

ALOÍSIO PUNHAGUI CUGINOTTI

**O USUÁRIO E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UMA
OPERADORA DE AUTOGESTÃO NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

**Tese apresentada à Universidade
Federal de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em
Ciências**

**São Paulo
2010**

ALOÍSIO PUNHAGUI CUGINOTTI

**O USUÁRIO E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UMA
OPERADORA DE AUTOGESTÃO NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

**Tese apresentada ao
Programa de Pós-
Graduação em Saúde
Coletiva – Área de
Concentração
Políticas,
Planejamento e
Gestão em Saúde do
Departamento de
Medicina Preventiva
da Universidade
Federal de São Paulo,
para obtenção do
Título de Mestre em
Ciências.**

**Orientação: Prof. Dr.
Luiz Carlos de
Oliveira Cecílio**

**São Paulo
2010**

Cuginotti, Aloísio Punhagui

O Usuário e a Estratégia Saúde da Família de uma Operadora de Autogestão no Município de São Paulo/São Paulo, 2010 – 111 p.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

1. Usuários
2. Saúde Suplementar
3. Operadoras de Planos de Saúde
4. Transição Tecnológica em Saúde
5. Saúde da Família

ALOÍSIO PUNHAGUI CUGINOTTI

**O USUÁRIO E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UMA
OPERADORA DE AUTOGESTÃO NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

Presidente da Banca:

Prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecilio.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Geovani Gurgel Aciole da Silva.

Prof. Dr. Nivaldo Carneiro Júnior

Profa. Dra. Eliane Cardoso de Araújo.

Profa. Dra. Silvia Maria Santiago

Dedico este trabalho à memória de meus pais, Domingos e Clementina, e à de minha sogra Elvécia, que com certeza ficariam muito felizes em saber desta conquista; a minha linda mulher e esposa, Ana Maria, mãe de meus quatro adoráveis filhos: Augusto, Aloísio Filho, Artur e Maria Giovana.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Luiz Cecílio, pessoa incomparável, beleza de alma, fortaleza de ideias e princípios, apoiador em todos os momentos e sempre disponível para corrigir, apontar o caminho e pavimentá-lo na direção correta em busca dos objetivos.

Ao Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq) e à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) pelo financiamento da pesquisa.

Ao grupo de pesquisa “Transição Tecnológica na Saúde Suplementar: uma avaliação na perspectiva do usuário” de onde surgiu a ideia, a força e o incentivo para a realização desta dissertação, nas pessoas de Luiz Cecílio, Rosemarie Andrezza, Consuelo Meneses, Eliane Araújo, Arthur Chioro.

Aos meus colegas do Departamento de Medicina Preventiva e aos funcionários administrativos, os quais me deram inteiro apoio quando solicitado.

À minha colega de sala e amiga, Eliana Tiemi Hayama, com quem compartilho as minhas dúvidas (que são muitas), meus anseios, meus ideais e minhas queixas.

”Os temas não humanísticos, tais como as estatísticas, os diagramas de fluxo, as finanças ou a alta tecnologia, são essenciais para administrar uma empresa bem-sucedida, mas as empresas não quebram por falta desse conhecimento tecnológico: seu fracasso tem a ver com as pessoas. As empresas que quebram parecem incapazes de aprender que as pessoas deixam de operar com efetividade não por serem incompetentes nos aspectos técnicos de suas tarefas, mas sim pela forma como são tratadas pelos demais e como elas tratam os demais”.

William Glasser.

RESUMO

OBJETIVOS: Apreender a percepção do usuário acerca das novas formas de produção do cuidado através do novo modelo, Estratégia Saúde da Família (ESF), e compreender como o usuário vivencia os processos assistenciais inovadores que compõem o movimento de transição tecnológica conduzido pela Operadora de Autogestão (OAG). **MÉTODO:** Pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso, realizada mediante técnica de entrevista com roteiro semiestruturado, grupo focal e entrevista aberta. Iniciada após prévia aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa e assinatura, pelos participantes, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os sujeitos são os administradores da autogestão, os trabalhadores da unidade assistencial e os seus usuários. **DISCUSSÕES:** A implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) como novo modelo assistencial, a transição tecnológica na saúde e o desafio de articular uma ampla rede credenciada com os serviços próprios (ESF). A forma como os administradores buscam aliados no Conselho de Usuários, órgão consultivo da operadora, e nos usuários aderidos que participam dos espaços das unidades próprias para vencer as resistências e barreiras culturais dos usuários não-aderidos. A utilização das duas portas de entrada no sistema, o credenciamento e os serviços próprios utilizados pelos usuários aderidos e não-aderidos à ESF. **CONCLUSÕES:** A imprecisão conceitual (de formulação) da estratégia, por parte da operadora, trouxe dificuldades operacionais para enfrentar o dilema central dessa empresa, ou seja, as duas lógicas assistenciais em disputa: a rede credenciada (modelo tradicional) e a estratégia (novo modelo). Não houve a esperada quebra de paradigma assistencial, de um modelo médico centrado para o outro. A transição tecnológica, apesar de percebida, é interpretada de forma diferente pelos dirigentes, funcionários e usuários “aderidos e não-aderidos”.

ABSTRACT

OBJECTIVES: Understand the user's perception about the new ways of health care production through the new model known as Family Health Strategy (FHS) and how the user experiences the innovative health assistance processes comprised by the technological transition movement carried out by the Self-Management Service Provider (SMSP). **METHOD:** Qualitative research developed as a case study through interviews with semi-structured script, focal group and open interview. The research started after previous approval by the Ethics Research Committee and after the participants signed the Informed Consent pertaining thereto. The subjects are the self-management administrators, the health care unit, and respective users. **DISCUSSION:** The deployment of the Family Health Strategy (FHS) as a new health care assistance model, the technological transition in health and the challenge to coordinate a wide accredited network with their own services (FHS). The way how the administrators search for allies in the User's Committee, a consulting entity related to the service provider, and the "adhered" users who participate in their self-owned units to fight against resistance and cultural barriers regarding the "non-adhered" users. The use of the two entrances to the system, the accreditation and the services used by both FHS "adhered" and "non-adhered" users. **CONCLUSIONS:** The conceptual (formulating) inaccuracy of the Strategy presented by the service provider generated operational difficulties to fight the central dilemma of the organization, i.e., the two assistance logics in conflict: the accredited network (traditional model) and the strategy (new model). The expected assistance paradigm shift of a centered medical model to another did not take place. Although perceived, the technological transition is interpreted differently by the leaders, employers, as well as by the "adhered and non-adhered" users.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABCD – Região Metropolitana da Grande São Paulo (Santo André, São Bernardo, São Caetano, Diadema)

