

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO - PPGA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE GESTÃO EM SAÚDE

JOSUÉ STELKO

**IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM
PLANO DE SAÚDE DE AUTOGESTÃO**

Porto Alegre

2005

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO - PPGA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE GESTÃO EM SAÚDE

Josué Stelko

**IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM
PLANO DE SAÚDE DE AUTOGESTÃO**

Monografia a ser apresentada no programa de Pós-Graduação em Administração – PPGA, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Roger Dos Santos Rosa

Porto Alegre, 2005

Dedicatória

De modo especial, aos meus familiares por toda a motivação recebida para a realização desse curso.

Agradecimentos

Aos professores, colegas e amigos que muito contribuíram para essa caminhada de realização pessoal e profissional.

Resumo

O estudo aborda o tema da implementação da Estratégia de Saúde da Família em uma empresa de autogestão tendo como finalidade subsidiar reflexões da Caixa da Assistência foco do estudo e outras experiências semelhantes que tenham o objetivo da implementação desta estratégia em planos de saúde similares. Várias são as alternativas para que as empresas de saúde do mercado suplementar brasileiro viabilizem seus negócios e cumpram com seus objetivos estabelecidos em suas metas. Mas é a partir de uma experiência bem sucedida do público com o Programa de Saúde da Família, que advém de experiências e idéias anteriores à filosofia do SUS, que a estratégia proposta estabelece uma nova janela de possibilidade no mercado de saúde suplementar brasileiro. Através do estudo realizado em uma empresa de autogestão, segmentado por três grupos (gestores, usuários e profissionais das equipes de saúde da família), verificou-se as preocupações e anseios por parte de cada um desses segmentos. A viabilidade desta estratégia, mesmo em empresas onde adesão não é obrigatória, é real. O temor da rejeição dos usuários por variados motivos é sucumbido pela informação e reconhecimento de resultados efetivos junto às equipes de saúde da família e a todo o grupo funcional voltado a esta estratégia. Esse trabalho auxilia a reconhecer que há dificuldades na implementação da Estratégia Saúde da Família, mas que estes pontos indicados podem ser instrumentos importantes para reorganizar toda uma forma de atendimento voltada a atenção integral à saúde do indivíduo e de sua família.

PALAVRAS-CHAVES: Programa de Saúde da Família, gestão em saúde, estratégia de saúde da família e mercado de saúde suplementar.

SUMÁRIO

	LISTA DE SIGLAS.....	
	LISTA DE FIGURAS, LEGENDAS E QUADROS.....	
1	INTRODUÇÃO.....	10
2	BASES TEÓRICAS.....	13
2.1	BREVE HISTÓRICO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	13
2.2	ORIGENS DA MEDICINA FAMILIAR.....	15
2.3	PRINCÍPIOS DA MEDICINA FAMILIAR.....	17
2.4	ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	18
2.5	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	20
3	A DEFINIÇÃO DE AUTOGESTÃO.....	22
4	O CONTEXTO QUE FEZ EMERGIR A PROPOSTA DE UMA NOVA ESTRATEGIA.....	24
4.1	ADAPTAÇÕES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	26
4.1.1	O Marco da Reforma Estatutária em 1996.....	26
4.1.2	A Coordenação dos Cuidados Integrais à Saúde.....	27
4.1.3	A Organização da Atenção Primária, Secundária e Terciária	28
4.1.4	Módulos de Atenção à Saúde; uma Estratégia do Sistema de Saúde da Empresa.....	30
4.1.5	Adaptações de recursos Humanos.....	31
5	O ESTUDO EXPLORATÓRIO COM OS AGENTES.....	32
5.1	Os procedimentos metodológicos da pesquisa.....	32
5.2	Os sujeitos participantes.....	33
5.3	A proposta do questionário.....	32
5.4	A sistematização dos dados.....	33
6	RESULTADOS.....	35
6.1	As facilidades encontradas para a implementação da Estratégia de Saúde da Família.....	35

6.1.	As facilidades encontradas para a implementação da Estratégia de Saúde da Família.....	35
6.2	As dificuldades encontradas para a implementação da Estratégia de Saúde da Família.....	36
6.3	Os benefícios da implementação da Estratégia de Saúde da Família.....	38
6.4	Os prejuízos da implementação da Estratégia de Saúde da Família.....	39
6.5	A percepção dos motivos que levaram a Caixa de Assistência a implementar a Estratégia de Saúde da Família.....	40
6.6	Propostas e sugestões para a implementação da Estratégia de Saúde da Família.....	41
7	CONCLUSÃO.....	42
8	BIBLIOGRAFIA.....	45
	ANEXO A – MODELO DOS INSTRUMENTOS DO QUESTIONÁRIO DA PESQUISA.....	47
	ANEXO B – PERFIL DOS SUJEITOS PARTICIPANTES.....	49
	ANEXO C – DADOS DO QUESTIONÁRIO DA PESQUISA.....	50

LISTA DE SIGLAS

ESF – Estratégia Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

UNIDAS – União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde

LISTA DE FIGURAS, LEGENDAS E QUADROS

Quadro 1	Resumo histórico da evolução da Caixa de Assistência.....	25
Quadro 2	Questões formuladas no questionário da pesquisa com os entrevistados.....	33
Quadro 3	Perfil dos entrevistados que participaram da pesquisa.....	49
Legenda 1	Unidade de análise relativa às facilidades de implementação da Estratégia de Saúde da Família no quadro 4.....	51
Quadro 4	Dados da questão 1 do questionário: os três aspectos que facilitam a implementação da Estratégia Saúde da Família.....	52
Legenda 2	Unidade de análise relativa às dificuldades de implementação da Estratégia de Saúde da Família no quadro 5.....	53
Quadro 5	Dados da questão 2 do questionário: os três aspectos que dificultam a implementação da Estratégia Saúde da Família.....	54
Legenda 3	Unidade de análise relativa aos benefícios de implementação da Estratégia de Saúde da Família no quadro 6.....	55
Quadro 6	Dados da questão 3 do questionário: os três benefícios da implementação da Estratégia Saúde da Família.....	56
Legenda 4	Unidade de análise relativa aos prejuízos da implementação da Estratégia de Saúde da Família no quadro 7.....	57
Quadro 7	Dados da questão 4 do questionário: os três prejuízos da implementação da Estratégia Saúde da Família.....	58
Legenda 5	Unidade de análise relativa ao real motivo da implementação da Estratégia de Saúde da Família pela empresa no quadro 7.....	59
Quadro 8	Dados da questão 5 do questionário: o real motivo da implementação da Estratégia Saúde da Família pela empresa.....	60
Quadro 9	Dados da questão 6 do questionário: Propostas e sugestões para implementação da Estratégia Saúde da Família pela empresa..	61

1 INTRODUÇÃO

O estudo proposto refere-se à gestão das variáveis de implementação de uma nova estratégia de saúde em um plano de autogestão. A empresa, objeto da observação, é uma caixa de assistência de funcionários de um banco de atuação em toda federação brasileira, sociedade anônima com controle do estado, com mais de 60 anos de existência, possuindo mais de 700 mil usuários e com 22 unidades instaladas nas principais capitais do país.

Observa-se que nas últimas décadas o sistema de saúde público brasileiro sofreu alterações estratégicas importantes. Desde a década de 70 vem sendo apontada pelos sanitaristas, a questão que “sem uma reciclagem radical do projeto da reforma sanitária brasileira é bem possível que, na década de 90 o sistema de saúde continue incrementando sua regressividade social e que o subsistema público se vá transformando gradualmente, em homens e mulheres despossuídos de cidadania” (MENDES, 1999, p.76). Desta mesma forma a saúde suplementar exige que repensemos a questão do projeto focado na doença e estabeleçamos uma nova ordem, ainda que para muitos radical, baseada na prevenção e na assistência integral ao usuário. É iminente a necessidade de discussões sobre o tema da viabilidade da saúde, seja no âmbito público ou privado como relatado por Starfield (2002) que destaca a reforma da atenção à saúde para o século XXI, envolvendo cada vez mais organizações e populações maiores; as decisões políticas referentes a uma variedade adequada de serviços, ao mesmo tempo, tornar-se-ão mais fáceis e mais complexas.

Para isto, propomos olharmos uma nova estratégia, baseada na Saúde da Família, como as dificuldades enfrentadas na gestão interna. Afinal viver numa era global significa enfrentar uma diversidade de situações de risco. Com muita frequência precisamos ser ousados, e não cautelosos, e apoiar a inovação científica ou outras formas de mudança.

A Caixa de Assistência, apesar de ser uma instituição sem fins lucrativos, não pode abrir mão do seu equilíbrio econômico-financeiro para continuar

prestando os serviços assistenciais. Observando os movimentos de mudança na instituição, verificamos desde sua criação, por iniciativa de funcionários do banco em 1944, e apoiada pelo próprio, a empresa hoje constituída era na época apenas um departamento. Foram ocorrendo sucessivas reformas. O estatuto passou a caracterizar beneficiários, qualificar e ampliar benefícios e a buscar resolução do déficit crônico. Com isto, a Caixa de Assistência ganhava mais autonomia e indicava um caminho a seguir: profissionalizar a gestão da saúde.

As autogestões, sistemas de saúde supletivos administrados diretamente pela instituição patrocinadora ou por uma instituição assistencial ou previdenciária (vinculada diretamente à primeira), buscam de forma geral soluções para viabilizar seu objetivo de assistência e, por este motivo, buscam alternativas que qualifiquem o atendimento aos seus usuários e proporcionem sustentabilidade econômica da instituição para as próximas gerações.

Torna-se evidente a necessidade do estudo em função de haver um mercado ainda muito grande em busca de soluções de estratégias de saúde. A própria Caixa de Assistência, objeto de nosso estudo, necessita de informações para que na implementação desta nova visão em outras localidades possa antever a problemática e elaborar soluções adaptadas as diferentes necessidades regionais.

Desta forma, o desafio a ser alcançado, através deste estudo, pelos planos de saúde inseridos no mercado de autogestão, passará pela percepção dos diferentes cenários apontados, visando à reorganização no sentido de viabilizarem chegar a empresas de promoção da saúde, organizadas a partir de uma visão multifocal que ao mesmo tempo incite a busca da especialidade, quando necessária; mas permita que na generalidade qualificada viabilize o seu projeto de promoção, buscando a saúde como fator de autonomia das pessoas.

O sistema de saúde suplementar brasileiro prioriza a assistência médica e o hospital em detrimento da prevenção e promoção à saúde. Os elevados custos de tecnologia e novas terapias têm sinalizado um processo de preocupação geral quanto ao financiamento, tanto do setor de saúde suplementar quanto público.

A conquista da saúde não se restringe à submissão a atos curativos isolados, mas, pelo contrário, supõe-se um conjunto de cuidados que não se

limitam ao âmbito específico das práticas médicas, incidindo de fato sobre o conjunto de situações de vida da população atingida.

