papel dos gerentes locais e suas relações com o projeto de saúde, para que possam contribuir de forma mais efetiva na construção das reformas necessárias. Essa falta de clareza reflete diretamente na dificuldade do gerente em articular ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas cotidianos das Unidades Básicas de Saúde.

Seguem algumas falas que expressam a questão da gestão, falta de liderança e de planejamento:

“Olha, eu acho que está faltando um pouco de gerenciamento, um pouco de direção na equipe. Condições individuais muito boas, são lideranças, várias lideranças. Então você precisaria ter um líder muito maior para poder amarrar essas lideranças todas. (...) E um direcionamento maior da própria empresa nos caminhos (...) os caminhos que a gente está tomando, que a gente está meio perdido.”- Ah, faz isso.’ ‘- Não!’ De repente veio uma contra-ordem (...) Então você nunca sabe o que você vai estar fazendo, como você vai estar fazendo. Quer dizer, como, você até sabe. Mas quando, você nunca sabe, porque você nunca sabe o que você vai encontrar amanhã, e isso dá muita insegurança.”

“Então, essas outras questões são importantes, são importantes tanto que existe uma preocupação, senão o serviço não funciona, não anda, mas se isso estivesse de uma certa forma resolvida, eu acho que teria uma dedicação maior, um envolvimento maior de trabalhar as questões até de relações na equipe multiprofissional, resgatar mais assim o papel de cada disciplina no andamento dos casos, então eu acho... eu sinto isso até nas nossas reuniões técnicas, que a gente precisa investir muito nisso (...) ainda está assim... vamos dizer.... a coisa ainda não amadureceu.”

“(...) esses programas eles devem ser exclusivos, agora a equipe toda é acionada para múltiplas atividades que às vezes não tem nada a ver com a Equipe de Saúde da Família.(...)”

“É muito difícil. É muito fácil a gente perder o rumo no dia, aí tem que voltar correndo. Você planeja uma coisa e acontece outras no dia, que você não conta, mas você conta como uma coisa ocasional, mas você não tem equipe de suporte.”

“(...) parece que sempre alguém tem que dizer por você (...) eu acho que a empresa tem que aprender, se ela quer a participação dos seus usuários, metodologia participativa, a participação tem que começar de dentro para fora. Se a gente, os trabalhadores, não puderem participar, a população tão pouco.”

Os entrevistados apontam para o fato de que a instituição patrocinadora, uma instituição do ramo financeiro, constitui a cúpula da gestão da empresa e que talvez haja influência na determinação dos indicadores e formas de avaliação de desempenho do Modelo de Sistema de Saúde adotado. Muitas vezes essas escolhas não refletem os avanços e fracassos das equipes de Saúde da Família em seus territórios, por medirem a quantidade dos procedimentos realizados e não os resultados do trabalho na saúde e na satisfação dos usuários.

“Eu acredito assim, que os Programas que a gente tem são Programas maravilhosos, são programas muito bons de acompanhamento, mas eles precisam ser usados (...) com uma cobrança fora ser só o indicador, só a estatística, entendeu?”

“(...) Então às vezes você aplica instrumento que às vezes você não sabe muito bem para que vai te servir. Às vezes você tem que aplicar aquilo porque você é cobrado dos indicadores, você é cobrada de várias coisas, mas aquilo não tem muito sentido. O que eu vou fazer com aquele dado? Para que vai me servir? Para que vai ser bom o usuário saber disso?”

Essa percepção dos sujeitos participantes desta pesquisa encontra sentido se tomarmos em conta a “estrutura organizacional como a cadeia relativamente estável de ligações entre as pessoas e o trabalho que constituem a organização [e que] os formatos organizacionais são, portanto, resultantes de como os decisores definem esse complexo conjunto de elementos organizadores das relações entre pessoas, grupos, direção, tarefas e atribuições”⁸⁴.

Merhy⁴⁶ aponta para o risco de que as ações inovadoras no setor de saúde privado tenham seu foco na redução de custos e competitividade no mercado, sendo necessário atender também às necessidades dos atores desse processo: profissionais de saúde e usuários.

Selecionamos a seguir uma fala que reflete a percepção acima explicitada:

“(...) às vezes eu acho que a gente sente a gerência distante dos problemas, das dificuldades que a gente vê no dia-a-dia, para conseguir levar em frente essas atividades. Parece mais um repasse, do que talvez venha acima [do gestor] (...) essa participação da parte da gerência com a gente é difícil. Parece que não faz parte da equipe. Vem aqui só para passar o recado, mas não participa desse processo de verdade. (...) Mas eu acho que aí é que deveria aparecer a gerência da empresa, da equipe.”

Cabe ressaltar que as dificuldades relacionadas à fragmentação, à falta de diretrizes e à dimensão do território, foram apresentadas anteriormente, nas páginas 60 a 65, quando foram abordadas as dificuldades relacionadas ao trabalho na ESF.