CAPS – Caixas de Aposentadoria e Pensões

CASSI – Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil

CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

ESF – Estratégia Saúde da Família

FIESP – Federação das Indústrias do Estado de São Paulo

GF – Grupo Focal

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensões

IAPB – Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

NTT – Núcleo Tecnológico do Trabalho

OAG – Operadora de Autogestão

OMG – Operadora de Medicina de Grupo

PAD – Programa de Atendimento Domiciliar

PSF – Programa Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

TT – Transição Tecnológica

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

ÍNDICE

I – INTRODUÇÃO	p. 12
II – OBJETIVOS	p. 20
III – METODOLOGIA	p. 21
1) Coleta de dados primários	p. 25
2) Aspectos éticos	p. 30
3) Coleta de dados secundários	p. 30
IV – RESULTADOS E DISCUSSÕES	p. 40
1) Os dirigentes falam sobre a autogestão e a Estratégia Saúde da Família	p. 40
2) Escutando a equipe de uma unidade própria de saúde da capital	p. 57
3) Os usuários e a Estratégia Saúde da Família	p. 75
V – CONCLUSÕES	p. 103
VI – REFERÊNCIAS	p. 106
VII – SÍTIOS CONSULTADOS NA INTERNET	p. 108
VIII – BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	p. 109
IX – ANEXOS	p. 111

I – INTRODUÇÃO

A presente dissertação nasceu de minha participação na pesquisa *“Transição tecnológica na Saúde Suplementar: uma avaliação na perspectiva do usuário”*, realizada entre 2007 e 2009 na Universidade Federal de São Paulo, sob a coordenação de meu orientador. O objetivo deste estudo foi apreender a percepção do usuário acerca dos novos arranjos organizacionais da assistência à saúde como parte do que tem sido denominado de transição tecnológica na saúde suplementar.

A transição tecnológica (TT) refere-se às mudanças do conhecimento, do saber, representado pela nova compreensão do que é estar com saúde pelos seus agentes; pelos novos métodos de diagnóstico e tratamento; pelos protocolos e pelo relacionamento entre os diferentes atores de saúde, interferindo na produção dela.

Segundo Merhy (2000)¹ e Merhy & Franco² *“Transição tecnológica significa um novo padrão de produção do cuidado, que altera não apenas o modo de organização do processo produtivo, mas inverte o núcleo tecnológico do cuidado, configurando hegemonia das tecnologias mais relacionais, a partir do trabalho vivo em ato, ou seja, além das tecnologias leves, o protagonismo dos trabalhadores na produção do cuidado é central para definir um processo de mudança como o que é proposto na ‘transição tecnológica’. Significa operar na assistência com sentidos diferentes dos que existem no modelo ‘médico hegemônico, produtor de procedimentos’ pois tem sua ação voltada ao campo de necessidades dos usuários. É sempre um processo de construção social, política, cultural, subjetiva e tecnologicamente determinado. Assim, deve configurar um novo sentido para as práticas assistenciais, tendo como consequência o impacto nos*

¹ Merhy, E.E. *Reflexões sobre as Tecnologias Não Materiais em Saúde e a Reestruturação Produtiva do Setor: um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo*. Tese de livre-docência, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas. Campinas, 2000.

² Merhy, EE & Franco, TB *“Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica na Saúde”*. mimeo, s/d.

resultados a serem obtidos junto aos usuários e na resolução dos seus problemas”.

A pesquisa abrangeu duas operadoras do município de São Paulo: uma do tipo medicina de grupo e outra de regime de autogestão, também chamada de empresa com plano de saúde próprio, sendo que apenas essa última foi foco da presente dissertação.

A partir de 2003, a operadora em estudo optou por implantar a Estratégia Saúde da Família (ESF), com o objetivo de focar a atenção à saúde em equipe multiprofissional, com visão de integralidade da atenção, atividades de promoção e prevenção, enfatizando a utilização de tecnologias ‘leves’ (relacionais), em particular a criação de vínculo entre equipe e usuários, com a clara perspectiva de reduzir o considerado excessivo e pouco eficaz consumo de uma importante rede credenciada de serviços médicos ambulatoriais e hospitalares facilmente acessíveis pelos beneficiários.

A seleção das operadoras demandou bastante negociação e tempo, sendo que a aceitação de suas direções em participar da pesquisa coincidiu com seus interesses em saber como os usuários percebiam as novas formas de assistência que vinham experimentando.

O conhecimento do processo histórico de construção do sistema de seguridade social no Brasil é necessário para entender a criação e a evolução da operadora de autogestão estudada. No século XX, o sistema de saúde brasileiro seguiu a trajetória de outros países latino-americanos (México, Chile, Argentina e Uruguai), desenvolvendo-se a partir da previdência social. Foi quando surgiram as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS), inicialmente para os trabalhadores da estrada de ferro³.

O movimento dos trabalhadores brasileiros pela previdência social tornou-se mais evidente nas primeiras décadas do século passado e

³ ANS – acesso www.ans.gov.br em 30.01.2010, às 17h51min.

funcionou como estímulo para a regulação das relações do trabalho, em particular no Governo Vargas, entre 1930 e 1945.

“A criação do Ministério da Saúde (1953) e a incorporação extensiva da assistência médica configurou um modelo mais abrangente de previdência social” (Escorel, 2008)⁴.

A denominação *caixa de assistência* da autogestão estudada estava ligada ao surgimento das Caixas de Aposentadorias e Pensões (criadas pela Lei Eloy Chaves, 1923). Depois vieram os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), com destaque para o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários (IAPB), que congregava a categoria bancária (criado em 1934). Mais tarde, foram unificados no que se chamou Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que culminou no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), criado em 1974.

Nas manifestações pela redemocratização do País, as questões previdenciária e da saúde faziam parte da agenda de reivindicações como alternativas tradicionais de proteção social aos trabalhadores. Tal fato repetiu-se com relação aos trabalhadores bancários da empresa estudada: organizados, fundaram sua Caixa de Assistência (a autogestão estudada) na cidade do Rio de Janeiro, em 1944, com abrangência nacional e *“concebida na forma de uma associação de ajuda mútua: cada participante voluntariamente contribuía na proporção do salário recebido e podia fazer uso na medida de suas necessidades”* (Tollendal, 2002)⁵.