Especificamente nas autogestões, busca-se incessantemente o equilíbrio das contas, com vistas ao maior e melhor benefício aos associados dentro de valores que possam ser suportados pelos participantes. Observa-se ainda a normatização sobre o mercado, elevação de custos e cumprimento de benefícios mínimos com o advento da lei 9656/98 e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Neste contexto a busca por viabilizar uma nova leitura do mercado de saúde suplementar faz-se necessária. A quebra de um paradigma setorial deve gerar diversas reações, pois implicará em modificação de posturas de vários atores como médicos de família, médicos especialistas, usuários e gestores. Quais as facilidades encontradas para implementação desta nova estratégia? Quais as dificuldades encontradas para implementação desta nova estratégia? Como foram trabalhados os diferentes interesses envolvidos pela mudança?

Assim, analisaremos a implementação de uma nova estratégia baseada no Programa de Saúde da Família em uma autogestão que se propõe a redirecionar um modelo médico-curativo para uma visão global do indivíduo proporcionando não tão somente a cura de doenças, mas uma melhor qualidade de vida aos seus usuários.

2 BASES TEÓRICAS

Apresenta-se iminentemente a necessidade de aprofundarmos os conhecimentos da implementação do programa de saúde da família no contexto do mercado de saúde suplementar de Autogestão. Na dinâmica de prestar atendimento em saúde à sociedade que dela depende, em especial sob o aspecto das estratégias de saúde, faremos uma análise do poder de sustentabilidade de uma nova estratégia sob a ótica de gestão e do mercado na qual esta inserida.

2.1 BREVE HISTÓRICO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

O modelo atual tem início com o relatório Flexner, de 1910, que foi formulado tendo como base uma avaliação da Educação Médica nos EUA e no Canadá, ressaltando a valorização do enfoque biológico (como forma de superação da era empírica do ensino) e o estímulo à especialização médica. Estes fundamentos passaram a incorporar um conjunto de elementos estruturais complementares e sinérgicos entre si, redirecionando a prática médica. Mendes (1999) sintetiza esses elementos estruturais como: o mecanicismo, o biologicismo, o individualismo, o incremento da especialização, a exclusão de práticas alternativas, a tecnificação do ato médico, a ênfase na medicina curativa e a concentração dos recursos e do atendimento em saúde.

O modelo proposto para análise surge como contraponto ao modelo hegemônico a partir da década de 40, na qual observa-se a compreensão da saúde enquanto um direito humano fundamental e da pressão das classes trabalhadoras por políticas de Bem-Estar Social, a serem implantadas pelo estado.

Dentre as propostas surgidas, uma das mais importantes foi a da Medicina Comunitária (também chamada de Cuidados Primários de Saúde), que foi patrocinada por entidades internacionais como a OMS e a OPAS, e culminando na Conferência de Alma Ata, em 1978. A Atenção Primária à Saúde emerge cerca de 15 anos após o surgimento do movimento de Medicina Comunitária e

estabelece suas bases em três princípios. O primeiro estabelece que a saúde resulta do desenvolvimento sócio-econômico; o segundo identifica as desigualdades econômicas e sociais entre países e regiões de um mesmo país, bem como, propõe, que o sistema de saúde, através do estado, venha garantir saúde para todos. Por último, indica que as políticas sanitárias sejam revistas, avaliando-se a racionalização organizacional, a eficiência produtiva e a adequação tecnológica às necessidades da população.

O Programa de Saúde da Família é tratado ao longo das últimas décadas pelos sanitaristas que vêm discutindo a reforma no sistema de saúde brasileiro em especial o público. Essas transformações puderam ser identificadas a partir da constituição de 1988, onde o sucesso da articulação do movimento pela reforma durante o processo constituinte irá aprofundar o que se chama de “dilema reformista” – a reforma não pode ocorrer fora do estado, mas ao inserir-se nele os atores sociais não alcançam transformá-lo (MISOCZKY, 2002, p.69). Assim, buscava-se com esta reforma o direcionamento no sentido da eficácia e eficiência sociais, da equidade e da democratização que se manifestam no espaço operativo. A análise e origens do sistema de Saúde da Família não podem passar despercebidos para que possamos entender todo o processo de amadurecimento e concepção, pois segundo Mcwhinney (1989), o conhecimento que a saúde da família abrange atinge os fatos, mas também habilidades inerentes às suas atribuições. Deste modo, profissionais de saúde de família se distinguem pelo que fazem e como fazem.

Como afirmado por Duncan (2004), a Atenção Primária à Saúde é a assistência sanitária essencial, baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundamentadas e socialmente aceitas, postas ao alcance de indivíduos, famílias e comunidades, mediante sua plena participação, a um custo que a organização possa suportar. Trata-se, estrategicamente, do núcleo principal do sistema de saúde e parte integrante do desenvolvimento social, econômico e global da comunidade. O autor ainda ressalta a importância de se retomar as diretrizes da ciência da administração, que são os estudos da relação custo/benefício, eficácia e efetividade, aplicados ao acompanhamento dos serviços de saúde, assim como reivindica o monitoramento da população por indicadores sociais, econômicos e sanitários que revelem o impacto dos programas de saúde.

2.2 AS ORIGENS DA MEDICINA FAMILIAR

A medicina modifica-se em resposta a muitas influências, algumas científicas, outras tecnológicas e sociais. A medicina familiar é apenas uma das muitas disciplinas que se desenvolveram no decurso da história da medicina. As novas disciplinas surgem de várias maneiras. Algumas – tais como a cirurgia e a obstetrícia – desenvolveram-se a partir de práticas antigas, outras cresceram em volta de novas técnicas, e há aquelas que foram constituídas por alguma área necessitada. Todas estas influências tiveram o seu papel no recente crescimento da medicina familiar. As mudanças sociais, a especialização e o novo padrão de doença exigiram um novo tipo de médico; as ciências do comportamento também contribuíram, dando novas percepções sobre os velhos problemas; e as disciplinas existentes tendem a negligenciar os problemas encontrados na prática familiar.

A profissão médica, como conhecemos, existe apenas desde o século dezenove. Antes disso, a sociedade era servida por uma variedade de curandeiros dos quais apenas uma pequena porção era médica. Nos séculos dezessete e dezoito, os médicos eram um pequeno grupo elitista de homens cultos, educados nas poucas universidades existentes. Exerciam a sua profissão nas cidades, entre os ricos e influentes, não faziam cirurgias nem administravam drogas, e também não se associavam, quer profissional quer socialmente, com os artesãos e negociantes que atendiam às necessidades médicas dos pobres e da população rural. Os cirurgiões eram artífices preparados por aprendizagem; os boticários eram negociantes que originalmente administravam e vendiam drogas, mas que, em resposta às necessidades, gradualmente tomaram o papel de profissionais médicos.

O século dezenove foi a era do clínico geral na Europa e na América do Norte. A maioria dos profissionais de medicina nos dois continentes eram clínicos gerais, e havia muito pouca diferenciação de funções, mesmo entre as faculdades das universidades de medicina. Contudo, por volta do fim do século, começaram a emergir as primeiras especialidades. Paralelamente, o progresso das ciências – química, física, fisiologia, e bacteriologia – estavam começando a ter impacto na medicina. A educação médica, especialmente na América do Norte, estava

divorciada das fundações científicas, e grande parte dela era de muito pouca qualidade. Abraham Flexer, no seu relatório de 1910, descreveu condições chocantes em muitas das centenas de pequenas escolas médicas que existiam nos Estados Unidos e no Canadá. A América do Norte tinha uma ampla oferta de médicos, tanto na cidade quanto no campo, mas estavam mal preparados para a revolução tecnológica que estava prestes a transformar a medicina.

A primeira metade do século assistiu ao aparecimento das especialidades mais importantes da medicina, cada uma com o seu programa de preparação definido e o respectivo exame de qualificação. A educação médica tornou-se cada vez mais orientada para a ciência do laboratório e para a tecnologia da medicina. O crescente prestígio atribuído aos especialistas e o apreço dado às competências técnicas e de investigação em detrimento da prestação de cuidados pessoais fez com que a clínica geral e todas as formas de cuidados médicos primários se tornassem impopulares como carreiras.

O número de médicos disponíveis para prestar cuidados primários decresceu regularmente a partir da década de 30, não só em termos absolutos, mas também como proporção de profissão no seu todo. O processo acelerou-se pelo quase desaparecimento de clínicos gerais das faculdades médicas após a segunda guerra mundial e pela fragmentação das principais especialidades que começou na década de 50. Esta diferenciação em subespecialidades - um processo que continua - reduziu ainda mais o número de médicos disponíveis para cuidados primários ou globais. A fragmentação da profissão e a ênfase dada à tecnologia tiveram outro efeito grave: deterioração da relação entre médico e doente.

Um fator no desenvolvimento da medicina familiar tem sido o ressurgimento do interesse nos cuidados de saúde fora do hospital. O custo de cuidados prestados a pacientes internados tornou-se de tal modo proibitivo que os critérios para internamento nos hospitais se tornaram cada vez mais rigorosos. O hospital central parece estar a evoluir para uma instituição onde apenas são tratados dos doentes necessitados de cuidados altamente técnicos e especializados, ou como internados ou como doentes externos em consultas especializadas. Para aqueles que necessitam de cuidados de uma variedade de problemas durante um longo período de tempo, o hospital é uma forma muito menos satisfatória de prestar

cuidados. Não se pode evitar a fragmentação dos cuidados e as mudanças freqüentes de pessoal numa grande instituição, o que é uma antítese da medicina integrada e pessoal.

2.3 PRINCÍPIOS DA MEDICINA FAMILIAR

A medicina familiar pode ser descrita como um conjunto de conhecimentos sobre os problemas com que se deparam os médicos de família. Isto é, obviamente, uma tautologia, com também são as descrições de todas as disciplinas aplicadas. Também como noutras disciplinas aplicadas, o conjunto de conhecimentos abrangido pela medicina familiar inclui não só o conhecimento dos fatos, como também de capacidades e técnicas. Os membros de uma disciplina clínica são identificados não tanto pelo que sabem, mas pelo que fazem.

O médico de família compromete-se com a pessoa e não com um conjunto de conhecimentos, grupo de doenças, ou técnica especial. Este compromisso tem duas vertentes. Primeiro, não é limitado pelo tipo de problema de saúde. O médico de família esta disponível para qualquer problema de saúde numa pessoa de qualquer dos sexos e de qualquer idade. A sua atuação não está limitada a problemas de saúde rigorosamente definidos. Não termina com a cura de uma doença, o fim de um tratamento, ou a incurabilidade de uma doença. Em muitos casos, o compromisso é feito enquanto a pessoa está saudável antes de surgir qualquer problema. Procurar compreender o contexto da doença faz parte do diagnóstico, pois é necessário ver todo o seu ambiente e o que está inserido nele, assim como a totalidade de suas variáveis. É necessário que todo o contato com o paciente seja encarado como uma oportunidade de prevenção ou educação sanitária. Habitualmente faz parte de uma rede comunitária de centros de apoio e prestação de cuidados de saúde compartilhando, em tese, o mesmo ambiente que seus pacientes. Para o médico de família a abordagem objetiva e positivista dos problemas de saúde deve ser conciliada com uma sensibilidade aos sentimentos e a percepção das relações. Ele é um gestor de recursos, generalista e médico de primeiro contato, tendo controle sobre enormes recursos e podendo, dentro de certos limites, controlar a internação hospitalar, o uso de exames complementares, tratamentos terapêuticos, e o envio a especialistas.