5.5.3 Limites relacionados à estrutura de pessoal.

A empresa onde foi realizada a pesquisa possui abrangência nacional, sendo que a implantação e a implementação de um Modelo de Assistência com base na Estratégia de Saúde da Família pressupõe dificuldades, obstáculos e particularidades em determinados locais do país. A cidade de São Paulo, como a maior capital do país, com maior número de habitantes e por enfrentar dificuldades pertinentes a uma grande metrópole, demonstra ser um grande desafio para essa implementação. Essas dificuldades vão desde o encontro de imóveis adequados, até a disponibilidade de profissionais qualificados que aceitem o padrão salarial oferecido, uma vez que ainda não há política de cargos e salários que permita ajuste de acordo com o mercado de trabalho local.

Entre as especificidades relativas aos recursos humanos, verifica-se a alta rotatividade, seja de profissionais técnicos ou administrativos. As equipes referem como conseqüências disso a descontinuidade do seguimento dos usuários, desarticulação da equipe por falta de uma nova adaptação e reação negativa por parte dos usuários.

“(...) a permanência do profissional que começa é muito importante, os médicos que a gente tem, todos passaram por um treinamento absurdo. (...) isso é muito ruim, para empresa, para quem fica, e para o usuário. Então, a rotatividade deveria ser a mínima possível, para garantir esse vínculo e confiabilidade.”

“(...) teve uma quebra também com a saída de dois profissionais (...) A irregularidade, a diferença de salário com o mercado. Eu tenho receio de tornar desacreditada a Estratégia na empresa em função disso. A gente já ouviu isso de participantes (...) dizendo que desse jeito não iria mais passar no Módulo, que na hora que gostou da médica, ela sai por questão salarial (...) A implantação eu acho que ela tem tudo para dar certo, mas acho que falta mais investimento.”

O trabalho realizado na ESF provoca grande **desgaste nos profissionais**, seja pela falta de recursos materiais, pela falta de adesão dos usuários às ações desenvolvidas, principalmente às atividades coletivas propostas, pela cobrança por indicadores e metas de atendimento. A falta de direcionamento, de seguir um planejamento realizado, também provoca desgaste e desmotivação nos profissionais, sentida principalmente onde a gestão local é menos comprometida:

“Eu acho que o que precisa mesmo é ter uma direção mais adequada. Eu acho que têm muitas cabeças pensantes (...) mas alinhar um pouco essas idéias. (...) porque eu acho que não pode é continuar do jeito que nós estamos e nem trabalhar da forma que nós estamos trabalhando. Eu acho que isso é muito ruim para qualquer profissional, deixa a gente de certa forma inseguro, meio desestimulado, eu acho que isso não é interessante. Para a empresa não é interessante, não é interessante para a estratégia e muito menos para quem deve utilizar este programa.”

“(...)Teria que ser feito um trabalho maior, investir mais e principalmente tinha que ter um olhar gerencial, para ver que essa equipe está num sofrimento enorme. Porque as pessoas estão sofrendo, umas mais, outras menos. Mas há um sofrimento coletivo e isso é muito ruim.”

“E essa rotatividade principalmente nos administrativos é grande, por causa de eles terem um salário menor e trabalharem com uma carga horária maior,

estão sempre adoecendo. Existe uma dificuldade na parte administrativa. Eu vejo assim. E mais com relação ao pessoal.”

Muitas equipes estão sem o quadro completo diante das dificuldades de contratação, o que também prejudica o andamento e gerenciamento do dia-a-dia:

“De uma estrutura de recursos humanos na parte administrativa que realmente desse conta das demandas que chegam. (...) para tirar eu acho um pouco essa carga do Gerente e deixar o Gerente fazer um trabalho mais de perto da sua população usuária, conhecer mais de perto essa rotina, e também dar suporte à equipe técnica.”

Foi mencionada também a **necessidade de maior intercâmbio** entre os diversos Núcleos e setores da empresa, com vistas a melhorar a condução das demandas e processos. Cabe ressaltar que não há uma forma homogênea de atuação entre as quatro equipes e, de conhecimento dessa realidade, os profissionais sentem falta de ter oportunidade para trocarem experiências.

5.5.4 Limites relacionados à estrutura física e material

O desafio de implantar a ESF em uma grande cidade, em quatro regiões distintas e geograficamente distantes, apontava para a necessidade de estruturação desses serviços para suporte aos profissionais que iniciariam suas atividades. Nesse processo de estruturação, algumas lacunas são sentidas pelas equipes, como falta de equipamentos e materiais que se destinam ao desenvolvimento de atividades dentro e fora dos Módulos.

“Foi um serviço inaugurado que não tinha estrutura para funcionar. Não tínhamos computadores...”