“Era uma associação que tinha a finalidade de suplementar e ampliar a assistência médica que era prestada pela empresa patrocinadora e pelo antigo IAP da categoria. Era mantida e administrada pelos próprios

⁴ Escorel, S. & Teixeira, L.A. *“História das Políticas de Saúde no Brasil”* In: Giovanella, L (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p.333.

⁵ Tollendal, F.A.P. *História da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil – 1944-2002*. mimeo, 2002.

funcionários, recebia a inspeção permanente da empregadora, a qual também fazia alguns aportes adicionais de recursos”⁶.

A entidade foi criada para atender aos interesses dos empregados da empresa e também da própria empresa patrocinadora porque, dessa forma, garantia os benefícios de assistência médica a todos os empregados e seus dependentes, facilitando a interiorização dos administradores pelo Brasil. Havia, é verdade, a cobertura do IAP. Porém, a realização dos eventos cirúrgicos não tinha a agilidade requerida pelos empregados, os quais acabavam por arcar com as despesas desses tipos de procedimentos. A criação de uma rede de profissionais referenciados foi a saída encontrada pela associação para garantir a qualidade na assistência de seus beneficiários.

Em 1970, o banco ao qual a associação estava ligada interveio na entidade de assistência, afastando a direção eleita e assumindo, a partir de então, a sua alta administração e os encargos administrativos. Tornou compulsória a filiação dos novos empregados e comprometeu-se em contribuir com o dobro dos aportes feitos pelos funcionários. *“Apesar do autoritarismo da intervenção, o caráter solidário da entidade foi respeitado e mantido e os associados participavam da direção e da fiscalização”* (Tollendal, 2002)⁷, se bem que em menor número. Nesse momento, a contribuição da patrocinadora era de duas vezes a dos empregados associados. Todos os que trabalhavam na entidade de assistência eram pagos pela patrocinadora, bem como as instalações ocupadas eram cedidas por ela. Tinha-se uma verdadeira tutela assistencial.

Até 1990, ou seja, 20 anos depois da intervenção de 1970, quando a sede mudou-se para o Distrito Federal, a entidade manteve o melhor plano de saúde do País, atuando com superávit financeiro.

⁶ Op.cit.

⁷ Tollendal, FAP. *História da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil – 1944-2002*. mimeo, 2002.

“Os pressupostos básicos que viabilizavam o plano de saúde eram, portanto, a existência do quadro de carreira (para os empregados da operadora), que garantia a estabilidade, o apoio da patrocinadora, que aportava a cota patronal e ainda fornecia, sem ônus, a mão de obra, as instalações materiais e todo o suporte administrativo”⁸

É indiscutível que a entidade de assistência à saúde fora construída sobre um fundamento ético inatacável: o da solidariedade *do* e *ao* grupo assistido. Mesmo durante o regime militar, esse princípio foi respeitado e permitiu à entidade sobreviver a todas as dificuldades durante cinquenta anos.

Chegaram, entretanto, as ideias neoliberais durante o Governo Collor e houve apropriação do saldo bancário da entidade em nome do combate à inflação e de “ajuda ao governo”. A partir daí, houve a dilapidação progressiva do patrimônio da entidade, até seu desaparecimento.

Um marco decisivo para a vida da entidade, podendo ser considerado como um divisor de águas de sua história foi a reforma estatutária de 1996, incentivada pela empresa patrocinadora e apoiada por parte do movimento sindical, com o discurso de “tirar a entidade assistencial do buraco”. Por tal reforma, buscaram novos recursos aumentando a contribuição para 4,5% do total da folha de pagamento dos empregados da empresa (anteriormente, a contribuição era de 3%). Ao mesmo tempo, administrativamente, começou a haver cobrança pelo uso que a entidade fazia de dependências da patrocinadora; estímulo à contratação de empregados próprios, retirando os cedidos pela empresa e a introdução de um discurso de “disputar o mercado da saúde” com abertura de Planos-Família e convênios de reciprocidade com outras empresas.

A homogeneidade dos usuários deixou de existir quando a carreira funcional foi extinta e os salários de ingresso na patrocinadora caíram a valores muito baixos e, com eles, as receitas da entidade. Além disso, a

⁸ Op.cit.

idade média de ingresso do empregado iniciante na empresa aumentou muito, com demandas por serviços de saúde e assistência maiores do que anteriormente.

Logo se viu que a elevação das contribuições dos associados não resolveu o problema financeiro de forma definitiva.

Outras maneiras de aumentar a arrecadação ou diminuir as despesas foram então propostas. Inicialmente, seria a mudança de modelo assistencial através de clínicas próprias. Posteriormente, pela Estratégia Saúde da Família e pelo ensaio, ainda que tímido, de experimentação de novos mecanismos de microrregulação, em particular do referimento para prestadores preferenciais.

Logo depois de promulgada a Constituição da República Federativa do Brasil (1988), a entidade mudou-se para Brasília (1989). A Carta Magna da República assegurou a participação da iniciativa privada no Sistema Único de Saúde (SUS) e, por conseguinte, validou as operadoras de planos de assistência à saúde, como participantes complementares do SUS. Os planos de assistência à saúde tiveram um importante crescimento nas décadas de 80 e 90. As grandes empresas estatais e algumas privadas criaram e administraram seus planos de saúde, caracterizando-se, assim, como entidades de autogestão, a exemplo da entidade estudada. *“Os planos de assistência médica, excluídos os de assistência odontológica exclusiva, se segmentam nas modalidades de medicina de grupo; seguro-saúde; instituições filantrópicas; cooperativas; autogestões; administradoras de planos abrangem cerca de 21,5% da população brasileira, ou seja, cerca de 41 milhões de pessoas”⁹.*

As operadoras, a partir de meados dos anos 90, vêm experimentando os novos modelos de assistência que implicam, centralmente, na tentativa de se encontrar novas tecnologias e alternativas ao *modelo médico hegemônico*, centrado quase que exclusivamente no profissional médico, buscando a incorporação de outros profissionais da saúde, novas formas de

⁹ ANS – acesso www.ans.gov.br em 30.01.2010, às 17h.51min.

trabalho e da organização do cuidado. Tudo isso, com certeza, é percebido pelos usuários, de forma mais ou menos clara e mais ou menos positiva, e as direções das operadoras aparentemente não tinham como conhecer bem essas percepções. A proposta da pesquisa de avaliar a percepção dos usuários sobre as mudanças em curso coincidiu, então, com o interesse das operadoras, que propiciaram o contato dos pesquisadores com os usuários.