As decisões do generalista poderão ou não levar a uma conclusão final diagnóstica. Elas concentram-se sempre num objetivo final claramente definido, um conjunto de ações ou tratamento concebidos para, de uma maneira integrada e global, irem ao encontro das necessidades do doente. Para cada decisão é crucial que se determine precocemente se as principais necessidades do doente encontram-se no vasto universo das doenças comuns, tratáveis pelo generalista, ou se requerem a perícia mais restrita de uma ou mais especialidades.

2.4 ATENÇÃO PRIMÁRIA

A Atenção Primária é entendida como uma forma de organização dos serviços de saúde, uma estratégia para integrar todos os aspectos desses serviços, a partir de uma perspectiva da população. Essa perspectiva esta em consonância com as diretrizes do Sistema único de Saúde (SUS) e tem como diretrizes, no Brasil, a busca por um sistema voltado a enfatizar a equidade social, a co-responsabilidade entre população e setor público, a solidariedade e um conceito amplo de saúde. A Atenção Primária é a porta de entrada do sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado à saúde do paciente e da população ao longo do tempo. Realiza serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde; integra os cuidados quando há mais de um problema; lida com o contexto no qual existe a enfermidade; e influencia as respostas das pessoas a seus problemas de saúde.

A Atenção Primária se diferencia da secundária e da terciária por diversas características, como dedicar-se aos problemas mais freqüentes, que se apresentam sobre tudo em fases iniciais e que são, portanto, menos definidos, atuando geralmente em unidades de saúde, consultórios e escolas. Observa-se um forte componente dedicado à prevenção de doenças, uma alta proporção de pacientes já conhecidos pela equipe de saúde e uma familiaridade maior dos profissionais tanto com os pacientes quanto com seus problemas.

Algumas características são relatadas por Duncan et al. (1994) como amplamente aceitas para descrever a atenção primária: a) porta de entrada para o sistema de saúde; b) responsabilidade pelos indivíduos ao longo do tempo, independente da presença de doença; c) integridade da atenção; d) capacidade de

coordenar os cuidados às necessidades dos indivíduos, suas famílias, e comunidades. Ainda podemos citar centralização na família, a orientação na comunidade e a valorização da cultura.

Pode-se identificar como porta de entrada quando um serviço é identificado pela população e pela equipe como primeiro recurso de saúde. Para isto deve ser de fácil acesso e disponível, se não o for à procura será adiada, talvez a ponto de afetar negativamente o diagnóstico e o manejo do problema. O acesso geográfico envolve características relacionadas à distância, transporte e tempo exigidos para chegar e obtê-lo. O acesso sócio-organizacional inclui características e recursos que facilitem ou impedem os esforços das pessoas em receber os cuidados de uma equipe de saúde.

A longitudinalidade é uma relação pessoal ao longo do tempo, independentemente do tipo de problema de saúde ou mesmo da presença de um problema de saúde, entre indivíduos e um médico ou uma equipe de saúde. Por meio dessa relação, os profissionais vêm a conhecer os pacientes e estes conhecem seus médicos. A longitudinalidade está associada a diversas vantagens, incluindo menor utilização de serviços, melhor atendimento preventivo, atendimento mais precoce e adequado, menor incidência de doenças preveníveis, maior satisfação com o atendimento e custo total mais baixo.

A capacidade da equipe de saúde em lidar com os problemas de saúde da população, seja resolvendo-os por meio da oferta de um conjunto de serviços dirigidos aos problemas mais freqüentes, seja organizando-os para que o paciente receba os serviços que não são da competência da atenção primária, chama-se de integralidade. Esta implica que os serviços de Atenção Primária sejam capazes de atender todos os tipos de necessidade de saúde, incluindo o encaminhamento para os demais pontos de atenção à saúde (cuidados secundários e terciários), bem como os serviços de suporte essencial, tais como internação domiciliar ou serviços comunitários.

A coordenação é o quarto componente indispensável para o sucesso dos demais. Exige que o profissional de Atenção Primária esteja ciente de todos os problemas de saúde identificados nos indivíduos. É em sua origem a disponibilidade de informação a respeito de problemas e ações realizadas, e o conhecimento daquela informação na medida em que está relacionada às

necessidades do presente atendimento. A coordenação implica a adequada troca de informações nos casos de referência e contra-referência. É uma função derivada da presença de uma fonte habitual de atendimento, ou seja, da longitudinalidade.

O território e a adequação são os instrumentos para a organização local de serviços de atenção primária. O território corresponde à área de uma unidade de saúde. É entendido como um espaço em permanente construção e reconstrução, produto de uma dinâmica social. É definido com base em critérios administrativos, assistenciais e organizacionais da população local. Por isso é um espaço de coresponsabilidade pela saúde entre população e serviço. A adequação é outro instrumento base capaz de qualificar e manter um serviço de saúde. Um dos primeiros passos é o entendimento da realidade, o conhecimento profundo dos elementos que compõem o território, sua população e suas inter-relações.

Entende-se que nenhum serviço deve ser copiado, e que não existe fórmulas para a adequação. Deve-se buscar inspiração e experiência nos modelos desenvolvidos e ousar soluções originais. Para um país como o Brasil, que multiplica realidades e contradições, mas que também tem gerado profissionais e comunidades capazes de enfrentá-los, a diversidade dos modelos é uma realidade. Por tais razões, a adequação é sempre uma questão local (DUNCAN et al. 1994, p.81).

O sistema de informação é um componente estratégico fundamental, que compreende um conjunto de registros sobre situações-problema, enfermidades e indicadores, seu processamento, análise, divulgação e o fluxo dessas informações nas equipes de saúde, na população e na cadeia burocrático-administrativa.

2.5 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Estratégia da Família nada mais é do que medicina familiar. Não se trata de simplesmente, desenhar um sistema de adscrição de família e a uma equipe médica que mais proximamente os atenderá na mesma lógica medicalizadora. Ao contrário, sem negar às famílias atenção médica de boa qualidade, procura instituir uma prática social de saúde. Por conseqüência estará sugerida pela saúde e não exclusivamente pela medicina. (MENDES, 1999 a, p. 273).

Apesar de muito se falar que o PSF é um programa de saúde no qual o modelo assistencial público brasileiro está firmado, na realidade não se trata de um

programa de saúde, mas uma estratégia que deve utilizar largamente tecnologia de boa relação custo/benefício (MENDES, 1999 b, p. 173).

A Estratégia Saúde da Família, implementada pelo SUS, é baseada em equipes multiprofissionais compostas por, no mínimo, um médico generalista ou de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes de comunitários de saúde, responsáveis pela atenção integral e contínua à saúde de cerca de 800 famílias (aproximadamente 3.450 pessoas) residentes em um território rural ou urbano, com limites geográficos definidos.

A estratégia assistencial oferece atenção integral, centrada no indivíduo e família, com extensão ao ambiente familiar, de trabalho e social. A atenção integral tem enfoque na atenção primária, abrangendo os demais níveis de complexidade, garantindo acesso, adscrição de clientela, disponibilidade do primeiro contato e longitudinalidade e integralidade do cuidado e orientação familiar, demonstrando aumento na capacidade de resolutividade dos serviços.

O ponto central desta estratégia é o estabelecimento de vínculos, a criação de laços de compromisso e de responsabilidade entre os profissionais e os usuários dos serviços. Esta compreensão só é possível, através da mudança do objetivo de atenção, da forma de atuação e da organização do serviço.

A família é o objetivo de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. Este enfoque permite uma compreensão ampliada do processo saúde/doença, com necessidade de intervenções de caráter interdisciplinar.

Os profissionais que trabalham com essa estratégia têm que incorporar conhecimentos de outras ciências, como a psicologia, ciências sociais, planejamento e epidemiologia, além dos conhecimentos da prática médica mais sofisticada. Esta incorporação de conhecimentos aumenta a capacidade resolutiva e investigativa do profissional, apontando para a necessidade de estruturação adequada dos recursos de referência (atenção nos níveis secundários e terciários) que possam receber os casos não resolutivos no nível primário.

Esta necessidade de alta capacidade resolutiva no nível primário em constante revisão dos saberes e práticas de um processo de educação permanente, traduz-se numa atuação clínica, epidemiológica e de vigilância à saúde, na qual indivíduo e família são as bases de uma nova abordagem.

3 A DEFINIÇÃO DE AUTOGESTÃO

São chamados planos de autogestão os sistemas de saúde supletivos administrados diretamente pela instituição patrocinadora, ou por uma instituição assistencial ou previdenciária, diretamente ligada à primeira. Independentemente do modo de estruturação, o que caracteriza a modalidade é o envolvimento direto da empresa patrocinadora em todo o processo de elaboração e de administração do sistema de saúde, para proporcionar serviços médicos a seus funcionários e dependentes.

Os sistemas de autogestão admitem três possibilidades de estruturação que podem acontecer de forma isolada ou combinada: contratação de serviços, produção própria de serviços e reembolso.

É comum, nos planos de autogestão o tipo contributivo, que é a participação do funcionário no custeio do sistema, seja considerada como um fator moderador, pois tende a desestimular uma eventual utilização abusiva dos serviços médicos, já que o funcionário arca com parte da hiperutilização. Desta forma o fator moderador é menos uma fonte de financiamento e mais uma medida para otimização dos recursos investidos no sistema. Podem ter também um caráter participativo porque visa a envolver o beneficiário no aperfeiçoamento do sistema, guiando-se pela crença que o funcionário que patrocina um benefício, ainda que parcialmente, se manifesta mais a respeito dele, do que aquele que recebe gratuitamente. Por isso, a adoção de fatores moderadores é estimulada por muitos consultores e representantes de empresas de autogestão.

A regulamentação dos planos de saúde e seguros privados pela edição da Lei nº 9.656/98 foi incorporada pelo mercado de saúde suplementar. Além de trazer clareza em definições como coberturas básicas dos planos de saúde oferecidos no mercado, proporcionou também a diferenciação entre as diversas categorias de planos. Neste sentido a autogestão se impõe na medida em que detém natureza diversa, qual seja a de não visar ao lucro, tendo tratamento legal diferenciado, impondo-lhe uma restrição na atuação de mercado, no qual são associados legais

os funcionários ligados à empresa, seus dependentes diretos e indiretos até terceiro grau. Posta esta questão, no restante, as obrigações trazidas pela lei em muito pouco repercutem no segmento de autogestão, que por foca de sua própria estruturação já é auto-regulamentada e há muito pratica a cobertura completa, o acesso direto e igualitário aos serviços, além da atenção integral à saúde de seus beneficiários.

