

**FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS SERGIPE
FANESE**

**ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE COLETIVA, COM
ÊNFASE EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

CARLOS ANTONIO SANTOS FORMIGA

**SAÚDE SUPLEMENTAR: MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E
GESTÃO ATRAVÉS DE INDICADORES ESF**

**Aracaju – SE
2020.2**

CARLOS ANTONIO SANTOS FORMIGA

**SAÚDE SUPLEMENTAR: MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E
GESTÃO ATRAVÉS DE INDICADORES ESF**

**Artigo apresentado à Coordenação do
Curso de Especialização em Gestão em
Saúde Coletiva, com Ênfase em Saúde da
Família, como requisito parcial para
obtenção do grau de especialização.**

**Orientador: Lavínia Aragão Trigo de
Loureiro**

**Coordenador de Curso: Lavínia Aragão
Trigo de Loureiro**

**Aracaju – SE
2020.2**

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, a expansão da cobertura de serviços básicos de saúde para a população aumentou significativamente nas últimas décadas, progressivamente impulsionada pela forte indução político-financeira- federal aos municípios que aderem ao modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF). Para superar a fragmentação das ações e serviços de saúde, a ESF surge como uma solução abrangente e prioritária no que se refere à expansão, consolidação e qualificação da AB, essencial para promover mudanças no atual modelo de assistência à saúde do país e para o funcionamento adequado da rede de atenção à saúde do SUS. (9)

Desta forma, a escolha da ESF como modelo na saúde suplementar não difere do Serviço Público de saúde, pois para ambos esse modelo é considerado como a principal forma de organização dos serviços de saúde para a mudança da lógica do modelo de atenção com ênfase no trabalho interdisciplinar e em equipe, coordenação de cuidados na rede de serviço, vínculo e responsabilização entre as equipe e população. Com intuito de obter resolutividade na atenção primária, evitando adoecimento da população e encaminhamento para os demais níveis de complexidades de cuidado, nos quais, geram custos elevados para a orçamentos da Saúde.

Utilizando o método de pesquisa documental, o presente estudo teve como objetivo avaliar as práticas e indicadores específicas da estratégia saúde da família utilizadas em operadora da saúde suplementar em relação aos princípios norteadores da Estratégia saúde da família preconizado pelo SUS.

O presente trabalho apresentou em sua fundamentação, um breve histórico da criação e consolidação do SUS no Brasil. Apontando o enfoque para os objetivos da Atenção Primária e princípios norteadores da Estratégia Saúde da Família. Além disto, possibilitou evidenciar a participação da saúde suplementar neste Sistema e as suas formas de regulação, finalizando com a importância dos indicadores como dados fundamentais para monitoramento, avaliação e gestão.

2. POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Diante da crise sócio-político dos anos 70, com o aumento exacerbado dos custos na área de saúde e diminuição da oferta de serviço à comunidade, a Organização Mundial da Saúde (OMS) preocupada com a crise do papel do Estado no setor da saúde, mediante a Conferência de Alma-Ata em 1978 discutiu e propôs ações para que os países garantissem “saúde para todos no ano 2000” (1).

Na década de 70, o Brasil iniciou um processo de expansão de cobertura assistencial com o objetivo de garantir serviços básicos para a população de baixa renda das periferias urbanas e das áreas rurais que não possuíam acesso aos serviços de saúde. Em 1975, iniciaram as discussões sobre a criação de um Sistema Nacional de Saúde na V Conferência de Saúde, as pressões políticas e empresárias da época levaram à implantação de programas específicos (saúde materno infantil, de alimentação e nutrição, controle da Esquistossomose, etc.). (2)

A Declaração de Alma-Ata indicava a extensão de cobertura com ênfase na atenção primária de saúde, portanto, o Governo Brasileiro ratificou a Declaração durante a Assembleia Mundial da Saúde em 1979, resultando na expansão de número de Postos, Centros e Unidades de Saúde. Eram programas e ações vinculados diretamente ao Ministério da Saúde.