Como os beneficiários dos planos de saúde entendem todas essas transformações experimentadas? Essa transição traria melhoria assistencial ou seria apenas uma forma de diminuir as despesas com a assistência médica?

Como mencionado anteriormente, para se compreender essas mudanças foram escolhidas duas operadoras para o estudo: uma do segmento mercantil da saúde, Operadora de Medicina de Grupo (OMG), e outra Operadora de Autogestão (OAG), de matriz mutualista, que é objeto deste estudo.

É interessante notar como essa modalidade de atenção de matriz mutualista, objeto da presente dissertação, não ficou imune às pressões de mercado e ao processo de transição tecnológica pelo qual passam as operadoras de planos de saúde, entre outras razões pelo encarecimento crescente do cuidado em saúde devido à incorporação tecnológica, à ênfase nas medidas curativas, quase sempre de baixo impacto sobre a saúde das pessoas.

Tais questões pressionaram a administração da OAG a procurar saídas para melhorar o cuidado e diminuir as despesas com a assistência à saúde. A Estratégia Saúde da Família foi lançada oficialmente em setembro de 2003, tendo como referencial principal a incorporação dos princípios da Estratégia Saúde da Família do Ministério da Saúde, em particular o trabalho do médico generalista e da equipe multiprofissional, com forte ênfase nas atividades de promoção e prevenção em saúde. Em São Paulo, a estratégia começou a ser implantada em 2006.

Diante da necessidade de adaptar-se às novas condições de operação e do mercado de saúde, a OAG estudada, por sua origem

mutualista e seus valores de solidariedade, sendo até mesmo pressionada a regular o acesso aos prestadores de serviços credenciados, utilizou como referência o modelo da ESF do Ministério da Saúde. Isso, em princípio, a deixa mais próxima do campo do Movimento Sanitário: a própria formatação da proposta, conforme relatos de seus dirigentes, foi feita com a participação de consultores oriundos daquele movimento.

A operadora não esperava, contudo, uma expressiva resistência à aplicação do modelo por parte dos associados, o que explica seu interesse pela pesquisa, na perspectiva de compreender melhor as razões para tal resistência.

II – OBJETIVOS

1. Apreender a percepção do usuário acerca das novas formas de produção do cuidado: no caso do presente estudo, a Estratégia Saúde da Família (ESF), bem como dos dispositivos de microrregulação usados pela operadora e a relação existente entre ambos;
2. Compreender como o usuário vivencia, em sua realidade concreta, os processos assistenciais inovadores que compõem o movimento de transição tecnológica conduzido pela Operadora de Autogestão (OAG).

III – METODOLOGIA

A pesquisa que embasou o presente trabalho é de caráter qualitativo, do tipo estudo de caso.

Minayo (1994)¹⁰ define a metodologia como “o caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade. Constitui-se no conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador”.

O enfoque central das metodologias qualitativas é o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, ou seja, a pesquisa qualitativa se preocupa com um nível da realidade que não pode ser quantificado, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas (Minayo, 1994).

Essa autora reforça também que “*a análise sociológica, por não desprezar aspectos essenciais da realidade, tem a possibilidade de esgotar o fenômeno social e assim, muitas vezes, teremos uma ‘resposta exata’ para ‘perguntas erradas ou imprecisas’*”¹¹.

Entre os vários tipos de abordagem qualitativa, optou-se pelo estudo de caso, o qual se caracteriza por enfatizar a interpretação em contexto, o que significa que, para uma apreensão mais completa do objeto, é preciso levar em conta sua inserção social e as interações em que ele se situa.

Robert Stake & Robert Yin (2000 e 1984)¹² trouxeram importantes questionamentos sobre a natureza dos estudos de caso e a questão da generalização ou da aplicabilidade do conhecimento gerados por esse tipo de pesquisa em outros contextos. Como lembra Stake (2000), “*os pesquisadores sempre buscam tanto o que é comum quanto o que é particular em cada caso e, para isso, é preciso estar a par da discussão corrente*”. Na verdade, o que tanto Yin como Stake negam é que, com base nos estudos de caso, seja possível fazer generalizações de tipo estatístico. Contudo, nenhum dos dois desconhece a

¹⁰ Minayo, MCS *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde*. Editora: Hucitec. Editora: ABRASCO. Rio de Janeiro, 1994. p.22.

¹¹ Idem. p.30.

¹² Stake, R E Case studies. In: Denzin, N K & Lincoln, Y. S. (ed.) *Handbook of qualitative research*. London: SAGE, 2000. p. 435-454. Yin, RK. *Case study research: design and methods*. Editora: SAGE. London, 1984 e USA, 1990.

importância de se ir além do caso, tanto que cada um deles propõe uma forma alternativa de generalização, ambas defensáveis, ambas adequadas aos estudos de caso, ambas permitindo a acumulação do conhecimento. Há concordância desses autores em que o estudo de caso qualitativo *“constitui uma investigação de uma unidade específica, situada em seu contexto, selecionada segundo critérios predeterminados e, utilizando múltiplas fontes de dados, que se propõe a oferecer uma visão holística do fenômeno estudado. Os critérios para identificação e seleção do caso, porém, bem como as formas de generalização propostas, variam segundo a vinculação paradigmática do pesquisador, a qual é de sua livre escolha e deve ser respeitada. O importante é que haja critérios explícitos para a seleção do caso e que este seja realmente um ‘caso’, isto é, uma situação complexa e/ou intrigante, cuja relevância justifique o esforço de compreensão”*¹³.

Yin (1990) ensina que *“as conclusões deverão ser específicas, com possíveis inferências (não estatísticas) e explicações permitindo que as generalizações sejam usadas como base para novas teorias e modelos”*.

Para Velsen (1987)¹⁴, o método de estudo de caso detalhado, denominado *análise situacional*, refere-se à coleta efetuada de um tipo especial de informações detalhadas, mas também implica o modo específico em que essa informação é usada na análise, sobretudo a tentativa de incorporar o conflito como aspecto normal do processo social. A análise situacional dá maior importância à integração do material de caso a fim de facilitar a descrição dos processos sociais, dando também maior ênfase ao processo. Pode ser, portanto, particularmente apropriada para o estudo de sociedades instáveis e não-homogêneas. Baseia-se na suposição que as normas da sociedade não constituem um todo coerente e consistente. São, ao contrário, frequentemente vagas e discrepantes. É exatamente esse fato que permite sua manipulação por parte dos membros da sociedade, no sentido de favorecer seus próprios objetivos sem necessariamente prejudicar sua estrutura aparentemente duradoura de relações sociais. Por isso a análise situacional enfatiza o estudo das normas em conflito.