4 O CONTEXTO QUE FEZ EMERGIR A PROPOSTA DE UMA NOVA ESTRATÉGIA

A Caixa de Assistência, objeto de nosso estudo, é uma empresa de autogestão em saúde, com mais de 60 anos de existência. São mais de 700 mil usuários, divididos em dois planos: um para funcionários e dependentes diretos e outro para parentes de até terceiro grau. Foi fundada em 27 de janeiro de 1944 por um grupo de funcionários do banco, com o objetivo de ressarcir as despesas de saúde desta população. Nestas mais de seis décadas, a empresa experimentou grande desenvolvimento, tornando-se uma das maiores instituições sem fins lucrativos administradoras de planos de saúde do país.

Ao longo de sua história a empresa foi mudando, deixando para trás alguns conceitos e incorporando outros. Mas tem seu ponto crucial em meados de 1996 quando sofre uma profunda mudança em sua estrutura e começa a assumir suas despesas, não sendo mais sustentada pelo banco ao qual é vinculada. Apesar deste ainda ser co-patrocinador, a responsabilidade, a agilidade e a eficiência nos processos são pontos que antes ficavam em segundo plano, em função da sustentabilidade dada pela instituição que lhe mantinha.

Assim, com a mudança de foco, a prioridade não é mais a ação médico-curativa, focada apenas na doença e na figura individual do paciente. Agora o objetivo é garantir mais eficácia e efetividade na atenção prestada aos associados, por meio de medidas preventivas e ações voltadas para a promoção da saúde e para a coordenação de cuidados do indivíduo e sua família. A empresa adotou o modelo de Saúde da Família já implantado em vários países, inclusive no modelo público brasileiro.

Abaixo podemos verificar um quadro onde a evolução dos fatos históricos da Caixa de Assistência foi sinteticamente apresentado, com intuito de que possamos identificar melhor os momentos importantes que foram moldando a empresa da forma como esta constituída hoje.

Ano	Fatos
Histórico	
1944	Fundação tinha 3,5 mil associados de um total de 7,2 mil funcionários do banco.
1962	É criado o regulamento próprio.
1967	É extinto o Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Bancários, gerando um crescimento da Caixa de Assistência pela migração.
1970	A Caixa de Assistência assume completamente a assistência à saúde dos funcionários do banco.
1974	Nova reforma estatutária e o banco assume a direção da empresa.
1980	No processo de modernização administrativa, as funcionárias, numa importante conquista, conseguem inscrever seus maridos ou companheiros como beneficiários.
1986	A política de saúde começa a ser repensada com profundidade.
1989	A sede da empresa muda do Rio de Janeiro para Brasília junto a sede do banco que está vinculada.
1995	Estudos atuarias apontam para que a necessidade de se aumentar a contribuição do associado, para equilibrar as finanças e tornar a Caixa de Assistência uma empresa auto-sustentável.
1996	Aprovação de novo estatuto, iniciando-se processo de autonomia da Caixa em relação ao banco. Desta forma a empresa passa assumir suas próprias despesas administrativas e inicia-se a implantação do novo modelo assistencial.
1997	A criação de um novo plano, destinados a familiares dos associados e ex-associados dá um novo ânimo de crescimento a Caixa de Assistência. Ações no sentido de melhor atendimento e orientação aos usuários são implementadas como, por exemplo, um serviço de atendimento 24 horas, clínicas próprias focando no novo modelo assistencial.
1998	Lançado um novo modelo assistencial. Nesta ação, uma equipe multidisciplinar visitava periodicamente as residências 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, que têm o objetivo de reunir diversos segmentos de usuários para discutir e propor alternativas.
2000	Amplia sua atuação e firma parcerias em ações de promoção da saúde.
2001	Profundas mudanças marcam este ano, com ênfase na reorganização e reestruturação da empresa.
2002	A Estratégia Saúde da Família é ampliada e é tratada como uma proposta de política nacional.
2003	Lançamento oficial da estratégia Saúde da Família. Para reforçar o conceito e os princípios da ESF, uma campanha publicitária foi desenvolvida para todo o País.
2004	Mais 10 módulos da estratégia Saúde da Família foram implantados, com novas estruturas física e humana.

Quadro 1 – Resumo histórico da evolução da caixa de Assistência

4.1 ADAPTAÇÕES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UMA EMPRESA DE AUTOGESTÃO.

O modelo de atendimento visa a garantir atenção à saúde dos seus associados dentro dos princípios do direito universal à saúde e do cuidado humanizado, ético, solidário e personalizado às necessidades de cada indivíduo e sua família. Sincronizada com uma tendência internacional e pública nacional de superação do modelo médico-curativo, vem construindo, através de seus serviços próprios as bases de um novo modelo de atenção visando a assegurar, em primeiro lugar, uma melhor condição de assistência à saúde de seus usuários, associado ao equilíbrio econômico financeiro da empresa.

4.1.1 O Marco da Reforma Estatutária em 1996

Até a reforma estatutária de 1996 a Caixa de Assistência na verdade era, apenas, uma intermediadora de serviços de saúde para os associados, sem nenhuma gestão/regulação sobre o uso destes serviços, ou seja, uma mera pagadora de faturas assistenciais, exceto na área de saúde mental com a implantação de estruturas de acolhimento diferenciado, denominadas Porta de Entrada, onde se iniciou a experiência de coordenação de cuidados da população.

Esta reforma foi proposta porque a partir de 1990 a empresa passou a sofrer sucessivos prejuízos operacionais em decorrência do desequilíbrio entre receitas e despesas, os quais eram cobertos pelas reservas orçamentárias oriundas das aplicações financeiras.

As despesas apresentavam grandes variações, decorrência da elevação dos custos com saúde, até que, em 1994, com o lançamento do plano real, a empresa teve sua sobrevivência ameaçada, pois os rendimentos das aplicações financeiras não eram suficientes para cobrir os prejuízos, sendo necessário utilizar o patrimônio para pagar as despesas.

Visando a transformar esta realidade tão desfavorável para a empresa e para os associados a Diretoria da Caixa propôs uma reforma estatutária, aprovada pelo corpo social em 1996, baseada nos seguintes princípios: mudança do negócio (de intermediadora de serviços para administradora de saúde); ajuste de custeio (aumento da contribuição dos patrocinadores); abertura para o mercado (criação de novos planos de saúde e planos administrados); mudança do modelo de gestão (administração compartilhada entre os dois patrocinadores – banco e funcionários); mudança do modelo assistencial (atenção integral a saúde) e adoção de uma nova missão.

A definição por uma missão baseada na integralidade da atenção visando a melhorar a qualidade de vida dos usuários, teve como consequência imediata a proposição de um modelo de atenção integral à saúde, considerado como a melhor estratégia para viabilizar a missão.

4.1.2 A Coordenação dos Cuidados Integrais à Saúde

Ao propor a coordenação dos cuidados integrais à saúde da população de usuários realizadas pelas Unidades de Atendimento Próprias, a autogestão buscou

assumir, efetivamente, a gestão da atenção à saúde da população assistida que tem como base a gestão dos riscos populacionais e a gestão da oferta e utilização dos serviços.

A gestão dos riscos populacionais ou vigilância em saúde busca conhecer os riscos, danos e causas de enfermidades que acometem a população, enfatizando as atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças através de ações informativas sobre saúde que visam a elevar a consciência e a responsabilidade sanitária da população; orientar e estimular práticas de autocuidado em saúde; imunizações; controle pré-natal; diagnóstico precoce de doenças crônicas; proteção contra riscos ocupacionais; programas assistenciais vinculados a grupos populacionais e morbidades específicas.

Outro componente fundamental da gestão da atenção à saúde é a gestão da oferta e utilização dos serviços, que depende da organização do sistema de saúde através de dois princípios básicos: hierarquização, que significa a organização da rede de serviços por níveis de complexidade dos serviços e de atenção (primária, secundária e terciária), considerando ainda a adequada quantidade de serviços por nível de acordo com a demanda dos usuários (decorrente do perfil epidemiológico) e regionalização que significa a constituição de vários sistemas hierarquizados, uma para cada região ou micro-região (municípios, conjunto de municípios ou mesmo bairros, dependendo do adensamento de usuários).

A hierarquização de um sistema de saúde significa seu ordenamento de forma a oferecer o recurso tecnológico (processos de trabalho, conhecimentos, técnicas, equipamentos) adequado a demanda da atenção. Um sistema racional deve supor uma organização segundo níveis crescentes e hierarquizados de complexidade tecnológica, atendendo a necessidades correspondentes em termos de problemas/níveis de atenção exigida.

4.1.3 A organização da Atenção Primária, Secundária e Terciária

A porta de entrada de um sistema de saúde deve ser pela atenção primária, exceto nos casos de urgência ou emergência. O profissional de atenção primária deve ser o primeiro contato dos usuários e famílias com a rede de serviços de

saúde, garantindo a continuidade no acompanhamento do usuário, possibilitando cumplicidade, estabelecimento de um fluxo adequado de comunicação e confiança.

A capacidade de resolutibilidade de um sistema organizado com base na atenção primária, segundo estudos da Organização Mundial de Saúde, chega a ser de 85 a 90% dos problemas de saúde dos usuários. Os casos não resolvidos devem ser encaminhados para os demais níveis de assistência, numa perspectiva de referência e contra-referência e da coordenação integral dos cuidados às pessoas sob responsabilidade da equipe. Para atingir este nível de resolutibilidade o profissional de atenção primária deve ser um clínico hábil, centrado no indivíduo e não na doença e utilizar protocolos clínicos baseados em evidências científicas. O profissional de atenção primária deve conhecer profundamente os hábitos de vida de seus pacientes, suas relações familiares e sociais, seus hábitos de lazer, seu processo de trabalho, suas condições de habitação, suas crenças e visões de mundo, para diminuir a incerteza no diagnóstico dos problemas trazidos por seus clientes.

Outra forma de diminuir a incerteza é a chamada medicina baseada em evidência, que a partir da construção de protocolos clínicos organiza as incertezas em graus de evidência. Esta metodologia pondera o conhecimento médico advindo da experiência clínica não-sistematizada, da intuição ou do raciocínio fisiológico ou farmacodinâmico, bem como da pesquisa e ações clínicas, enfatizando esta como a evidência forte para as decisões de tratamento.

Um dos nós críticos para o funcionamento de sistemas de saúde, cuja porta de entrada é a atenção primária, é o sistema de referência e contra-referência. Os casos não resolvidos no nível primário devem ser encaminhados para os demais níveis sob coordenação e responsabilidade do profissional de atenção primária. Um sistema pode ser caracterizado como detentor de qualidade quando existe contra-referência. Ainda no sistema de organização secundária e terciária está prevista uma política de remuneração aos referenciados de forma especial, no qual se privilegie o profissional que está engajado com a mesma sintonia de estratégia de saúde e após o tratamento pontual e especializado remeta o paciente e monitore com informações clínicas o médico de família responsável.