No início dos anos 80, o Ministério da Saúde elaborou uma proposta de expansão de um modelo existente apenas na região Nordeste (PIASS) para todo o território nacional com o nome de PRÓ-SAÚDE, articulando-se uma proposta conjunta com o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Tal programa apresentava um conjunto de diretrizes que reforçava a atenção primária de Saúde (APS). Mas devido à crise econômica que se expressou como crise financeira da previdência social, aliada às oposições de Federações e Associações de Medicina e Hospitalar contra o PREV-SAÚDE, impediram a implementação. (2)

O período entre março de 1985 e março de 1988 caracterizou-se pelo desencadeamento do processo de Reforma Sanitária Brasileira. Na VIII Conferência Nacional de Saúde, foram elaboradas as bases doutrinárias para a Reforma, bem como a democratização da Saúde no País. “Saúde é um direito de todos e dever do Estado” é a síntese que defende o movimento de Reforma Sanitária, inserido no movimento de

redemocratização. Este movimento de caráter eminentemente popular, articulou o meio político e incluiu na Constituição o arcabouço jurídico do Sistema Único de Saúde (SUS).
(3)

O SUS é formado por instituições de vários níveis de governo (União, Estados e Municípios), pelo setor privado contratado e conveniado e propõe a mesma filosofia de atuação, mesma doutrina e sistemática em todo território nacional. Possui como princípios doutrinários (4):

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

Os princípios organizativos mais importantes são:

- Descentralização, com o poder de decisão cada vez mais próximo da realidade em que se encontra o problema;
- Caráter complementar do setor privado;
- Racionalidade, oferecendo os serviços de acordo com as necessidades da população;
- Eficiência e eficácia, garantindo resultados positivos para os usuários com aplicação adequada dos recursos, sem desperdício;
- Democracia e controle social – através da criação dos Conselhos de Saúde compostos por usuários, prestadores e profissionais de saúde; (MS, 1998)

O desenvolvimento da saúde no Brasil é um processo contínuo e árduo, o SUS vem enfrentando dificuldades na sua consolidação enquanto política e modelo, é comum escutar em diferentes âmbitos sociais que o SUS não segue as bases doutrinárias em que foi criado, justificado por impasses políticos-econômicos-sociais.

A dificuldade é refletida quando na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986 foi apresentada uma Carta de Intenções que apontava a Promoção de Saúde como processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde; Ação coordenada entre governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos; Políticas Públicas saudáveis; Desenvolver habilidades profissionais destes trabalhadores; e a Reorientação dos serviços de saúde⁵. Tais intenções, em pleno Século XXI, permanecem como os principais desafios do SUS.

2.1 ATENÇÃO BÁSICA E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

Entre os avanços, devemos comemorar a criação do Programa de Saúde da Família, em 1994, a criação das Agências Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), respectivamente em 1999 e 2000. (6). Portanto, a implementação da Política Nacional de Atenção Básica tem seu merecido destaque.

Ela estabelece as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), através da Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.

“A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de

risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.” (7)

Considerada a porta de entrada do sistema de saúde e o centro de comunicação com as demais redes de atenção, contato preferencial com os usuários, ela deve ser capaz de resolver as necessidades de saúde mais frequentes da população. Direcionada a todas as faixas etárias e a todas as condições de saúde por um conjunto de ações no âmbito individual e no coletivo. (7)

A atenção básica visa romper com a cultura do cuidado focado na doença, fortalecendo e garantido a saúde integral, coordenando a articulação entre os serviços de forma estratégica. Desta forma, o indivíduo deve ser valorizado integralmente, em seus vários aspectos: biológico, psicológico, espiritual, assim como seu contexto familiar, social, econômico e cultural. Levando em consideração o contexto em que o usuário está inserido, suas ações são desenvolvidas, geralmente, nas unidades de saúde, consultórios comunitários, escolas, asilos, ou outros locais próximos aos domicílios, de modo a facilitar o acesso das pessoas aos serviços prestados. (8)

Para operacionalizar o Sistema Único de Saúde (SUS) é necessário ampliação do acesso e melhoria da qualidade da Atenção Básica (AB), visando diminuir as iniquidades com relação à prestação de serviços de saúde, de modo a considerar a prioridade do primeiro contato, a longitudinalidade, o cuidado integral, a coordenação das variadas ações e serviços indispensáveis na resolução das necessidades dos usuários, além da orientação comunitária, com enfoque na família, tendo competência cultural para estabelecer o diálogo e reconhecer as distintas necessidades dos diversos grupos populacionais.