¹³ Alves-Mazzotti, AJ. *“Usos e abusos dos estudos de caso”*. Cad. Pesqui. vol.26 no. 129. São Paulo, 2006.

¹⁴ Velsen, VA *“Análise Situacional e o Método de Estudo de Caso Detalhado”*. In: Bianco BF (Org.) *Antropologia das Sociedades Contemporâneas – Métodos*. Editora: Global Universitária–Antropologia, 1987.

*“O estudo de caso, também conhecido como pesquisa sintética de caso, é uma estratégia na qual o pesquisador decide trabalhar sobre uma unidade de análise e, nela, a observação do caso se faz no seu interior, sendo que o potencial explicativo desta estratégia provém da coerência da estrutura das relações entre os componentes do caso e da coerência das variações dessas relações no tempo. Assim, o potencial explicativo decorre da profundidade da análise do caso e não do número de unidades de análises estudadas”*¹⁵

Autores como Goode & Hatt (1973) consideram-no um meio de organizar os dados sociais preservando o caráter unitário do objeto estudado, consistindo numa abordagem que considera qualquer unidade social como um todo, ainda que não logre – como outras técnicas também não fazem – apreender o objeto em toda a sua unicidade. A adequação dos dados é conduzida e conferida pelo próprio problema que norteia a pesquisa. Conseqüentemente, este método não é considerado capaz de captar o único, mas afigura-se como uma tentativa de manter juntas, como uma unidade, as características marcantes e importantes para o problema sob investigação, sendo que *“a manutenção do caráter unitário do caso é auxiliada pela amplidão e níveis acrescentados aos dados obtidos, o uso de índices e tipologias, e a ênfase na interação na dimensão de tempo”*¹⁶.

*“A validade interna desses estudos depende, por um lado, da qualidade e da complexidade da articulação teórica subjacente ao estudo e, por outro, da adequação entre o modo de análise escolhido e o modelo teórico”*¹⁷.

*“Quanto à validade externa, mais do que uma generalização estatística, os estudos de caso visam uma generalização analítica, baseada no confronto da configuração empírica de vários casos similares ou mesmo na facilidade com que se pode transferir ou reproduzir um determinado programa em outros meios”*¹⁸.

¹⁵ Contandriopoulos, 1994; Deslandes, SF. *“Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde”*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, 1997.

¹⁶ Goode, W. & Hatt, P. *Métodos em pesquisa social*. Companhia Editora Nacional São Paulo, 1975. p.432-433.

¹⁷ Denis, Jean-Louis; Champagne, F.; Contandriopoulos, AP; Pineault, R. A Avaliação Na Área da Saúde: Conceitos e Métodos. IN: Hartz, ZMA(org). *“Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas”*. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2000

Para Velsen (1987)¹⁵, durante a coleta e apresentação de dados sobre o comportamento real dos indivíduos, deve-se referir sempre às normas que dirigem, ou que são tidas como dirigentes desse comportamento. Assim, estaremos em condições de avaliar se o desvio de certas normas é geral ou excepcional, por que tal desvio ocorre, e como sua ocorrência é justificada. O pesquisador deve procurar saber, em cada ocasião, as opiniões e interpretações dos atores e também as de outras pessoas, não com a finalidade de saber qual é a visão certa da situação, mas para descobrir alguma correlação entre as várias atitudes e o status e papel daqueles que tomam aquelas atitudes.

Portanto, o trabalho de campo é fruto de um momento relacional e prático, ou seja, aquilo que no cotidiano nos aflige e nos inquieta se torna um objeto de estudo a ser pesquisado. Essa produção requer sucessivas aproximações na direção do que se quer conhecer e do que se pretende descobrir.

Segundo Thiollent (1981)¹⁸, questionários e entrevistas são considerados como técnicas de observação direta, uma vez que as pessoas investigadas estabelecem um contato efetivo e estão implicadas no problema investigado, enquanto a observação indireta consiste na análise de documentos ou de imagens relativos ao fato.

Através da entrevista, que é o procedimento mais usual do trabalho de campo, o pesquisador buscará obter informes contidos na fala dos atores sociais.

No presente estudo, foram utilizadas as técnicas de entrevista com roteiro semiestruturado, grupo focal e entrevista aberta. Todas as entrevistas e encontros foram gravados após assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido.

Foram entrevistados: a direção regional da operadora, o gerente de uma unidade assistencial da ESF e uma beneficiária que exigiu ser ouvida pelos entrevistadores ao saber da pesquisa. Foram realizados grupos focais com o gerente e toda a equipe multiprofissional de uma unidade assistencial, com membros do Conselho de Usuários da entidade, com um grupo de usuários considerados aderidos e com um grupo de usuários considerados não-aderidos à ESF.

¹⁸ Thiollent, M. *Crítica metodológica, investigação social e enquete operária*. Livraria e Editora Pólis Ltda. São Paulo, 1981.

Pela direção regional da operadora, participaram da entrevista o gerente regional, a coordenadora das unidades assistenciais e a gerente de produtos. No grupo focal realizado em um dos módulos assistenciais da ESF, participaram o gerente local e toda a equipe multiprofissional (oito pessoas). No grupo focal (GF) dos aderidos, participaram dezoito pessoas; no grupo focal dos não-aderidos participaram dez associados; No grupo focal do Conselho de Usuários, estiveram presentes sete participantes, com idade entre 35 e 60 anos. O módulo assistencial trabalhado foi indicado pela própria direção da operadora por considerá-lo *o mais completo*. Posteriormente, ao grupo focal com a equipe, os pesquisadores voltaram ao módulo assistencial para uma entrevista com o gerente visando nova coleta de dados e esclarecimento de dúvidas.

O grupo de aderidos era constituído, basicamente, de funcionários aposentados da empresa patrocinadora e participantes do grupo da terceira idade e os não-aderidos, também aposentados, porém com faixa etária maior.

O grupo focal com os usuários considerados não-aderidos foi realizado na associação dos aposentados, visando a garantia de um território mais neutro, fora das instalações da entidade, para que as pessoas pudessem se expressar mais livremente.