“Eu acho que tem que ter liberação de verbas, tem que ter dinheiro mesmo, dinheiro mesmo! Investir pesado (...) Você perde dias e dias de trabalho andando na rua, procurando um imóvel, e esse imóvel não acontece. (...) Você procura vincular, chega na hora você diz: ‘- Não, eu não vou te atender, vou te mandar para a rede.’ Entendeu? Para uma rede....”

“Mas, assim, no dia-a-dia você tem impacto. Por exemplo, hoje, você chegou e eu estava lá na recepção resolvendo a questão de funcionar o nosso servidor, então isso é uma coisa que acaba... dois, três dias você tem esse problema. Então aí você não tem acesso à agenda eletrônica, aí você não tem acesso aos sistemas pra você receber o seu usuário, enfim, conduzir o andamento do serviço. Então, esses impactos na rotina diária, isso ... vamos dizer assim, tomam um tempo com relação às preocupações, vamos dizer assim... macro da gerência, elas acabam tomando uma proporção maior do que deveria.”

5.5.5 Dificuldades/limites relacionados à Informação e ao *Marketing* na/da empresa

Cem por cento dos sujeitos entrevistados apontaram para a questão da informação e *marketing* na/da empresa como um fator dificultador. Informação: em termos de sistemas de informação em saúde, divulgação do Modelo de Sistema de Saúde adotado e da implantação da Estratégia de Saúde da Família e *marketing*: no sentido de “venda” do “produto” Estratégia de Saúde da Família aos “clientes”.

“(...) o nosso marketing é um marketing que não é agressivo, aliás, nós temos muito pouco marketing. Então o pior do começo foi as pessoas duvidarem do trabalho, então assim ‘- Mas quem são vocês? A empresa está fazendo o quê? Porque ela não me mandou um encarte oficial falando do início aqui em São Paulo?’ E muita gente ligava para lá para saber se [era verdade].”

Quanto à comunicação e divulgação junto aos usuários, parece haver um consenso entre os sujeitos desta pesquisa quanto à forma incipiente que vem sendo realizada pela empresa. Há diferenças sentidas entre as características das divulgações utilizadas para atingir os usuários em outras situações vivenciadas pela empresa. A dificuldade de adesão dos usuários à proposta da ESF é associada diretamente à falta de divulgação nas falas dos entrevistados.

O mesmo problema parece ocorrer também junto aos profissionais da empresa que atuam fora da ESF. Os sujeitos relatam que há um desconhecimento por parte do restante da empresa relacionado às ações, princípios, diretrizes, atividades, avanços e dificuldades vivenciadas pela ESF. Tal desconhecimento reflete também na baixa adesão dos próprios funcionários da empresa à proposta. Esse fato é preocupante, uma vez que o usuário possui

inúmeros canais de comunicação junto à empresa e parece não haver uma divulgação ou reforço quanto à implantação da ESF.

Abaixo são selecionadas algumas falas que representam as preocupações quanto à informação e divulgação:

“(...) nesse processo de cadastramento de funcionários da própria empresa, me chamou a atenção que a gente encontrou bastante resistência de pessoas que não queriam se cadastrar (...) não se percebeu que esses funcionários tenham conhecimento sobre o que é a estratégia, então isso é uma questão preocupante, porque são pessoas que transmitem informações para os usuários, o tempo todo estão em contato e o quanto elas realmente acreditam, enxergam, entendem o que é estratégia.”

“(...) E aí a gente talvez não consiga, enquanto que dentro da empresa a gente não tem essa visão do que é, a gente às vezes não consegue vender para o cliente lá fora, porque pra você não está claro o que é.”

“(...) acho que acaba prejudicando a Estratégia e implantação é o fato de não ter investimento em marketing, que daí fica uma questão muito caseira, entre aspas, a gente realizar as coisas, a nossa população está acostumada com (...) folder, essa coisa brilhante, bonita, de bom material e a gente faz uma xérox, preto e branco, recorta, encaminha... eu acho que isso tem um impacto para eles, um impacto...nesse caso negativo (...) Contribuir? Eu acho que mais marketing faria virar.”

Quanto às questões internas: as falas remetem à deficiência na interface entre sistemas de informação em saúde e de informações e dados epidemiológicos de acompanhamento da população cadastrada que subsidiem o planejamento para as ações. A implantação do prontuário eletrônico é visto com ressalvas pela possibilidade de se transformar em mais uma barreira entre profissional-usuário. Nesse sentido, seria importante que essa ferramenta viesse acompanhada de uma formação específica para auxiliar no manejo de uma nova tecnologia. Diante da diferença de estágio e ferramentas entre cada Módulo, há uma divergência entre as denominações utilizadas nos serviços, o que dificulta a utilização dos dados para um planejamento mais global, principalmente com relação aos dados epidemiológicos.