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado no Brasil pelo Ministério da Saúde em 1994 como “estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua”. Lançado como política nacional de atenção básica, com caráter organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional de assistência primária baseada em profissionais médicos especialistas focais. É conhecido hoje como "Estratégia de Saúde da Família", por não se tratar mais apenas de um "programa".

A escolha da Estratégia Saúde da Família (ESF) como principal forma de organização dos serviços de saúde para a mudança da lógica do modelo de atenção está pautada em características fundamentais como a responsabilização do profissional pela continuidade e logitunalidade do cuidado, a adscrição de um determinado território a ser cuidado pela equipe, permitindo assim o planejamento das ações conforme perfil epidemiológico, cultural, realidade sócio-econômica e, principalmente, as necessidades apresentadas por essa população. (10)

Torna-se fundamental a ampliação da cobertura das equipes. São itens necessários para a estratégia saúde da família equipes compostas por: médico de família, enfermeiro, técnicas de enfermagem, agentes comunitários. Cada equipe é responsável por cerca de 1.200 famílias ou 3.600 pessoas, em território definido. O processo de trabalho inicia-se pelo cadastramento das famílias, planejamento local das ações com base no perfil epidemiológico local, visitas domiciliares, atividades de promoção, prevenção e recuperação. (7)

Entre as principais características do processo de trabalho das equipes multiprofissionais que atuam no cuidado com os participantes, passam, necessariamente, pela interdisciplinaridade, vinculação, competência cultural, intersetorialidade e fortalecimento de uma gestão local que deve ser participativa/democrática.

Os princípios norteadores da Estratégia Saúde da Família – ESF é de suma importância para efetivação das ações de atenção integral, são eles (12) (13):

- Acesso: Diz respeito à facilidade do Sistema de Saúde em garantir aos usuários uma adequada localização e um atendimento ágil e de qualidade. Ou seja, é a capacidade de se obter de forma fácil e conveniente os cuidados necessários em saúde.

- Primeiro Contato: Implica a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema para os quais se procura atenção à saúde (8). O primeiro contato deve ser resolutivo e de fácil acesso, a fim de que permita que a população procure o serviço de atenção primária como contato inicial.

- Acolhimento: Constitui-se em tecnologia para a reorganização dos serviços, visando a garantia do acesso universal, resolutivo e a humanização do atendimento. O acolhimento pode ser visto em três dimensões: postura, técnica e princípio organizativo;

- Vínculo: proporcionar aos pacientes a familiaridade com os profissionais de saúde e na atenção à saúde, bem como dos profissionais de saúde com os problemas, necessidades e preocupações dos usuários, a fim de formular alternativas que as respondam. Assim como, estabelecer uma relação de confiança entre os profissionais de saúde e os usuários com suas famílias, o que contribui na construção da autonomia desses usuários, bem como no de transformar esses profissionais como referência para as questões de saúde

- Longitudinalidade: Atenção voltada para a pessoa, ao longo do tempo perpassando por todos os ciclos de vida, através de uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os usuários.

- Resolutividade: Está ligada à capacidade do serviço de saúde em colocar à disposição dos usuários as tecnologias necessárias para o atendimento adequado dos diversos problemas de saúde dos indivíduos, tanto em níveis individuais ou coletivos. Está relacionada à oferta de tecnologias e com o processo de trabalho que articula tais tecnologias, garantindo a integralidade do serviço em saúde.

- Territorialização: apropriação do espaço local enquanto prática do planejamento; limitação da área/território de trabalho da equipe de saúde; definição de uma população adstrita/restrita com o objetivo de conhecer a realidade das famílias com ênfase nas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas.

- Humanização: É o desenvolvimento das ações tecnicamente competentes e socialmente apropriadas a cada indivíduo, é a valorização da relação com o usuário e com sua família para estabelecimento do vínculo de confiança e respeito.