Outra forma de coleta de dados utilizada foi a de fontes secundárias, tais como relatórios, páginas da operadora na Web, informativos e outros documentos que pertencem ao arquivo pessoal do mestrando. Todo o material foi submetido à análise documental.

O relatório final de pesquisa enviado à agência de fomento foi apresentado e discutido com a direção da operadora.

A coleta de dados

Dados primários

Com o objetivo de caracterizar a operadora e também a Estratégia Saúde da Família, foram realizadas reuniões com a direção da operadora em São Paulo. A primeira delas ocorreu com a equipe de gestão regional da empresa, tendo

participado o gerente regional, a coordenadora das unidades assistenciais e a gerente de produtos. O gerente regional é o que tem a tarefa de implantar a ESF no Estado de São Paulo, seguindo as diretrizes da sede nacional da OAG, em Brasília. Nessa reunião, foi acordada a realização da pesquisa junto aos usuários dessa nova modalidade de atenção implantada pela operadora e denominada por eles simplesmente de estratégia. Inicialmente, e de comum acordo com os dirigentes da empresa, tinha-se em mente a possibilidade de um recorte que contemplasse, na medida do possível, três segmentos de usuários: (1) usuários aderidos à ESF; (2) usuários parcialmente aderidos ou que pelo menos tivessem eventualmente contato com a ESF; e (3) usuários que não aderiram ao programa.

Conforme visto anteriormente, a empresa indicou uma das cinco unidades que estão operando a ESF no município de São Paulo para a realização do trabalho de campo, com a justificativa de ela ser a unidade que, naquele momento, se apresentava com sua equipe completa.

Após a caracterização inicial da operadora, feita pela sua direção regional e pela equipe de gerência de uma das unidades, foram necessárias algumas modificações no plano geral de seleção dos usuários. Achamos que seria importante iniciarmos nossa escuta dos usuários conhecendo o posicionamento do Conselho de Usuários frente à ESF, mas havia a dificuldade de reunião de seus membros que, algumas vezes, procediam de outros municípios. Em comum acordo com a direção da operadora, estabeleceu-se que seria feito um contato com esse grupo em um dia de sessão ordinária do Conselho, nas dependências da sede da operadora.

Posteriormente, e também mediante indicação da equipe da unidade assistencial estudada, optou-se por selecionar outro grupo de usuários pertencente a um grupo de vivência da terceira idade, que faz parte da ESF, participação esta que subentenderia certa adesão ao programa analisado. Esse foi o grupo de usuários aderidos. O encontro com esse grupo foi realizado na própria unidade de ESF.

Além desse grupo, foi também providenciado, pelo gerente, o encontro com um grupo de usuários não-aderidos à ESF, dessa vez em espaço fora da unidade, na sede da associação dos aposentados da empresa patrocinadora.

Todos os contatos com os usuários foram feitos pela operadora, seja por sua diretoria, seja pela própria equipe de gerência da unidade. Isso foi considerado pelos

pesquisadores como um ponto favorável, sinalizando relação de confiança entre as partes envolvidas, o que facilitou o acesso aos usuários.

A técnica utilizada com todos os grupos selecionados de usuários foi a de grupo focal (GF). Seguem algumas considerações acerca da utilização dessa técnica nos diferentes grupos, bem como de algumas das principais características de cada um deles.

Os grupos focais realizados com os usuários: uma breve descrição

Com representantes do Conselho de Usuários

Apesar de o grupo focal ter sido realizado em dia de reunião ordinária do Conselho de Usuários, a presença de usuários foi pequena (sete membros), aparentemente pelo fato de a data estipulada ter sido a véspera de um feriado. Inicialmente, foram dispostos os objetivos e as características da pesquisa e feita a apresentação da equipe. Os participantes foram identificados através de uma tarjeta com um nome de fantasia (Seus respectivos apelidos atuais ou de infância), no sentido de se garantir o anonimato e possibilitar que a conversa transcorresse livremente.

Ainda que o Conselho de Usuários como um todo não seja um grupo homogêneo, abarcando diversas visões em relação à estratégia, os usuários presentes ao grupo focal representaram, pelo menos na aparência, um grupo comprometido com a veiculação do discurso da ESF e com sua viabilização dentro da operadora.

É importante ressaltar que esse é um grupo de usuários extremamente esclarecido e diferenciado do restante dos usuários do mercado de Saúde Suplementar, e que, ao lado de constituir uma “massa crítica” em relação à ESF, assume simultaneamente o papel de representante dos usuários e, de certa forma, da própria operadora, uma vez que vocaliza um discurso muito próximo ao da direção dessa operadora. Muitas vezes, isso soa, de um lado, como a transferência de um discurso de feições “preventivistas” e, de outro, como preocupação com as modernas tendências do mercado em uma sociedade globalizada. Talvez esse seja o grupo de usuários mais afinado com a ESF e comprometido com a reprodução de um discurso intencionalmente construído para usuários formadores de opinião.

É interessante observar que esse grupo de usuários também tem uma certa ambivalência em sua formulação, isto é, comportam-se como usuários dupla-face, porque se manifestam ao mesmo tempo como usuários e como representantes de uma ala mais favorável à ESF, no seio de uma entidade estreitamente vinculada à estrutura administrativa da operadora.

Com usuários aderidos à ESF e pertencentes a grupos de vivência da terceira idade na unidade assistencial estudada

Esse grupo de usuários foi arregimentado pela gerência da equipe da própria unidade, a partir de um grupo de vivência da terceira idade que teria atividades educativas no mesmo dia em que foi realizado o grupo focal e que utiliza a ESF, ainda que não exclusivamente. Reconhece-se aqui a superposição existente entre um grupo composto por usuários aderidos ao programa e pertencentes a um grupo educativo proporcionado pela própria ESF, o que certamente tem implicações na percepção que faz da estratégia, com maiores possibilidades de lhe atribuir valores positivos. Os participantes, em torno de 18, foram também identificados com nomes de fantasia para se garantir o anonimato. Eles também assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido sem restrições.

O conjunto de respostas e considerações feitas pelo grupo conformou um discurso ainda bastante homogêneo, em que se teve a impressão, em alguns momentos, de que todos se empenhavam para demonstrar adesão ao programa, mesmo quando não o utilizavam realmente ou o faziam de forma parcial, ou seja, sem deixar de recorrer à rede credenciada.