É possível perceber que as categorias de análise construídas relativas ao conceito de saúde da família, à apreensão das formas de atuação dos profissionais inseridos na ESF no

contexto do Sistema de Saúde Suplementar, às possibilidades e aos limites identificados na implementação dessa estratégia neste contexto, se convergem no que diz respeito à centralidade das ações dos profissionais de saúde e seu desenvolvimento profissional.

A aplicação do conceito de saúde no sentido da integralidade do cuidado, bem como o desenvolvimento de habilidades que possibilitem a transição entre o fazer individual para o fazer em equipe na ESF dependem da possibilidade de contato com novas abordagens teóricas sobre o processo saúde-doença, sobre a integralidade do cuidado e sobre a promoção da saúde, sendo que a mudança de paradigma – neste momento ainda considerada como uma projeção de futuro, se daria pela conjunção de esforços, crenças e investimentos da empresa na própria estratégia, no *marketing* (interno e externo), nos recursos humanos e materiais e na definição de diretrizes mais claras relacionadas à estratégia, além de melhor preparo dos profissionais para a ação profissional. As possibilidades identificadas só foram passíveis de apreensão pela presença de um contexto favorável: equipe com pouca rotatividade, gestão participativa e busca por desenvolvimento profissional. Por fim, os limites identificados foram muitos e dificultam a atuação profissional, no micro e no macro contexto.

6. CONCLUSÕES

A partir dos resultados alcançados com esta pesquisa, os quais reconhecemos serem restritos a uma dada realidade, a um dado momento e um recorte, é possível identificarmos que há um movimento por parte das empresas de saúde do Sistema de Saúde Suplementar, na busca por novas formas de prestar atendimento aos seus usuários, que sejam distintas daquelas até então realizadas, fundamentadas no modelo biomédico e, portanto, restritas ao pagamento por procedimentos destinados à cura de doenças. Ainda que motivado, inicialmente, pela necessidade de diminuição de custos, o movimento nesse sentido tem encontrado subsídios que permitem o desenvolvimento de experiências desafiadoras inovadoras e que levam à reflexão sobre as especificidades desse processo de transição.

No entanto, para a compreensão em profundidade desse processo, são necessárias análises que não sejam superficiais e apressadas, dadas à complexidade das interações organizacionais quando relacionadas à estrutura e ao funcionamento do Sistema de Saúde

Suplementar no Brasil. Como bem relata Paim⁷⁹, é necessário que sejam explicitados mecanismos indutores de apoio às mudanças nas instituições, tanto educativas, quanto executoras. A forma de financiamento, dentre outros aspectos, é um desses mecanismos que precisa estar muito bem definido.

É possível perceber também, que nenhuma empresa, seja ela de autogestão ou não, *per si*, dará conta de uma cultura de utilização consumista de produtos ofertados livremente no mercado de saúde instalado. Há que se ter apoio de instituições reguladoras de maior governabilidade, que dêem respaldo às ações que condizem com um modelo de atenção integral à saúde.

As instituições educativas desempenham uma função primordial nesse processo ao buscar adaptação e preparo para atender a essa dissociação entre a formação para uma prática baseada em um paradigma biomédico e a demanda por um modelo de atenção integral ao sujeito. Pode-se concluir que a fragmentação do cuidado em saúde, a falta de interface entre os diversos campos do conhecimento na área da saúde funcionam como fatores que inviabilizam a implementação de ações pautadas no paradigma da Promoção à Saúde, cujo princípio fundante é justamente a visão integral na atenção ao sujeito.

Hartz & Contandriopoulos⁸⁸ chamam a atenção para o fato de que nas diversas reformas dos sistemas nacionais de saúde, a descentralização e a regionalização mediante a integração dos serviços de saúde em redes assistenciais têm sido estimuladas com vistas ao aumento da eficiência e eficácia, porém, deve-se levar em consideração que os diversos atores e organizações envolvidos não têm os mesmos recursos, interesses ou competências para engajamento nos projetos de cooperação no sistema. Chamam a atenção ainda para que sejam levados em consideração que discursos e políticas sobre integração, fundamentam-se em três linguagens: a **estrutural**, pela modificação das fronteiras das organizações; a **clínica**, por modificações nas práticas profissionais e a da **cooperação**, por meio de novos formatos de negociação e de acordos entre atores e organizações.

Os resultados desta pesquisa apontam para as diversas dimensões envolvidas e fatores de influência para a prática profissional. Dessa forma, questões micro e macroestruturais influenciam na manutenção do modelo hegemônico de saúde curativo.

Nesse sentido, o conhecimento das convergências e das contradições da ESF no Sistema de Saúde Suplementar precisam ser consideradas visando à superação desse modelo hegemônico e assim possibilitar que os desafios da transição para um novo paradigma de saúde sejam a mola propulsora das mudanças que se desejam.