2.2 SAÚDE SUPLEMENTAR

O setor privado de assistência à saúde no Brasil ganhou forças a partir da Lei 9.656, em 03 de junho de 1998, denominando tal setor como Sistema de Saúde Suplementar. No ano seguinte, foi criada a Agência Nacional de Saúde com o objetivo de fiscalizar, avaliar e acompanhar o Sistema de Saúde Suplementar, visando estabelecer condições para o crescimento saudável do setor privado, equilibrando a relação entre consumidores, operadoras e prestadores de serviço. (10) (11)

Os Planos de Autogestão de Saúde surgiram nas grandes empresas nas décadas de 60 e 70 devido à possibilidade de, exercendo um controle com a participação do funcionário, haver melhoria na qualidade do atendimento e redução das despesas com assistência médica. Essa sistemática de benefício tanto pode ser administrada pela área de Recursos Humanos da empresa patrocinadora como de terceirizada, mediante a contratação de uma parceria especializada. Como hipótese básica é proposto um modelo de gestão com o objetivo de controlar e gerar informações gerenciais. (14)

Desde 1998 até o presente ano, as empresas da saúde suplementar enfrentam desafios para permanecerem ativas em virtude dos custos elevados do setor de saúde, resultando na diminuição gradativa do número de operadoras. Desta forma, as governanças dessas empresas traçam alternativas, dentro das regulamentações, para diminuir gastos e proporcionar saúde aos seus beneficiários. (15)

Uma delas, reconhecida e implantada no SUS, vem ganhando espaço na saúde suplementar, a Estratégia Saúde da Família. Considerada como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, apresenta-se para a saúde suplementar como um modelo de atenção integral à saúde que possibilita a redução de custos nos níveis de média e alta complexidade, setores de maior custo e conseqüentemente de maiores gastos ao serem utilizados.

A União Nacional das Instituições – UNIDAS, ressalta que as empresas de autogestão possuem características de maior cobertura e benefícios quando comparadas às exigências da Lei 9.656/98, associadas a isso um menor custo em relação as demais operadoras. Há um compromisso explícito com a qualidade da assistência aos seus usuários e pioneirismo na realização de ações voltadas à implementação de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças. Estudos demonstram que há maior concentração de usuários idosos que demandam mais pela assistência, quando comparadas às demais operadoras. (10) (11) (15)

2.3 INDICADORES

Nesse cenário, são crescentes a necessidade e o interesse em avaliar e monitorar os resultados e impactos produzidos nas práticas de cuidado. Sendo assim, a utilização da

avaliação vem se constituindo em importante estratégia qualificação das ações de cuidado à saúde dos indivíduos, da família e da comunidade.

Para o gerenciamento e avaliação deste modelo se faz necessário informações confiáveis e dados válidos para análise objetiva da situação sanitária e epidemiológica da população, assim como, na tomada de decisões e programação de ações de saúde. Neste intuito, os indicadores de saúde foram desenvolvidos para facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas com tal finalidade. (16)

Os indicadores representam ferramentas de medida essenciais. A qualidade da coleta e registro das informações são fatores importantes para a fidedignidade de um indicador. Quando esses são gerados e bem administrados em um sistema de informação, os indicadores se constituem em uma ferramenta importante no processo decisório em todos os níveis de gestão. (17)

“Em termos gerais, os indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde. A construção de um indicador é um processo cuja complexidade pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados, como a esperança de vida ao nascer.” (16)

3. ASPECTOS METODOLÓGICOS

No âmbito da abordagem qualitativa, diversos métodos são utilizados de forma a se aproximar da realidade social, sendo o método da pesquisa documental aquele que busca compreendê-la de forma indireta por meio da análise dos inúmeros tipos de documentos produzidos pelo homem. (18)

Os documentos são fontes de dados brutos para o investigador e a sua análise implica um conjunto de transformações, operações e verificações realizadas a partir dos mesmos com a finalidade de se lhes ser atribuído um significado relevante em relação a um problema de investigação. (19)