Outra característica importante da atenção primária é a atenção continuada que permite a consolidação do vínculo da equipe com o cliente, aumentando a

qualidade da atenção. Este conhecimento que a equipe tem da população sob sua responsabilidade, dentre outras vantagens, pode vir a ocasionar até a redução do tempo habitual da consulta médica sem perda da eficiência clínica.

4.1.4 Módulos de Atenção Integral à Saúde: Uma Estratégia do Sistema de Saúde da Empresa

Os módulos de Atenção Integral à Saúde, estruturados com base na Estratégia de Saúde da Família, que são os primeiros contatos do usuário com o sistema de saúde, responsabilizam-se pelo plano terapêutico dos usuários tanto no nível primário quanto nos serviços mais especializados, recebendo-os na contra-referência.

O processo de planejamento, organização e avaliação dos Módulos de Atenção Integral à saúde devem estar condicionado pelos seus objetivos gerenciais e assistências.

Estes módulos operam com a diretriz da integralidade, articulando ações nas diversas dimensões da atenção à saúde, visando a garantir: primazia das ações de promoção à saúde; atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica (organização do sistema de atenção visando a continuidade do cuidado); articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação (gestão do sistema) e abordagem integral do indivíduo e famílias.

O serviço está organizado de forma a ser a Porta de Entrada do Sistema de Saúde desta empresa oferecendo atenção primária à população da área de abrangência, com enfoque na saúde da família, capaz de resolver entre 85 e 90% dos problemas de saúde dos usuários, encaminhando os casos não resolvidos para os demais níveis de assistência, numa perspectiva de referência e contra-referência.

O modelo deve buscar a ampliação da oferta organizada e atividades programáticas considerando os principais agravos da população da área de abrangência, em relação ao atendimento da demanda espontânea. Este enfoque preconiza que todo contato dos usuários com o serviço deve ser tratado como uma oportunidade de realizar promoção, proteção e recuperação da saúde.

4.1.5 Adaptações de Recursos Humanos

A equipe de família é composta de um médico de família e um auxiliar de enfermagem. A cada três equipes deverão ser incorporados um enfermeiro, um psicólogo e um assistente social. Cabe ainda nesta estrutura um nutricionista para cada serviço. O médico de família é responsável pelo atendimento assistencial agendado e por demanda espontânea, atividades de educação em saúde individuais e coletivas, exame periódico, licença-saúde e acompanhamento de enfermidades ocupacionais, apenas dos usuários cadastrados. Há uma equipe de família para cada mil e duzentos habitantes ou aproximadamente quatrocentas famílias.

5 O ESTUDO EXPLORATÓRIO COM OS AGENTES

5.1 OS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA

Para alcançarmos os objetivos propostos de identificar fatores que viabilizam ou dificultam a implementação da Estratégia de Saúde da Família em um plano de autogestão, optou-se pelo método qualitativo, utilizando-se duas estratégias para a coleta de dados:

a) pesquisa exploratória breve, através de documentos de autogestão que esteja implementando tal estratégia.

b) aplicação de questionário semi-estruturado aos gestores, médicos de família, médicos especialistas referenciados, equipe multidisciplinar, usuários e colaboradores administrativos.

5.2 OS SUJEITOS PARTICIPANTES

Para a proposta do questionário foram convidadas 15 pessoas, da empresa de autogestão, foco do estudo (unidade Rio Grande do Sul), utilizando-se dois critérios de seleção: áreas de interface com a implementação da estratégia e tempo de exercício na empresa (mais de um ano).

Desse grupo de pessoas 5 são gestores, 5 são profissionais das equipes de saúde e equipe multidisciplinar e 5 são usuários.

5.3 A PROPOSTA DO QUESTIONÁRIO

O questionário foi estruturado através de quatro instrumentos (modelo ANEXO A), formulando perguntas abertas conforme apresenta o quadro a seguir.

Deste grupo apresentado todos os questionários retornaram, com destaque para algumas perguntas não respondidas por gestores, mas configurando casos pontuais.

<p>Questão 1 - Os três aspectos que facilitam a implementação da Estratégia de Saúde da Família</p>
<p>Questão 2 – Os três aspectos que dificultam a implementação da Estratégia de Saúde da Família</p>
<p>Questão 3 – Os três benefícios identificados na implementação da Estratégia de Saúde da Família.</p>
<p>Questão 4 – Os três prejuízos identificados na implementação da Estratégia de Saúde da Família.</p>
<p>Questão 5 – Qual o real motivo da implementação da Estratégia de Saúde da Família para a empresa.</p>
<p>Questão 6 – Propostas e sugestões que podem contribuir para o sucesso da implementação da estratégia.</p>

Quadro 2 – Questões formuladas no questionário de pesquisa com os atores

5.4 A SISTEMATIZAÇÃO DOS DADOS

Considerando o caráter qualitativo da pesquisa, foram considerados os depoimentos expressos nos diferentes instrumentos do questionário. Eles estão agrupados em unidades de análise, as quais foram utilizadas para facilitar a sistematização dos dados de cada questão formulada no questionário. Essas unidades de análise estão demonstradas nos quadros 4,5,6,7 e 8 (ANEXO C)

através de cores diferentes para facilitar a visualização da distribuição dos dados no seu conjunto.

No texto dos resultados, as referidas unidades estão correlacionadas através de letras, sendo que a correlação entre as letras e as cores estão apresentadas através das legendas que antecedem os respectivos quadros (legendas 1,2,3,4 e 5 – ANEXO C).

Desta forma, cada quadro de ANEXO C está vinculado a uma legenda correspondente que discrimina as letras (ver capítulo 6 – Os Resultados) e as respectivas cores (quadros do ANEXO C), com exceção do quadro 9 (propostas e sugestões para a implementação da Estratégia de Saúde da família) que não segue esse critério. A abordagem das unidades de análise nos estudos descritivos dos resultados, não segue nenhuma ordem de priorização, tendo em vista que a pesquisa não utilizou o método quantitativo. Além disso, convém destacar que a estruturação desses agrupamentos de conteúdos foi apenas utilizada para fins de estudo, pois os dados estão intimamente interrelacionados entre si. Diversos dados, por exemplo, freqüentemente se repetem em diferentes questões nos quadros.

No estudo onde analisamos os aspectos que facilitam ou dificultam as percepções de benefícios ou prejuízos para os usuários com a implementação da estratégia de Saúde da Família buscou-se, através do questionário, identificar uma diferenciação entre atribuições, na medida que era solicitado para informar em campos diferentes, três possibilidades identificadas por grupo de interesse, seja gestor, usuário ou profissional da saúde. É possível verificar essa distribuição através do jogo de cores nos diferentes quadros.

6 RESULTADOS

6.1 AS FACILIDADES ENCONTRADAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

As declarações dos grupos foram equilibradas entre si, apesar de haver diferenças básicas em suas atribuições dentro da estrutura da empresa, mas fundamentais para o sucesso da implementação da estratégia.

Entre os gestores o que mais foi focado está vinculado à infra-estrutura para o sucesso, onde percebemos a preocupação com acomodações. Como citado por um dos gestores as “novas instalações” que a caixa implementou foram fundamentais para o sucesso desta etapa. Importante ressaltar que as instalações foram remodeladas totalmente para a Estratégia de Saúde da Família com novos e modernos consultórios, área física adequada e ampla, com aspecto de limpeza e de ambiente saudável. Outro ponto que pesou na avaliação dos gestores foi a resolutibilidade da equipe de saúde da família. Uma citação de outro gestor explica bem esta questão onde fala que a “equipe técnica resolutiva e conectada as melhores práticas disponíveis ao paciente dentro de uma responsabilidade médica e social, fora de pressões econômicas, mas pelas práticas que podem comprovadamente resultar uma medicina segura”, evidenciam a preocupação com os resultados das equipes e dos protocolos médicos que devem ser seguidos. Ser resolutivo é, na visão do gestor, um dos pontos mais importantes que facilitam a implementação da estratégia.

Na visão dos usuários a qualificação técnica da equipes foi sensivelmente a maior identificação de facilidade para sucesso na implementação. O vínculo do usuário com o profissional médico foi sinalizado como a grande questão de preocupação. Saber se o profissional que está a sua frente é um profissional de alta qualificação, que pode resolver seu problema, que ele pode entregar o bem mais precioso de uma pessoa , a vida, a sua saúde.

Por parte da equipe de saúde dois ítems se destacaram: o acolhimento e a infra-estrutura. O acolhimento envolve não só o trato do médico com seu paciente, mas o de toda a equipe da empresa, desde o atendente administrativo até o principal gestor. A acolhida é o que faz a fidelização e, segundo as equipes de saúde da família, a principal facilidade para a implementação. A infra-estrutura é novamente citada, agora não só pelo gestores, mas pela equipe técnica e está relacionada, neste caso, às condições de trabalho destes profissionais, pois sem tais condições não há como acolher o paciente. Importante ressaltar que um profissional relata que a “infra-estrutura adequada para o atendimento, bem como dispor de uma rede para atenção do paciente em outros níveis” é destacada. Quando falamos de outro nível trata-se do nível secundário e terciário. Identificou-se que há uma preocupação no relacionamento com o nível secundário em especial. Pois especialista e médicos de família, muitas vezes, não se entendem e têm em alguns casos interesses concorrentes.

Verifica-se que os grupos ainda citaram questões como a assimilação da estratégia pelo usuários, informação da estratégia e políticas de implementação da estratégia, que carregam grau de importância também aos três grupos de entrevistados, mas são bem menos incidentes em termos quantitativos, por isso não nos aprofundaremos neste aspecto.

6.2 AS DIFICULDADES ENCONTRADAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Ao analisarmos as respostas dos gestores encontramos a maior convergência de idéias apresentada em todo o estudo. O fator principal de dificuldade de implementação da estratégia é o desconhecimento por parte do usuário. A preocupação em expor a estratégia tem sido frequente na Caixa de Assistência, através de encontros de associados e de um grupo chamado de conselho de usuários. Este grupo reúne-se semanalmente e congrega usuários e representantes da Caixa de Assistência, assim como são convidados representantes de entidades ligadas ao banco patrocinador. Alí, além de discutirem problemas trazidos pelos colegas usuários ao conhecimento da empresa, existe um foco disseminador da estratégia por meio dos próprios usuários, validando a idéia

como sendo algo bom e de qualidade, que traz os resultados esperados e pode superá-los. Outra expressão do grupo de gestores remonta à rede de prestadores secundários e terciários. Por força de estatuto, a empresa não pode cercear, e segundo ela nem quer, que o usuário vá a rede credenciada livremente, não existem barreiras legais que impeçam de fazer consultas diretas aos especialistas. Esta liberdade é outra questão que relatam os gestores ser uma oportunidade para a tentativa de vínculo de médico de família e o paciente. Este vínculo é, sem dúvida, uma conquista diária, que quando obtida torna-se um relacionamento de laços fortes.