Os resultados aqui apresentados só foram possíveis devido à metodologia de estudo de caso, que buscou explorar de forma intensa a realidade de uma situação complexa e sem limites bem definidos, pela análise crítica e profunda das falas dos sujeitos atuantes nessa dada realidade, ficando explícita a importância da participação dos sujeitos que atuam e que efetivamente “produzem” o cuidado na saúde. Esta constatação encontra respaldo na abordagem de Merhy⁴⁶, para quem

o trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas configuram-se em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontros de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados, comportando um grau de liberdade significativo na escolha do modo de fazer essa produção. (p.49)

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa permite sistematizar algumas recomendações a serem consideradas pelas empresas que visam à efetiva implementação de um modelo de Assistência à Saúde, com vistas à Promoção da Saúde como alicerce de suas ações. Seguem algumas recomendações.

- 1) Elaboração de um Modelo de Avaliação com vistas a atender à especificidade da prática de saúde suplementar no paradigma da Promoção à Saúde como processo. Assim, os indicadores não podem ser traduzidos em dados quantitativos dos produtos, somente. Há necessidade de um modelo que mensure a qualidade do processo;

- 2) Formação inicial dos profissionais da saúde, bem como gestores, fundamentada no desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes coerentes com o caráter inovador que os programas e estratégias de Promoção à Saúde demandam;
- 3) Formação em serviço - educação permanente - para que os profissionais formados no modelo biomédico possam realizar a transição para uma outra prática - promoção à saúde - devidamente instrumentalizados dos princípios de trabalho em equipe, gestão participativa, intersetorialidade, planejamento das ações pautadas na realidade local e na participação dos usuários.

Sendo assim, recomenda-se a continuidade de investigações que aprofundem os temas aqui desenvolvidos e, mais que isso, que o conhecimento desses resultados possa mobilizar a empresa, os profissionais e os usuários para a definição de políticas e estratégias que valorizem a dimensão do cuidado integral à saúde, não apenas como resposta às necessidades prementes de saúde dos seus usuários, mas também como possibilidade de responder aos desafios de um modelo a ser superado visando à melhor qualidade de vida dos usuários e ao menor custo.

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____, declaro que, após ter sido convenientemente esclarecido(a) pela pesquisadora Mary Lopes Reis, aluna de mestrado da Escola de Enfermagem da USP, consinto em participar da Pesquisa intitulada “**A Percepção de Profissionais da Saúde sobre a Implantação da Estratégia de Saúde da Família no Sistema de Saúde Suplementar no Município de São Paulo: convergências e contradições de uma nova proposta**”, sob orientação da Profª Drª Vilanice Alves de Araújo Püschel, concedendo uma entrevista que tem como objetivos: 1) Identificar o conceito de saúde da família utilizado pelos profissionais da saúde de nível superior de uma empresa de auto-gestão do Sistema de Saúde Suplementar no município de São Paulo; 2) Identificar as facilidades e as dificuldades vivenciadas por esses profissionais para implementação da Estratégia de Saúde da Família e 3) Apreender as formas de atuação dos profissionais na Estratégia de Saúde da Família proposta por essa empresa de autogestão.

Sei que as informações são sigilosas, que não serei identificado(a) e que esses dados serão utilizados exclusivamente para esta pesquisa.

Sei que tenho liberdade para participar e para retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para minha atuação profissional nesta empresa.

Sei também que terei acesso aos resultados, caso tenha interesse, com a posterior publicação da pesquisa (Conforme Resolução 196 de 10/10/1996).

São Paulo, de de 2007.

Assinatura do profissional: _____ RG: _____

Assinatura da pesquisadora: _____ RG: _____

Consinto que esta entrevista seja gravada _____

Informações para contato com a pesquisadora:

Mary Lopes Reis – e-mail: marylore6@hotmail.com Celular: 9337-2757

Escola de Enfermagem da USP

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira César. Cep: 054003-000.

Telefone: 3066-7512 Comitê de Ética em Pesquisa: 3066-7548

ANEXO 3

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Parte 1 - Caracterização do sujeito da pesquisa

Idade

Sexo

Função:

Formação:

Tempo de formado:

Tempo de atuação na CASSI:

Tempo de atuação na ESF:

Cursos realizados após a graduação

Parte 2 – Estratégia de Saúde da Família (ESF): conceito, atuação, facilidades e dificuldades, sugestões

1. O que você entende sobre a Estratégia de Saúde da Família?
2. Relate um dia de trabalho seu na Estratégia de Saúde da Família.
3. Como você percebe a atuação dos profissionais envolvidos na ESF (psicólogo, enfermeiro, médico de família, assistente social e nutricionista)?
4. Como você tem percebido a implantação/implementação da ESF na CASSI?
5. O que poderia contribuir para o desenvolvimento desta estratégia na CASSI?