Com esse discurso, davam a impressão de tentativa de encaixe no que imaginavam que se esperava deles e, em certos casos, de que alguns dos membros do grupo participaram do processo de implementação da ESF na operadora. Esse grupo mostrou grande entusiasmo com a estratégia e apresentou um discurso aparentemente muito favorável a ela, dando pouca margem ao aparecimento de uma expressão mais crítica, vislumbrada apenas em algumas “fissuras” (divergências) quando o grupo se desfez, através de um testemunho pessoal feito de forma reservada por uma participante do GF. De um modo geral, foram manifestações marcadas por um tom quase apologético à ESF, de extrema satisfação e de gratidão em relação à atenção recebida e, novamente, reproduzindo a linguagem do discurso oficial. Na própria dinâmica do grupo foi possível perceber,

apesar de utilizarem a ESF e participarem de suas atividades, que não deixam de acessar a rede credenciada de modo livre, mantendo os vínculos com seus médicos há vários anos. Isso já nos pareceu uma indicação dos problemas da estratégia.

Grupo focal com usuários não-aderidos

Conforme demanda inicial dos pesquisadores, e também percebendo os possíveis limites do grupo anterior e a necessidade de uma maior exploração da temática da pesquisa, o gerente da unidade pesquisada viabilizou a realização de um encontro com os usuários não-aderidos à ESF, que, grosso modo, também compõem o universo da faixa etária acima de 60 anos dessa operadora. Alguns dos participantes chegaram a ocupar cargos de representação na Operadora e no Conselho de Usuários.

Como era de se esperar, esse grupo focal, constituído por dez participantes, foi não apenas extremamente crítico em relação à estratégia, como seus participantes questionaram a própria fundamentação metodológica da pesquisa, o que demandou um longo período de tempo antes da realização do grupo focal propriamente dito. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e preferiram ser identificados por seus nomes reais, recusando-se a ocultação por meio de nomes de fantasia.

Entrevista aberta com usuária não-aderida

Realizou-se uma entrevista nas dependências do Departamento de Medicina Preventiva com uma usuária que deveria ter feito parte do grupo focal dos usuários não-aderidos. Impossibilitada de comparecer ao grupo no dia estipulado, fez uma solicitação enfática ao gerente da unidade para dar uma entrevista individual, em virtude de seu grande interesse em se posicionar perante a estratégia.

Observações e depoimentos fora do espaço formal dos grupos focais

É importante registrar que algumas informações relevantes foram obtidas informalmente após a realização de dois grupos focais.

Após a realização do GF com o Conselho de Usuários, adentraram no recinto outros membros desse conselho para participarem de sua sessão ordinária. Um deles se manifestou espontaneamente e de forma bem contundente sobre suas dúvidas e críticas em relação à efetividade da ESF para doenças graves.

Também após a realização do GF com usuários aderidos (do grupo de vivência da terceira idade), uma participante dirigiu-se a uma das pesquisadoras para matizar a opinião que havia dado no GF. Apesar de elogiar a ESF, expressou algumas dúvidas relacionadas a ela, bem como sua insegurança em relação ao descredenciamento de profissional médica que lhe acompanhava havia muitos anos e que não fora substituída adequadamente após indicação de outra profissional pela médica da estratégia.

Todas as entrevistas e grupos focais foram gravados em fita magnética e/ou em meio digital. Posteriormente, foram transcritas e revisadas pelos pesquisadores, constituindo o material empírico da pesquisa.

Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (CEP-UNIFESP). Todos os usuários e dirigentes que participaram da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Dados secundários

Os dados secundários foram obtidos através de pesquisa no sítio da operadora e consultas a documentos¹⁹.

Análise dos dados

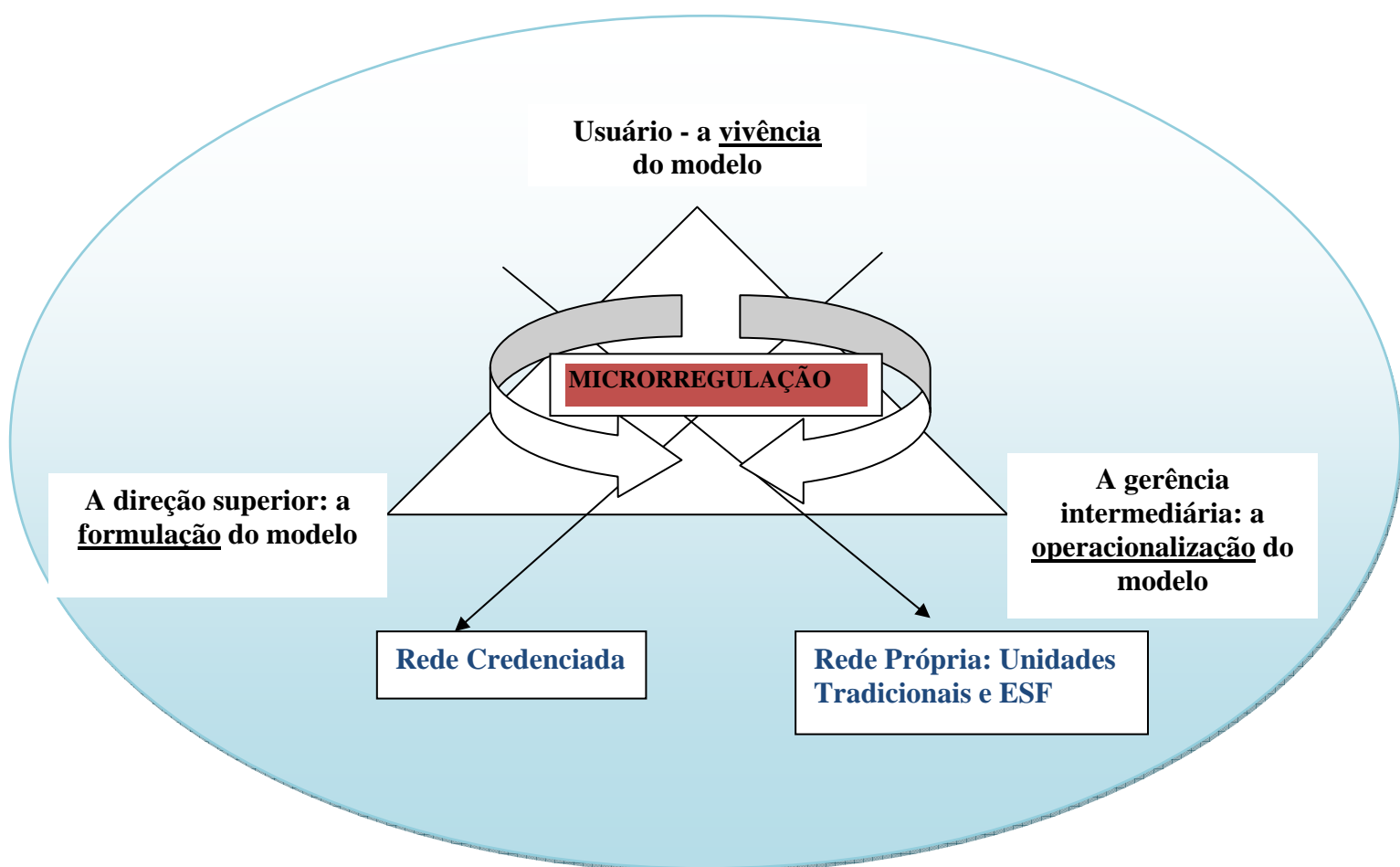
O espaço de construção da investigação – os seminários de pesquisa