Por parte dos usuários, podemos verificar não um item que tenha consenso como nas opiniões dos gestores, pelo contrário, as manifestações foram bem diversificadas. Foram importantes para os usuários, como aspectos que dificultam a implementação da estratégia: a falta de conhecimento da estratégia; carência de prestadores de nível secundário; falta de engajamento na estratégia por parte da rede secundária; cultura médico-curativa; sentimento de desconfiança; economia com foco em diminuir despesas e não a visão de realmente ter um serviço que propicie melhor qualidade de vida e de cuidados com a saúde. Aqui ressaltamos que a questão da desconfiança, apesar de estar equilibrada dentro do grupo, é aqui que ela aparece mais forte em relação aos outros. Isto muito se deve pela questão da mudança de um modelo, já que toda a mudança é traumática e influencia o comportamento do grupo; em pesquisa, ao histórico da empresa, verificamos que algumas vezes já se iniciaram projetos que não foram adiante, e este sim é um ponto observado pelo associado, temendo mais um investimento que não chegue em sua plenitude, e, então, não possa ser desfrutado de seus benefícios apregoados.

Por parte da equipe técnica o que mais foi citado como dificuldade foi a cultura médico-curativa da população baseada na tratamento do problema tópico sem a percepção da totalidade do indivíduo. O modelo instalado para uma classe de pessoas de nível médio/médio alto que são os funcionários e seus familiares torna-se um dificultador a mais. Muitos dos profissionais que estão hoje na Caixa de Assistência vieram do setor público onde a aceitação da estratégia lhes parece mais fácil, por questões culturais, financeiras e de estatus. Outra dificuldade apontada é o acesso ao serviço. A questão local é fundamental para o sucesso

desta estratégia. Na experiência pública de Estratégia Saúde da Família, quando o paciente não vai ao posto ou consultório, o médico vai até a casa do paciente. Em muitos casos, isto também ocorre nesta versão de implementação em autogestão, mas que nos pareceu bem menos frequente. Hoje a unidade conta com um endereço voltado para a zona norte da capital gaúcha, sendo como prioritários os bairros da zona norte da cidade, e os da zona sul aguardam a implementação de outro módulo na zona sul, o que ainda não tem data marcada para acontecer. Os usuários do interior também ficam a margem deste serviço, apesar de como no módulo da zona sul de Porto Alegre, no interior, existe uma projeção de implementação de módulos com a Estratégia de Saúde da Família.

6.3 OS BENEFÍCIOS DA IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Mais uma vez apresentaremos dois aspectos importantes ressaltados pelos gestores, relacionados como benefícios da estratégia da família. Surpreendentemente, os aspectos mais relevantes de benefícios foram relacionados à questão de saúde, em detrimento aos aspectos financeiros, que apareceram bem marcados pela equipe técnica, mostrando-se uma inversão de visão de benefícios em contra partida a área de atuação. Os gestores enfatizaram o cuidado integral à saúde, com a visão do paciente como um ser complexo e único, ao invés de vê-lo por partes. Também salientaram nas resposta da pesquisa a questão da longitudinalidade, ou seja, a importância do cuidado ao longo do tempo de vida do indivíduo, cuidando de suas necessidades e orientando-o de acordo com as etapas da vida que ele vai passando e, o mais importante, conhecendo todo o histórico de sua vida e sua família.

Na visão dos usuários os itens mais importantes foram o cuidado integral à saúde e a resolutibilidade. Neste último item salientamos que na visão do usuários as equipes instaladas como equipe da família, já correspondem pelas suas ações e por consequência validam o serviço. Afinal ao identificarem como benefício da implementação da Estratégia de Saúde da Família a resolução de seus problemas, o estágio de convencimento, informação e de aceitação, o mesmo já está instalado com sucesso.

Como já relatamos anteriormente, quando da análise dos quadros de respostas da equipes técnicas, como já era de ser esperado um dos itens mais apontados como benefício é o cuidado integral à saúde, mas o fato novo nisto tudo é a questão de benefício em relação a economia e melhor; a saúde financeira da empresa com o advento da implementação da estratégia. Há neste item controvérsias que devem ser minimamente citadas, pois o investimento para que esta estratégia seja realizada é muito alto. As apostas de redução de custos são de médio a longo prazo e na verdade não existem estudos que possam comprovar cientificamente, dentro de uma autogestão, que a estratégia reduzirá custos.

6.4 OS PREJUÍZOS DA IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Falar dos prejuízos de algo que se defende nunca é fácil, ou ainda, politicamente correto, sendo assim, o relato mais constante por parte do gestores foi que não havia prejuízos em relação a implementação da estratégia. Um dos gestores relata, em defesa da tese, que não há nenhum prejuízo em relação a implementação da estratégia, que “não existem prejuízos, pois a medicina de família só pode trazer garantias de um melhor cuidado do paciente, num olhar integral à sua saúde”. Por outro lado outros gestores enfatizaram que a implementação da estratégia por pedaços, fracionada, poderia trazer prejuízos aos usuários, referindo-se a questão de que os usuários que não estão na estratégia no momento estariam sendo penalizados em relação aos outros que têm acesso a este serviço. O que sem dúvida é uma visão interessante, pois um dos princípios da autogestão no Brasil resgata que todos os seus beneficiários dentro de uma mesma categoria têm os mesmos benefícios. Somado-se a isto cabe dizer que o princípio que rege esta caixa é o da solidariedade e da igualdade, o que fundamentalmente, em uma implementação fracionada fere seus princípios, ainda que, por questões econômicas, esta seja necessária.

Na ótica do usuário a questão de fracionamento da estratégia é o mais importante item de prejuízo. Em muito se verifica, conforme explanação no parágrafo anterior, porém o relato de um usuário pode elucidar ainda mais: “dois pesos e duas medidas! Alguns usuários têm médico de família e outros por não

estarem na lista não podem consultar”. A lista relatada é a população adscrita onde verifica-se o raio de atuação de cada equipe. Efetivamente em casos de uma necessidade maior é claro que há atendimento aos pacientes , mas é do cuidado integral, da continuidade de tratamento de convivência que estamos falando. Há importantes indícios de que o usuário busca por um serviço de qualidade que dê resultados práticos.

A clara manifestação da equipe médica é no sentido de que a implementação na Caixa de Assistência trouxe alguns relatos referente a pouca rede de profissionais de indicação. Muito se deve a remuneração que os planos de saúde em geral têm aplicado aos seus prestadores, em especial os médicos. Profissionais renomados já não atendem mais os convênios, com raras exceções. Com foco em melhor remunerar profissionais diferenciados existe um plano de referência e contra-referência para médicos específicos que estejam cadastrados para atendimentos de pacientes encaminhados pela equipes de saúde da família. Esta política é de suma importância para que haja qualidade de serviços na rede secundária também, que é processo importante do cuidado integral do paciente.

6.5 A PERCEPÇÃO DOS MOTIVOS QUE LEVARAM A CAIXA DE ASSISTÊNCIA A IMPLEMENTAR A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Quando da análise da percepção das motivações da empresa não dividimos os grupos entre gestores, usuários e profissionais técnicos, mas analisamos as respostas genericamente com todos os participantes.

Houve apenas três grandes grupos de respostas em relação aos motivos percebidos como reais que levaram a empresa implementar a estratégia, foram eles: financeiro, misto (financeiro e de qualidade assistencial) e, somente, de qualidade assistencial. Como pode ser observado nos documentos anexos as respostas foram equilibradíssimas, referindo uma pequena vantagem para a questão mista, ou seja, a implementação da estratégia está calcada nos dois motivos, financeiro e de qualidade de assistência. O importante deste item é o sinal que ele nos aponta, no sentido que a população atingida tem assimilado a estratégia, que era um dos medos da equipe técnica. Em consequência disso a desconfiança relatada pelo gestores, por parte dos usuários em relação aos serviços prestados

na unidade Rio Grande do Sul pelos médicos de família, equipe multidisciplinar e colaboradores administrativos, é muito menor do que se imaginava.

6.6 PROPOSTAS E SUGESTÕES PARA IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Muitos dos indicativos apresentados neste item foram abordados em itens anteriores. Destaca-se a importância de divulgação dos resultados obtidos pelas equipes de saúde da família tanto de nível de saúde como de economia, pois os usuários, que são em sua maioria, donos conjuntamente do patrocinador da empresa, querem saber se esta nova proposta traz benefícios financeiros. Há proposta inclusive de divulgação de casos clínicos de sucesso para que se valorize o médico e a equipe. A validação da estratégia ficou explicitada, tanto que nas sugestões aparecem a necessidade do aumento do número de profissionais ligados à saúde da família e a extensão ao interior do estado.

7 CONCLUSÃO

É possível perceber que a Estratégia de Saúde da Família ganhou adeptos e defensores ao longo do tempo e, no Brasil, vem tomando forma a cada momento, seja via poder público, embalado pelas mãos do Sistema Único de Saúde (mesmo precário, com estratégias mas sem a efetividade necessária e com deficiências nos meios de administração e dificuldades de financiamento), seja através da saúde suplementar, nas quais estão engajadas as autogestões.

No presente trabalho um conjunto ampliado de dados coletados, possibilitou uma melhor aproximação da realidade, embora, sabe-se, conforme relata Demo (1985), que possível ter dois fenômenos sociais, mais uma pintura do que um retrato, tendo em vista que o retrato não é dinâmico e só é capaz de fixar uma imagem em um determinado momento. Esta metáfora da pintura inspira a idéia de uma projeção, em que a realidade é captada em cores e matizes particulares, onde os objetos e as pessoas são reinterpretados e criados como um processo de produção artística (MINAYO, 1998) .

A implementação da Estratégia de Saúde da Família foi um marco histórico para esta caixa assistencial e para todo o setor de saúde. Em busca de soluções para seus problemas de saúde financeira e opções que contribuíssem em um melhor atendimento ao seu usuário, a Caixa de Assistência encontrou uma estratégia adequada. Os medos dos usuários de migrarem para uma nova forma de ver a sua saúde, a desconfiança dos médicos que estão cuidando de seu bem mais precioso pôde ser superado através de uma postura de informação, de convencimento e diálogo junto a propostas de constante aprendizado, voltando-se para a resolutibilidade. Quando se tem uma gestão voltada aos olhos da saúde e preocupação com saúde financeira, pode-se chegar um ponto de equilíbrio. É fundamental a participação dos usuários neste processo de assimilação do novo, abrindo espaços para discussão, conversas de conhecimento das bases do novo acordo e do convencimento que vem com o tempo, não pela imposição. Aqui cabe uma reflexão: seria, em teoria, muito mais fácil aos olhos da adesão se tivesse sido

determinado que a passagem pelos médicos de família fosse compulsória, e estes servissem de portas de entrada para qualquer outro atendimento. Apesar disto, ainda que por força de necessidades específicas, a empresa optou em trabalhar o convencimento dos usuários e não só ganhou um novo paciente cadastrado junto às equipes de família, mas um divulgador desta nova estratégia, tanto é que outros usuários que ainda não foram atingidos pela nova estratégia reclamam por não terem esta opção. Somente com um trabalho sério e competente, envolvendo todos os níveis da empresa é que se pode ter esta opção pelo convencimento, mas a Caixa de Assistência vem conseguindo com sucesso.