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____, declaro que, após ter sido convenientemente esclarecido(a) pela pesquisadora Mary Lopes Reis, aluna de mestrado da Escola de Enfermagem da USP, consinto em participar da Pesquisa intitulada “**A Percepção de Profissionais da Saúde sobre a Implantação da Estratégia de Saúde da Família no Sistema de Saúde Suplementar no Município de São Paulo: convergências e contradições de uma nova proposta**”, sob orientação da Profª Drª Vilanice Alves de Araújo Püschel, concedendo uma entrevista que tem como objetivos: 1) Identificar o conceito de saúde da família utilizado pelos profissionais da saúde de nível superior de uma empresa de auto-gestão do Sistema de Saúde Suplementar no município de São Paulo; 2) Identificar as facilidades e as dificuldades vivenciadas por esses profissionais para implementação da Estratégia de Saúde da Família e 3) Apreender as formas de atuação dos profissionais na Estratégia de Saúde da Família proposta por essa empresa de autogestão.

Sei que as informações são sigilosas, que não serei identificado(a) e que esses dados serão utilizados exclusivamente para esta pesquisa.

Sei que tenho liberdade para participar e para retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para minha atuação profissional nesta empresa.

Sei também que terei acesso aos resultados, caso tenha interesse, com a posterior publicação da pesquisa (Conforme Resolução 196 de 10/10/1996).

São Paulo, de de 2007.

Assinatura do profissional: _____ RG: _____

Assinatura da pesquisadora: _____ RG: _____

Consinto que esta entrevista seja gravada _____

Informações para contato com a pesquisadora:

Mary Lopes Reis – e-mail: marylore6@hotmail.com Celular: 9337-2757

Escola de Enfermagem da USP

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira César. Cep: 054003-000.

Telefone: 3066-7512 Comitê de Ética em Pesquisa: 3066-7548

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Püschel VAA, Ide CAC. As mudanças na enfermagem: a representação de enfermeiras cerca das mobilizações institucionais. *Rev Esc Enferm USP*. 2002;36(2):164-9.
- 2 Rizzoto MLF. O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS. [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2000.
- 3 Sobral F, Maciel ML, Trigueiro M, organizadores. A alavanca de Arquimedes: ciência e tecnologia na virada do século. Brasília: Paralelo 15; 1997.
- 4 Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
- 5 Jacobi P. Movimentos sociais e políticas públicas. São Paulo: Cortez; 1999.
- 6 Merhy EE. O capitalismo e a saúde pública. 2. ed. Campinas: Papirus; 1987.
- 7 Cordeiro H. A Indústria da Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Graal; 1980.
- 8 Budetti PP. 10 years beyond the Health Security Act failure: subsequent developments and persistent problems. *JAMA*. 2004;292(16):2000-6.
- 9 Gottschalk M. The missing millions: organized labor, business, and the defeat of Clinton's Health Security Act. *J. Health Polit Policy Law*. 1999;24(3):489-529.
- 10 Teerawattananon Y, Tangcharoensathien V, Tantivess S, Mills A. Health sector regulation in Thailand: recent progress and the future agenda. *Health Policy*. 2003;63(3):323-38.
- 11 Yeoh EK. Developing a holistic view and approach to health care [resumo]. René Sand lecture. *World Hosp Health Serv*. 2001;37(3):35-9, 41, 43. [Apresentado no Internacional Hospital Federation Congress; May 2001]
- 12 Deber R, Gildner A, Baranek P. Why not private health insurance? Insurance made easy. *CMAJ*. 1999;161(5):539-42.
- 13 Conill, EM. A recente reforma dos serviços de saúde na província do Québec, Canadá: as fronteiras da preservação de um sistema público. *Cad. Saúde Pública*. 2000;16(4):963-971.
- 14 Collins D, Quick JD, Musau SN, Kraushaar K, Hussein IM. The fall and rise of cost sharing in Kenya: the impact of phased implementation. *Health Policy Plan*. 1996;11(1):52-63.
- 15 Price D, Pollock AM, Shaoul J. How the World Trade Organisation is shaping domestic policies in health care. *Lancet*. 1999;354(9193):1889-92.
- 16 Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde. Declaração de Alma-Ata. Alma-Ata; 1978.
- 17 Paim JS. Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta saúde para todos. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social; 1998. (Série: Estudos em Saúde Coletiva, 175).