A coleta de documentos apresenta-se como importante fase da pesquisa documental, exigindo do pesquisador alguns cuidados e procedimentos técnicos acerca da aproximação do local onde se pretende realizar a “garimpagem” das fontes que lhes pareçam relevantes a sua investigação. (18)

Desta forma, a pesquisa foi realizada através do acesso restrito ao sistema de documentação de uma empresa de autogestão de saúde que organiza seus serviços com foco na Atenção Primária, elegendo a Estratégia Saúde da Família como seu modelo estruturante do sistema de saúde. Por este motivo de restrição, termos e denominações serão alteradas para manter o sigilo e voltarmos para o foco da maneira em que a Estratégia Saúde da Família é utilizada na saúde suplementar.

Vale ressaltar que tal empresa possui unidades de saúde nos 27 Estados Brasileiros. Os dados foram coletados em documentos específicos sob a responsabilidade do setor de Informação em Saúde diretamente relacionado a Estratégia Saúde da Família, são eles: documento de especificações dos indicadores estabelecidos pela gerencia de saúde no ano de 2016; e Acompanhamento e análise das ações da ESF. O primeiro, documentado através de um Grupo de Trabalho com representantes das 27 Unidades da empresa. O seguinte, um normativo com objetivo de orientar as unidades quanto ao a avaliação das ações da ESF.

Diante das especificidades dos documentos, foi escolhido como dado preferencial para análise as dimensões específicas das ações e práticas da ESF, que se define como “Avaliação dos processos de trabalho realizados nas Clínicas para o atendimento aos participantes cadastrados na Estratégia Saúde da Família com foco na Atenção Integral à Saúde com ações baseadas na prevenção, promoção, recuperação e reabilitação em todos os ciclos de vida.”. Destaca-se que outros indicadores utilizados pela empresa não serão abordados, são dados referentes a acordos de trabalho, programas (patologias crônicas) e rastreamentos (controle da população).

Estão inseridos nas dimensões das ações e práticas da ESF, os indicadores:

- Cobertura de atendimento da Equipe Saúde da Família à população cadastrada na ESF;
- Taxa de utilização da capacidade instalada do Médico de família para atendimento à população cadastrada;
- Taxa de cadastramento na ESF;
- Cobertura de atendimento do Médico de família à população cadastrada;
- Cobertura Atividade Coletiva

4. RESULTADOS E ANÁLISES

Será relatado aqui a forma como esses indicadores são sensibilizados, transparecendo a utilização dos parâmetros e dinâmica para garantir a efetuação da estratégia saúde da família como instrumento de cuidado em saúde da população cadastrada na saúde suplementar.

Vale ressaltar que a composição profissional da área de saúde sofre variação de acordo com o porte de cada Unidade. Pontua-se que basicamente a Equipe da ESF é composto por Médicos de Família, técnicas de enfermagem e equipe multidisciplinar (Assistente social, Enfermeiro, Psicólogo e/ou nutricionista), cada um destes realiza consultas e outras modalidades de atendimento para sensibilização dos indicadores. Veremos em seguida de forma mais descritiva.

4.1 COBERTURA DE ATENDIMENTO DA EQUIPE À POPULAÇÃO CADASTRADA

Tal Indicador é diretamente vinculado aos atendimentos realizados pelos integrantes das equipes. É o acompanhamento da população cadastrada que passou por pelo menos um atendimento com qualquer profissional de saúde (Médico de família, Assistente social, Enfermeiro, Psicólogo, nutricionista e técnicos de enfermagem) no período de cobertura.

O cálculo do indicador é realizado de acordo com o número total de cadastrados e os atendimentos realizados no período avaliado de 12 meses. A meta de cobertura é de

84% da população avaliada mensalmente, ativos no período acima relatado. Os dados são coletados no sistema de informação próprio da empresa e através dos registros nos prontuários eletrônicos.

O indicador é sensibilizado através dos tipos de atendimentos realizados pela equipe, são eles: consultas; retorno; atendimento familiar; por demanda espontânea; interconsultas com mais de um profissional; procedimentos; atividades coletivas e telemonitoramento, realizados em qualquer local (Clínica, Residência, hospital e telefone).