Como ressalta Campos (2000), a dimensão de uma obra não deve ser avaliada apenas pelo seu resultado final, mas também devem ser considerados todos os efeitos que vai produzindo durante a sua concepção e transcurso. Ao longo do estudo observamos que seja qual for o real motivo de levou a Caixa de Assistência a implementar a Estratégia de Saúde da Família, financeira ou pela opção de qualidade de vida do seu associado, o fato é que profundas transformações ocorreram e ainda irão ocorrer nesta caminhada. Quando se chega a um investimento de milhões de reais, novas instalações e uma divulgação de novos rumos não se pode mais retroceder. Assim ganha, sem dúvida, o associado da empresa por esta bela opção de cuidados de saúde. Ganha a sociedade que dinamiza um mercado que há muito necessita de idéias inovadoras ou no mínimo renovadoras para que continue sendo sustentável o mercado de autogestão no Brasil.

[...] o modo como as “cabeças estão sendo fabricadas também opera na micropolítica do processo de trabalho vivo, com forças instituintes de processos de resistências às mudanças, como vemos cotidianamente nos serviços de saúde; ou não, quando estamos diante de processos inovadores em termos de agenciamentos como os casos de movimentos constantes e anti-hegemônicos” (MERHY, 1997, p.96 e 97).

Campos (2000) enfatiza que para a efetiva democratização da saúde, é necessário compreender a dimensão da importância dos coletivos organizados, tanto para a produção de maior autonomia dos sujeitos, quanto para a reprodução de novos coletivos. Para ele, é preciso governar considerando a existência legítima de outros agrupamentos de interesse, de outros projetos e de outros sujeitos. E

assim, conforme propõe através do Método da Roda, o grande desafio é construir arranjos que possam ampliar a capacidade de direção dos trabalhadores, a partir de uma nova dialética entre autonomia e controle nos coletivos organizados para a produção, ou seja, inventar um sistema concreto de gestão participativa.

Entende-se, que é neste sentido, devemos continuar nos desafios da saúde, acreditando nas construções coletivas, criando e adaptando estratégias que viabilizem as instituições a continuar provendo saúde, consolidando uma ação cada vez mais comprometida com a defesa da vida individual e coletiva com ações de promoção, cura e reabilitação, em uma visão global do paciente e ao longo de sua vida.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; FONSECA, Cláudio Duarte da. A estratégia saúde da família. In: DUNCAN, Bruce Bartholow; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa R. J. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3ª. Edição. Porto Alegre: Artmed, 2004, p.88-100.

BUSS, Paulo Marchiori (Org.) **Sistemas de saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz, 1995.

CASTRO, Antônio Joaquim Werneck ; MONTONE, Januário (Org.). **Regulação e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora MS 2004.

CAMPOS, Gastão W. S . **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

DEMO, Pedro. Introdução à Metodologia da Ciência. São Paulo: Atlas S.A., 1985.

MCWHINNEY, I. The Needd for a Transformed Clinical Method. In STEWART, M.; ROTER, D. **Communicating With Medical Patients**. Newbury Park, CA: sage Publications, 1989.

MENDES, Eugênio Vilaça (Org). **Distrito Sanitário**. 4ª Edição. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999a.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma Agenda Para a Saúde**. 2ª Edição. São Paulo: Hucitec, 1999b.

MERHY, Emerson E.; ONOCKO, R (Org.). **Agir em saúde:** um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 71-150.

MINYO, Maria Cecília de S. O desafio do conhecimento. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1998.

MISOCZKY, Maria Ceci. **O campo da atenção à saúde após a constituição de 1988: uma narrativa da sua produção social.** Porto Alegre: Dacasa Editora, 2002.

PIOLA, Sérgio Francisco (Coordenador). **Tendências do sistema de saúde brasileiro.** Brasília: IPEA, 2001.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

ANEXO A – MODELO DO INSTRUMENTO DO QUESTIONÁRIO DA PESQUISA

Instrumento 1

Aponte três aspectos que dificultam a implementação da estratégia de saúde da família.

1. _____

2. _____

3. _____

Aponte três aspectos que facilitam a implementação da estratégia saúde da família.

1. _____

2. _____

3. _____

Instrumento 2

Em sua percepção quais são os benefícios identificados na implementação da estratégia de saúde da família para os usuários.

1. _____

2. _____

3. _____

Em sua percepção quais são os prejuízos identificados na implementação da estratégia de saúde da família para os usuários.

1. _____

2. _____

3. _____

Instrumento 3

Em sua percepção qual o real motivo que a empresa implementou a estratégia saúde da família? Justifique.

Instrumento 4

Apresente propostas e sugestões que podem contribuir para o sucesso da implementação da estratégia de saúde da família.

ANEXO B – PERFIL DOS SUJEITOS PARTICIPANTES

RELAÇÃO COM A EMPRESA	TEMPO DE RELAÇÃO COM A EMPRESA	ATIVIDADE PROFISSIONAL
Gestor 1	3 anos	Administrador
Gestor 2	5 anos	Administrador
Gestor 3	6 anos	Administrador
Gestor 4	5 anos	Contador
Gestor 5	5 anos	Enfermeiro
Profissional de saúde 1	1 ano e 7 meses	Enfermeiro
Profissional de saúde 2	3 anos	Assistente Social
Profissional de saúde 3	1 ano	Médico
Profissional de saúde 4	1 ano	Médico
Profissional de saúde 5	12 anos	Médico
Usuário 1	4 anos	Estudante acadêmico
Usuário 2	36 anos	Aposentado
Usuário 3	28 anos	Administrador
Usuário 4	7 anos	Bancário
Usuário 5	32 anos	Auxiliar administrativo

Quadro 3 – Perfil dos entrevistados que participaram da pesquisa

ANEXO C – DADOS DO QUESTIONÁRIO DA PESQUISA

Quadro 4 – Questão 1 – Os três principais aspectos que facilitam a implementação da Estratégia Saúde da Família.

Quadro 5 – Questão 2 – Os três principais aspectos que dificultam a implementação da Estratégia Saúde da Família.

Quadro 6 – Questão 3 – Os três benefícios da implementação da Estratégia Saúde da Família.

Quadro 7 – Questão 4 – Os três prejuízos da implementação da Estratégia Saúde da Família.

Quadro 8 – Questão 5 – O real motivo da implementação da Estratégia Saúde da Família pela empresa.

Quadro 9 – Questão 6 – Propostas e sugestões para implementação da Estratégia Saúde da Família pela empresa.

Legenda 1 – Unidade de análise relativas às facilidades de implementação da Estratégia de Saúde da Família no quadro 4



Qualificação técnica da equipe de Saúde da Família



Assimilação da estratégia pelo usuário



Informação da estratégia



Acolhimento



Resolutibilidade



Políticas de implementação da estratégia



Infra-estrutura












Outros aspectos facilitadores referidos

Expressões relatadas pelos gestores	Expressões relatadas pelos usuários	Expressões relatadas pelas equipes da ESF
Qualificação técnica dos profissionais	Investir em educação continuada	Qualificação dos profissionais
Aceitação por parte do usuário	Bons profissionais	Qualidade dos profissionais contratados
Divulgação da estratégia	Profissionais qualificados	Acesso à informação por parte do usuário
Divulgação da estratégia junto aos funcionários do banco	Respeito e transparência na divulgação da estratégia	Acolhimento ao paciente
Acolhimento	Qualificação dos profissionais médicos e das equipes multidisciplinares	Acolhimento
Acolhimento	Qualificação dos profissionais	Acolhimento dos usuários
Resolução de problemas	Qualificação técnica da equipe	Rede secundária e terciária parceira na proposta de contra-refêndia
Equipe técnica resolutiva e conectada as melhores práticas disponíveis ao paciente dentro de uma responsabilidade médica e social, fora de pressões econômicas, mas pelas práticas comprovadamente que podem resultar uma medicina segura. (medicina de evidências)	Aceitação por parte dos usuários e que comprem a idéia	Resolução dos problemas de saúde
Resolução de problemas de saúde	Após utilização o usuário adere à estratégia	Boas instalações
Imposição “velada” por parte do plano de saúde para que as pessoas acessem ao serviço	Acesso à informação por parte da equipe multidisciplinar	Estrutura de atendimento para o paciente ser bem atendido
Infra-estrutura adequada a proposta de atendimento.	Carisma dos profissionais de saúde	Infra-estrutura adequada para atendimento, bem como dispor de uma rede para atenção nos outros níveis.
Novas instalações	Rede primária competente e engajada, assim como toda estrutura da empresa.	Estrutura física
Condições de estrutura para o exercício da proposta de medicina familiar focada nas melhores práticas	Investimento agressivo	Amplitude de benefícios
População Alvo definida	Disponibilidade da empresa em contratar uma equipe de família	Adequada remuneração da equipe

Quadro 4 – dados da questão 1 do questionário
Os três aspectos que facilitam a implementação da Estratégia Saúde da Família.

Legenda 2 – Unidade de análise relativa às dificuldades de implementação da Estratégia de saúde da Família no quadro 5

-  a Desconhecimento da estratégia
-  b Carência de prestadores de nível secundário
-  c Falta de engajamento na estratégia por parte da rede secundária
-  d Cultura médico-curativa
-  e Sentimento de desconfiança
-  f Dificuldade de acesso ao serviço de Médicos de Família
-  g Acesso livre a rede secundária
-  h Econômica
-  i Outros aspectos facilitadores referidos