-
- 18 Ministério da Saúde. Textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília; 1998.
- 19 Kuhn TS. A estrutura das revoluções científicas. São Paulo: Perspectiva, 1995.
- 20 Carvalho S.R. Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança. São Paulo: Hucitec, 2005.
- 21 Lefevre F, Lefevre AMC. Promoção de saúde: a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.
- 22 Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde. Carta de Ottawa. Ottawa, novembro de 1986. [acesso em 14 de dezembro de 2006]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm?idcarta=15>
- 23 Paim, J.S. Gestão da atenção básica nas cidades. In: Saúde nos grandes aglomerados urbanos: Uma visão integrada. Brasília: MS/OPAS/OMS; 2003. 183-212. (Série Técnica - Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde)
- 24 Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Cad. Saúde Pública. 2006;22(6):1171-1181.
- 25 Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2006.
- 26 Islam A. Health sector reform in Pakistan: future directions. J Pak Med Assoc. 2002;52(4):174-82.
- 27 Crampton P, Dowell A, Woodward A. Third sector primary care for vulnerable populations. Soc Sci Med. 2001;53(11):1491-502.
- 28 Van Den Bussche H, Kilbinger C. General medicine in France and in Germany: current situation and future trends. Cah Sociol Demogr Med. 2001;41(1):81-102.
- 29 Conill, EM. Sistemas Comparados de Saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Júnior MD, Carvalho YM, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 563-613.
- 30 Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Saúde da Família. Brasília; 2001.
- 31 Ministério da Saúde. Cadernos de Saúde da Família. Construindo um novo modelo: os municípios já têm história para contar. Brasília, DF; 1996. v.1.
- 32 Levcovitz E, Garrido NG. Saúde da família: a procura de um modelo anunciado. In: Ministério da Saúde. Cadernos de Saúde da Família. Construindo um novo modelo: os municípios já têm história para contar. Brasília; 1996. v.1.3-9.
- 33 Cordeiro H. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. In: Ministério da Saúde. Cadernos de Saúde da Família. Construindo um novo modelo: os municípios já têm história para contar. Brasília, DF; 1996.v.1.10-15.
- 34 Ministério da Saúde. [acesso em 16 de março de 2008] Dados disponíveis em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=24365

-
- 35 Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad.Saúde Pública*: 2005;21(2):490-498.
- 36 Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*. 17 fev 2004; Seção 2:4.
- 37 Püschel VAA. Abordagem construtivista no desenvolvimento de Competências Psicossociais para a Assistência Domiciliar. [tese de doutorado] São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2003.
- 38 Gonzales CQ. Achieving high-quality health care and access for all. *Acad Med*. 1999;4(4):305-7.
- 39 Casanova A, Oliveira C, Flauzino R, Cardoso A. Impasses e Limites da Estratégia de Saúde da Família: uma reflexão teórico-crítica. In: *Anais do 6º Congresso Brasileiro de Medicina de Família & Comunidade*; 2004; Rio de Janeiro. p. 102
- 40 Guglielmi, M, Perantoni CR. A Estratégia de Saúde da Família, os novos profissionais e a promoção da saúde. In: *Anais do 6º Congresso Brasileiro de Medicina de Família & Comunidade*; 2004; Rio de Janeiro. p. 71
- 41 Bassan F, Alonso L, Silveira L, Padula MI. Conviver Saúde: avaliação da experiência interdisciplinar dos facilitadores de um grupo de suporte. In: *Anais do 6º Congresso Brasileiro de Medicina de Família & Comunidade*; 2004; Rio de Janeiro. p. 79
- 42 Motta CCR, Lima EM, Silva MTN, Vitoreti V, Miranda JC. A implantação do PSF em Petrópolis – a perspectiva dos profissionais. In: *Anais do 6º Congresso Brasileiro de Medicina de Família & Comunidade*; 2004; Rio de Janeiro. p. 97
- 43 Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília; 2004.
- 44 Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997.
- 45 Comuana AA. O significado da assistência oferecida pelo projeto Quixote: a ótica das famílias atendidas em situação de “risco”. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2005.
- 46 Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 2. ed. Campinas: Hucitec; 2005.
- 47 Teixeira ER. Um ensaio teórico filosófico sobre o desejo no cuidado numa perspectiva interdisciplinar. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*. 2002; 6(2): 305-317.
- 48 Ministério da Saúde. *Análise de Reestruturação dos Modelos Assistenciais de Saúde em Grandes Cidades: padrões de custos e forma de financiamento*. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília; 2002.
- 49 Prata PR. A Transição Epidemiológica no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 1992;8(2):168-175.