4.2 TAXA DE UTILIZAÇÃO DA CAPACIDADE INSTALADA DO MÉDICO DE FAMÍLIA PARA ATENDIMENTO À POPULAÇÃO – 100%

ESTE indicador é referente aos atendimentos realizados pelos Médicos de família sendo a população cadastrada ou não, em relação ao que é preconizado pela empresa da quantidade de atendimento por este profissional no período de 04 horas, desconsiderando dias de ausências. Atualmente está preconizado 12 atendimentos. A meta do presente indicador é de 100%.

Tem como objetivo aferir a capacidade de atendimento, avaliar a estrutura e processos instalados. A fonte, assim como os demais, também é pelo sistema e prontuários eletrônicos. Com periodicidade mensal. Os tipos de atendimento que sensibilizam os indicadores são: consultas vinculadas a medicina do trabalho; consultas de licença saúde e retorno ao trabalho; consultas; retorno; atendimento familiar; por demanda espontânea; Inter consultas com mais de um profissional; procedimentos. Em diferentes locais em que é possível o atendimento.

4.3 TAXA DE CADASTRAMENTO 100%

O presente indicador monitora a taxa e média de cadastramento da população na estratégia saúde da família. Mantendo um número de cadastramento constante reavaliado mensalmente, levando em considerações os descredenciamentos e a necessidade de novos credenciamentos até o último dia do mês avaliado.

As Metas definidas para cadastramento é acordada entre Sede e Unidade, levando em consideração a proporcionalidade da meta para as equipes instaladas por unidade.

Indicador com público específico, população cadastrada e vinculada a determinada equipe. Avaliado mensalmente, o período considerado é 12 meses, ou seja, pelo menos uma consulta anual para sensibilização do indicador. Os tipos de consultas e locais são os mesmos relatados nos demais indicadores. A meta do indicador é de 70%.

4.4 COBERTURA DE ATIVIDADE COLETIVA PARA À POPULAÇÃO CADASTRADA NA ESF - X

Atividade coletiva pode ser considerada eventos e ações voltadas para a promoção de saúde da população cadastrada. Realizados na Unidade, em ambientes de locais de trabalho e extra clínicas, como por exemplo espaços abertos existentes na comunidade.

Ao ser realizada a atividades as informações a respeito dos participantes são postados no sistema e em prontuários. O cálculo do indicador leva em consideração o nº de participantes cadastrados na ESF, que receberam atendimento coletivo, de qualquer profissional de saúde, pelo menos uma vez no período avaliado (12 meses). A avaliação do indicador é realizado mensalmente. Não há metas estabelecidas formalmente para este indicador. Vale ressaltar que as atividades levam em consideração as temáticas e calendário estipulados pelo Ministério da Saúde.

Os indicadores são distintos em relação aos da saúde pública. Contudo, levam em consideração os objetivos da estratégia saúde da família aqui citado. Realizando a correlação com os indicadores da empresa, temos os indicadores de *Taxa de utilização da capacidade instalada do Médico de família para atendimento à população* como forma de garantir atendimento da população cadastrada na ESF ou não. Desta forma, o acesso e o acolhimento (princípios da ESF) desta população são postos em prática pelas equipes da operadora.

Levando em consideração os princípios da Longitudinalidade que visa a atenção voltada para a pessoa perpassando por todos os ciclos de vida e o princípio da resolutividade que considera a oferta de tecnologias e dos processos de trabalho que garantam o cuidado do usuário e integralidade do serviço, temos os indicadores *Cobertura de atendimento da Equipe à população cadastrada* e *cobertura de atendimento com mf para à população cadastrada na esf* como formas de garantir a longitudinalidade e resolutividade, pois ambas tem a meta de atendimento anual da população e o indicador é reavaliado mensalmente.

Apesar de não utilizar o conceito de territorialização da maneira preconizada pelo SUS (delimitação territorial). O indicador *Taxa de cadastramento* monitora a taxa e média de cadastramento da população na estratégia saúde da família. Mantendo um número de cadastramento constante reavaliado mensalmente. Possibilita a definição de uma população cadastrada com o objetivo de conhecer a realidade das famílias.