Expressões relatadas pelos gestores	Expressões relatadas pelos usuários	Expressões relatadas pelas equipes da ESF
Desconhecimento ou pouco conhecimento sobre a ESF dos setores da empresa - A	Falta de incorporação da estratégia por todos os setores da empresa como meta número um – A	Falta de conhecimento da ESF -A
Pouco conhecimento da ESF por parte dos associados – A	Comunicação – A comunicação é falha e existe problemas entre setores dentro da empresa que não se comunicam – A	Falta de esclarecimentos aos usuários sobre a ESF -A
Pouca disseminação da estratégia - A	Rede de prestadores de nível secundário deficiente - B	Dificuldade de assimilação da ESF - D
Pouca informação aos associados sobre a ESF - A	Falta de implementação de política de referência e contra-referência – C	Estigma de que a ESF é para classes sociais menos favorecidas - D
Pouco conhecimento dos usuários sobre ESF - A	Falta de parceiros nas redes de prestadores de nível secundário - C	Preconceito e tabus da população quanto ao modelo - D
Informação – Acredito que as informações não são transparentes e muitas vezes ale de serem incompletas não chegam a todos, pois trata-se na verdade de algo para economizarem - A	Cultura do usuários em relação a necessidade de consultar diversas especialidades – D	Preconceito em relação ao médico de família ser um clínico geral sem preparo (por parte dos usuários) - E
Desarticulação da empresa com um todo. Necessário que todos dentro da empresa compreem a idéia – A	Preconceito referente a medicina de família ser uma proposta direcionada as classes de baixa renda em função do programa já estabelecido pelo SUS - D	Acesso muito precário para chegar ao atendimento dificultando o deslocamento , pois não é central - F
Falta de divulgação da estratégia de saúde da Família, acarreta pouca adesão e insucesso nas metas – A	Divergências de informações em relação há tecnologia do médico de família e do especialista – E	Poucos pontos de atendimento ao usuário - F
Rede de prestadores atual muito deficitária - B	Falta de diálogo entre o médico de família e o especialista, não falam a mesma coisa - E	Precisa de mais lugares (clínicas) de ESF para atendimento mais fácil - F
Falta de parceria da rede secundária e terciária na execução da estratégia e contra-referência – C	Valores baixos pagos aos médicos – H	Liberdade de escolha do médico que quiser - G
A cultura da prática da medicina médico-curativa e não preventiva – D	Foco financeiro e não de saúde, de cuidados – H	Morosidade na tomada de decisões referente a novos investimentos - H
Desconfiança do associado com a ESF - E	Pouca divulgação de resultados para pacientes - I	Gerencia – A alta gerencia (gestores) além de não focarem os objetivos traçados com qualidade, é quando as coisas apertam procuram achar culpados e exigindo demandas impossíveis de serem cumpridas - J
Acesso difícil ao serviço - F	Dificuldade dos sistemas de informação que são falhos – I	
Ir ao médico de minha confiança e não num que é empregado do plano – G	Dificuldade de planejamento de ações coordenadas entre empresa e o banco ao qual é vinculado – I	
Liberdade de escolha do profissional que já me trata há muito anos – G	Diminuição de benefícios – J	

Quadro 5 – dados da questão 2 do questionário
Os três aspectos que dificultam a implementação da Estratégia Saúde da Família.

Legenda 3 – Unidade de análise relativas aos benefícios da implementação da Estratégia de Saúde da Família no quadro 6



Longitudinalidade



Acolhimento



Cuidado integral à saúde



O plano de saúde como parceiro



Melhora da situação financeira da empresa



Resolutibilidade



Qualidade nos serviços



Outros benefícios referidos

Expressões relatadas pelos gestores	Expressões relatadas pelos usuários	Expressões relatadas pelas equipes da ESF
Acompanhamento durante o decorrer de sua vida, (longitudinalidade) – A	Longitudinalidade – A	Acompanhamento – A
Estar próximo do associado durante toda sua caminhada percebendo melhor as transformações e suas necessidades – A	O usuário visto de forma integral, nos seus aspectos sociais, psicológicos, biológicos, etc. – C	Acompanhamento sistemático pela equipe (coordenação de cuidados) C
Acompanhamento ao longo da vida do usuário – A	Ações de proteção e promoção da saúde – C	Medicina baseada em evidências – C
O usuário se sente melhor acolhido - B	Percepção do indivíduo e seus familiares, com foco não só curativo mas de prevenção – C	Visão global da saúde do paciente e sua família, com ações de promoção e prevenção – C
Aproximação com o convênio (acolhimento) – B	Viabilidade econômica – E	Coordenação de cuidados – C
Equipe multidisciplinar voltada à atenção integral da saúde do usuário - C	Tratamentos desnecessários (o usuário não vai sair pipocando na rede de credenciados e vai procurar a causa do problema) – F	Economia – E
A coordenação de cuidados – C	As doenças são resolvidas da melhor mais eficiente e eficaz – F	Racionalização dos custos em função da organização dos cuidados – E
Acompanhamento de equipe multidisciplinar nos casos mais necessários – C	Indicação de profissionais quando necessário – F	A empresa reduz custo – E
Melhores cuidados de saúde, uma visão integral de sua saúde e não por partes – C	Melhor atendimento porque os usuários são indicados para o profissional mais indicado para o problema de saúde específico – G	Segurança no diagnóstico, sendo que quando necessário encaminhamento para profissional especializado parceiro da entidade – F
Melhor interação entre usuário/médico e Caixa de Assistência – D	Tratamento de qualidade aos associados – G	Empresa focada nas necessidades reais dos usuários – F
O usuário está mais próximo do plano e é possível verificar os avanços que estão lutando pra conseguir – D	Maior conhecimento estatístico da população alvo - H	
Redução de custos para a Caixa – E		
Economia de recursos que poderão ser melhor investidos – E		

Quadro 6 – dados da questão 3 do questionário
Os três benefícios da implementação da Estratégia Saúde da Família.

Legenda 4 – Unidade de análise relativas aos prejuízos que a implementação da Estratégia de Saúde da Família no quadro 7



Não existem prejuízos



Fracionamento da implementação



Controle excessivo



Insatisfação dos médicos especialistas



Falta de opção de escolha de médicos especialistas



Acesso



Burocracia

Expressões relatadas pelos gestores	Expressões relatadas pelos usuários	Expressões relatadas pelas equipes da ESF
Não existem prejuízos pois a medicina de família só pode trazer garantias de um melhor cuidado do paciente, num olhar integral a sua saúde –A	Não atendendo todos os usuários de igual forma, pois nem todos tem acesso pois não fazem parte da população adscrita - B	Aos poucos o usuários vai perdendo os direitos conquistados ao longo do tempo, e isto não tem haver com a estratégia , mas políticas do patrocinador, mas a confusão é geral - C
Não há prejuízos -A	Dois pesos e duas medidas, pois alguns usuários tem o médico de família e outros por não estarem na lista não podem consultar. - B	Liberdade de escolha de rede - E
Os prejuízos são mínimos ou talvez imperceptíveis - A	Esvaziamento de alguns consultórios, e possível descredenciamento de bons profissionais porque não foram “os escolhidos” - D	Limitação de profissionais - E
Implementação por pedaços, assim muitos usuários não podem ter acesso porque não fazem parte da população alvo inicialmente, mas no interior as unidades são muito longe para que tenhamos acesso, então ficamos fora da ESF – B	Os prejuízos são muitos aos usuários, pois querendo economizar dinheiro a Caixa deixa sua função de suprir a necessidade dos usuários que é de uma medicina de ponta, tecnologia avançada e especialistas e detalhistas -E	Falta de liberdade de escolha por parte de profissionais especialistas - E
A implantação da estratégia por módulos, pedaços, dentro de uma mesma cidade - B	Diferenciação de oportunidades de acesso. Alguns estão próximos as unidades onde há ESF, mas muitos estão a margem desta proposta. Não deveria ser para todos? - F	Muita burocracia para fazer uma atendimento e encaminhamentos. A saúde em muitos casos é urgente. - G
Controle. Querem controlar tudo, está exagerado, pois não posso opinar há uma pressão para que faça do jeito que querem, inclusive há cancelamento de cirurgias quando não é feita com o médico que querem – C	Acesso para poucas pessoas - F	
Descredenciamento de profissionais competentes da rede de credenciados porque não são indicados – D		
Não há opções de escolha livremente de profissional – E		
Local de acesso, localização em função de usuários que não moram perto do núcleo - F		

Quadro 7 – dados da questão 4 do questionário
Os três prejuízos da implementação da Estratégia Saúde da Família.

Legenda 5 – Unidade de análise relativo ao real motivo da implementação da Estratégia de Saúde da Família pela empresa no quadro 8



Financeiro



Misto (financeiro e qualidade assistencial)



Qualidade Assistencial

Financeiro. Sabemos que o plano tem um custo e este custo, pela falta de controle na rede externa normalmente é muito alto. Com esta nova estratégia a empresa espera utilizar apenas os recursos financeiros necessários para prestar uma ótima assistência médica aos seus usuários por meio de ações de prevenção e reabilitação
Única e exclusivamente financeira
A utilização de recursos de forma imprópria. Com utilização de tecnologias sem necessidade real
Parece-me que foi fundamental a problemática da saúde financeira da empresa, pois já em 1996 estávamos passando por uma posições muito delicada nas contas da Caixa de Assistência, e uma mudança era inevitável
O custo da saúde associado as má administração dos recursos disponíveis
Acredito que além de cumprir com a missão de prestar a assistência integral a empresa esta visando redução de custos, tendo em vista que, que acolher e atender bem dentro da empresa pode cativar o usuários, fazendo com que ele venha para a unidade com os médicos de família, e não na rede
Há duas motivações: econômica que é evidente e de atenção a saúde do paciente
A saúde esta muito cara e cada vez mais avanços tecnológicos elevam os custos, então a racionalização destes custos aliado a uma melhor qualidade de vida da população atingida
Financeira e de cuidados
Os gastos com a saúde em uma proporção cada vez maior, e pouca qualidade da atenção
O motivo é a saúde do usuário, melhorar o atendimento e respeito a este trabalhador que da retorno ao banco ou já deu. Mas fazer economia nos dia atuais é importantíssimo. Não há como realizar um plano sem antes perceber impacto financeiro negativo.
A forma desarticulada em que os usuários estavam sendo cuidados pela rede de prestadores, em que cada especialista se dedicava a "cuidados" de um órgão ou função
A necessidade de prestar uma atenção integral à saúde dos usuários, investindo então no modelo assistencial da estratégia de saúde da família já praticado em outros países com evidências de sucesso
A melhoria da qualidade de vida e uma proposta de antecipar, no que for possível as enfermidades
Necessidade de um novo modelo de saúde que contemple as necessidades de saúde, promoção e reabilitação dos usuários com uma visão global e integral sobre a saúde do paciente

Quadro 8 – dados da questão 5 do questionário
O real motivo da implementação da Estratégia Saúde da Família pela empresa.

Um conhecimento maior por parte de todos os funcionários sobre a ESF
Rede que prestadores qualificados e de acordo com as necessidades dos usuários
Divulgação junto aos usuários sobre os resultados do ESF
Capacitação constante dos funcionários
Atenção de toda a empresa voltada para esta ação, áreas administrativas, pagamento de prestadores, central de atendimento e outros setores
Treinamento constante dos funcionários voltado para a estratégia
Estar apto e ter a visão de estratégia no atendimento de qualquer demanda do usuário
Propostas que melhorem os itens de informação, comunicação e relacionamento de nível gerencial
Divulgação aos associados e funcionários da empresa os dados estatísticos de economia e de resolutibilidade dos atendimentos. Poderiam ser divulgados casos de sucesso em atendimentos complicados e casos de sucesso de cuidados, mas que trouxeram resultados financeiros.
Maior aproximação com a rede de prestadores especialistas para trabalharem em parceria
Investimento em marketing dos trabalhos resultados desenvolvido pelas equipes de Saúde da Família
Maior número de especialistas
Maior número de médicos de família, pois as consultas demoram muito a serem marcadas e as pessoas podem acabar migrando para um médico da rede aberta
Divulgação da ESF para o interior e nas agências continuamente, com teatro, etc.
Maior treinamento para respostas mais corretas por parte dos atendentes administrativos e que sejam mais acolhedores

Quadro 9 – dados da questão 6 do questionário

Propostas e sugestões para implementação da Estratégia Saúde da Família pela empresa