-
- 50 Brasil. Lei nº 9656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. [acesso em 17 de dezembro de 2006]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L9656.htm>
- 51 Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006;11(4):1011-1022.
- 52 Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos.[acesso em 16 de março de 2008] ANS. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em http://www.ans.gov.br/portal/upload/informacoesss/caderno_informaca_12_2007.pdf
- 53 Pinto LF, Soranz DR. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004;9(1):85-98.
- 54 Ministério da Saúde. Regulação & Saúde. Agência Nacional de Saúde: Brasília, DF; 2003.
- 55 Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção à saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(4):1088-1095.
- 56 Matos MFD, Fiszman R. Estratégias de prevenção para doenças cardiovasculares e promoção de saúde. *Revista da SOCERJ*. 2003;Vol XVI n. 2.
- 57 Promoção da Saúde: meta e compromisso da autogestão. [coordenador Mário Scheffer; editor Fernando Fulanetti] São Paulo: UNIDAS – União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde, 2007.
- 58 Talbot Y. Modelo Canadense de Atenção à Saúde. Foz do Iguaçu; 2002. [mimeo do IV Congresso Internacional de Gestão em Saúde]
- 59 Costa A, Drumond A, Fernandes D, Kac E, Regis EBS, Coimbra I et al. Estratégia de Saúde da Família: considerações sobre a equipe multiprofissional. In: *Anais do 6º Congresso Brasileiro de Medicina de Família & Comunidade*; 2004; Rio de Janeiro. p. 101
- 60 Conill, EM. A recente reforma dos serviços de saúde na província do Québec, Canadá: as fronteiras da preservação de um sistema público. *Cad. Saúde Pública*. 2000;16(4):963-971.
- 61 Reis ML, Comuana AA, Püschel VAA. Capacitação para Atenção Psicossocial na Estratégia de Saúde da Família. In: *Anais do 8º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade e 2º Encontro Luso-brasileiro de Medicina Geral, Familiar e Comunitária*; 2006; São Paulo. p. 237
- 62 Pereira IMTB, Penteado RZ, Marcelo VC. Promoção da Saúde e Educação em Saúde: uma parceria saudável. *O Mundo da Saúde*. 2000;24(1):39-44.
- 63 Candeias NMF. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Rev Saúde Pública*. 1997;31(2):209-13.
- 64 Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(1):103-109.

-
- 65 Chizzotti A. Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. São Paulo: Cortez;1991.
- 66 Martins GA. Estudo de caso: uma estratégia de pesquisa. São Paulo: Ed. Atlas; 2006.
- 67 Bodstein R, Zancan L, Ramos CL, Marcondes WB. Avaliação da implantação do programa de desenvolvimento integrado em Manguinhos: impasses na formulação de uma agenda local. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004; 9(3):593-604.
- 68 Gil AC. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 3. ed. São Paulo: Atlas;1991.
- 69 Emmanuel SC, Phua HP, Cheong PY. 2001 survey on primary medical care in Singapore. *Singapore Méd J*; 2004;45(5):199-213.
- 70 Msuya JM, Nyaruhucha CN, Kaswahili J. Does preventive health care have a chance in the changing health sector in Tanzania? *East Afr Med J*. 2003;80(3):135-9.
- 71 Ministério da Saúde. Cadernos de Informação em Saúde. Versão julho de 2007. [acessado em 12/03/2008]. Disponível em:
<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm?saude=http%3A%2F%2Ftabnet.datasus.gov.br%2Ftabdata%2Fcadernos%2Fcadernosmap.htm&botao=OK&obj=%24VObj#cadernos>
- 72 Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70;1977.
- 73 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
- 74 Uchimura KY, Bosi MLM. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(6):1561-1569.
- 75 Franco ALS, Bastos ACS, Alves VS. A relação médico-paciente no programa saúde da família. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(1):246-255.
- 76 Conill, EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(Supl):191-202.
- 77 Chiesa AM, Batista KBC. Desafios da implantação do Programa Saúde da Família em uma grande cidade: reflexões acerca da experiência de São Paulo. *O Mundo da Saúde*. 2004;28(1):42-48.
- 78 Santos JL, Westphal, MF. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. *Estudos Avançados*. 1999;13(35):71-88.
- 79 Paim JS. Saúde da Família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*. 2001 ago:143-146.
- 80 Zancan L, Adesse, L. Informe sobre a cooperação Brasil-Canadá em promoção da saúde. *Cad Saúde Pública*. 2002;20(2 Supl):S331-S336.

-
- 81 Pires, MRGM. Politicidade do cuidado e avaliação em saúde: instrumentalizando o resgate da autonomia de sujeitos no âmbito de programas e políticas de saúde. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2005;5(1 Supl):571-581.
- 82 Agência Nacional de Saúde. Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2006.
- 83 Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Brasília; 2006.
- 84 Bastos AVB, Souza JJ, Menezes IG, Neris JS, Melo LCT, Brandão LAG. Teoria implícita de organização e padrões de inovação nos processos de gestão. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2007;20(1):157-166.
- 85 Campos RO. Análise do planejamento como dispositivo mediador de mudanças institucionais com base em um estudo de caso. *Cad. Saúde Pública*. 2000;16(4):1021-1030.
- 86 André AM. Competências para a gestão de unidades básicas de saúde: percepção do gestor. [dissertação de mestrado]. São Paulo. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2006.
- 87 Fracolli LA, Egry EY. Processo de trabalho de gerência: instrumento potente para operar mudanças nas práticas de saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2001;9(5):13-8.
- 88 Hartz ZMA, Contandriopoulos André-Pierre. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(2 Supl):S331-S336.