As atividades coletivas aqui descrita são ferramentas que possibilitam educação e promoção a saúde. Pode ser inserida parcialmente na definição do princípio da humanização que considera desenvolvimento das ações tecnicamente competentes e socialmente, valorizando a relação com o usuário e com sua família para estabelecimento do vínculo de confiança e respeito.

5. CONCLUSÃO

As pesquisas realizadas neste trabalho, possibilitou evidenciar a escassez da utilização da Estratégia Saúde da Família pelas operadoras de saúde da saúde suplementar. São poucos as que utilizam de forma coerente com os princípios norteadores da ESF, talvez por ser uma atitude recente destas operadoras. A empresa aqui estudada a utiliza como formas de cuidados da população cadastrada e como forma de regulação dos seus serviços.

Os dados apresentados e analisados seguem em consonância com os princípios norteadores da Estratégia Saúde da Família. Os indicadores são distintos em relação aos da saúde pública. Contudo, levam em consideração os objetivos da estratégia saúde da família como por exemplo: acesso, acolhimento, vínculo, Longitudinalidade, Resolutividade, Territorialização e Humanização.

O presente trabalho foi motivado por uma especialização de gestão em saúde coletiva com ênfase em Saúde da Família como forma de obtenção de média para conclusão final do curso. Ao longo deste período, o curso deu propriedade teórica e prática para a realização da presente pesquisa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Declaração de Alma-Ata. Alma-Ata; 1978.
- 2 Paim JS. Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta saúde para todos. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social; 1998. (Série: Estudos em Saúde Coletiva, 175).
- 3 FUNESA. Atenção Básica no Estado de Sergipe – Saberes e tecnologias para implantação de um política. Livro do Aprendiz 5. Aracaju: FUNESA, 2011.
- 4 Ministério da Saúde. Incentivo à participação popular e controle social no SUS: Textos técnicos para conselheiros de saúde. 2º ed. Brasília; 1998
- 5 Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde. Carta de Ottawa. Ottawa, novembro de 1986.
- 6 Siqueira JE. 25 anos do SUS: o que há para comemorar?. Revista o Mundo da Saúde. São Paulo, 2013. 37(1): pg.56-64
- 7 Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2006
- 8 Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
- 9 Ministério da Saúde. Saúde em debate: Avaliação da Atenção Básica à Saúde no Brasil. Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Rio de Janeiro; 2014. 38:pg.221
- 10 Reis ML. Estratégia Saúde da Família no Sistema de Saúde Suplementar: convergências e contradições de uma nova proposta. [tese de mestrado] São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2008
- 11 Brasil. Lei nº9656, de 03 de junho de 1998. Dispões sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.
- 12 Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília; 1997.
- 13 Sobrinho LS, Carvalho MC, Benvindo PGM. Estratégia Saúde da Família como ferramenta de planejamento e gestão em saúde. [monografia] Brasília: Faculdade Laboro/Estácio - Pós-graduação de auditoria, planejamento e gestão em saúde.
- 14 Berbel JDS. Administração de Programas de Autogestão de Saúde: Gestão & Controles. São Paulo: Editora STS, 2000.

15 Promoção de Saúde: meta e compromisso da autogestão. São Paulo: UNIDAS – União Nacional das Instituições de Autogestão em saúde, 2007

16 Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / RIPSA. 2.ed. Brasília; 2008.

17 Ministério da Saúde. Análise dos indicadores da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil. Brasília; 2008. Série B. textos básicos de saúde.

18 Silva LRC, Damaceno AD, Martins MCR, Sobral KM, Farias IMS. Pesquisa documental: alternativa investigativa na formação docente. Anais IX Congresso Nacional de Educação. Paraná; 2009. Disponível em: http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2009/anais/pdf/3124_1712.pdf

19 CALADO, S.dos S; Ferreira, S.C dos R. Análise de documentos: método de recolha e análise de dados. Disponível em: <http://docplayer.com.br/12123665-Analise-de-documentos-metodo-de-recolha-e-analise-de-dados.html> [acesso: 04/09/2017]