Os seminários de pesquisa constituíram o espaço de construção da própria investigação. A equipe de pesquisadores sempre compartilhou todos os momentos avaliativos e definições dos caminhos metodológicos do estudo. Minha participação se deu em todos os momentos. Nesses seminários, as discussões trouxeram o aporte teórico necessário para a execução do projeto, em particular para a elaboração dos instrumentos e técnicas de coleta das informações para todas as

¹⁹ Cadernos das reformas estatutárias de 1989, 1992 e 1996. Relatório anual de 2003, 2004 e 2007. Informativos CASSI-SP. CASSI: Transição dos Dependentes Indiretos, Jornal da CASSI (vários) - Publicação da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil. Diversas publicações de Associações de Funcionários do Banco do Brasil e do Sindicato dos Bancários.

etapas do trabalho de campo. Alguns seminários foram gravados em fita magnética e/ou arquivo digital e, posteriormente, transcritos. Foram 1.032 minutos e 19 segundos gravados (aproximadamente 17 horas). Para a operadora estudada, foram 605 minutos e 19 segundos (aproximadamente 10 horas). A decisão da utilização de parte dos achados da pesquisa para a elaboração da presente dissertação foi discutida e decidida nesses seminários compartilhados.

Esquema analítico para sistematização preliminar dos dados: o triângulo para organização dos achados empíricos.



No vértice da FORMULAÇÃO (a direção superior), buscamos apreender o discurso oficial da operadora, a idealidade do modelo tecnoassistencial proposto, sua origem e o que motivou sua alta direção a adotá-lo. Os motivos pelos quais a OAG resolveu adotar a ESF certamente não são de todo conhecidos. Sabe-se, pelos depoimentos colhidos, que houve um dilema para entrar no mercado da saúde,

lucrativo e sabidamente competitivo, com a sua história de ter sido uma operadora voltada exclusivamente para seus funcionários, cujos valores são a solidariedade e o fato de não tratar seu campo de atuação como fonte de lucro. A descrição da operadora poderá esclarecer, com mais detalhes, a linha percorrida para a implantação da Estratégia Saúde da Família.

A direção nacional da operadora, influenciada pelo movimento sindical da categoria, valeu-se então de consultores, oriundos dos serviços públicos de saúde, para melhor conhecer a proposta da ESF do Ministério da Saúde. Tal opção parece ter se dado pelo fato de a direção vislumbrar, naquela estratégia, diretrizes e princípios que inicialmente prometiam dar conta de um duplo movimento: qualificação da assistência e, ao mesmo tempo, certa racionalização no uso dos recursos, em particular pela combinação da atuação do médico generalista com responsabilidade de fazer uma melhor gestão dos casos, reforçada com atividades de promoção e prevenção e forte apoio no trabalho multidisciplinar. Com isso, os dirigentes procuraram não se afastar de um dos pilares da criação da operadora, ou seja, de tratar as questões de assistência à saúde, de forma solidária, ética, sem fins lucrativos. Assim, esperavam um forte vínculo com os usuários pelos serviços oferecidos, provável diminuição das despesas, diminuição da rede de credenciados com a implantação da rede de referenciamento. Entende-se por credenciamento a livre escolha dos prestadores pelos usuários, modelo tradicional, diferente do referenciamento em que os prestadores teriam maior vínculo com a operadora através de acordos, da referência e contrarreferência, de fornecimento de relatórios para acompanhamento posterior pela equipe multiprofissional da unidade assistencial da operadora.

Os contatos com as equipes responsáveis pela operacionalização dos programas e/ou equipes de gerência intermediária – o outro vértice do triângulo – permitiu-nos outra aproximação ao objeto porque foi possível, a partir desse momento, compreender em que contexto institucional ocorria a OPERACIONALIZAÇÃO dos programas definidos como novas modalidades de atenção em saúde; como se aproximavam e/ou se distanciavam da idealidade e da racionalidade proposta nos distintos modelos.

Por fim, na ponta do triângulo referente aos usuários (a vivência do modelo), sistematizamos todo o material coletado nos grupos focais com os usuários aderidos e não-aderidos, para compor um quadro mais completo da operadora estudada.

Em relação aos usuários, não havia a intenção de se fazer uma avaliação do tipo satisfação (bom, muito bom, etc.), bastante comum na década de 70, quando a meta era estabelecer o grau de satisfação com o consumo, sendo simplista e pobre, como indicador e forma de medir, como investigação científica, ligada ao consumismo e que *“talvez explique o fato de a literatura ter menosprezado o tema e sua importância na teoria do processo avaliativo, o que faz com que os resultados sejam produzidos sem a explicitação de referenciais teórico-metodológicos e as avaliações de satisfação de usuários se mostrassem inaptas em fornecer um modelo teórico-conceitual consistente para contemplar a sua complexidade”*²⁰.

O que se pretendeu foi compreender e analisar as experiências individuais e dos grupos para buscar o entendimento da apreensão dos usuários de como e o quanto eles percebem essas transformações tecnológicas na assistência à saúde, os mecanismos microrregulatórios, começando pela porta de entrada, pelo cadastramento, pela equipe multiprofissional e pelo médico generalista.

A OPERADORA ESTUDADA

A Autogestão (OAG) estudada tem mais de 60 anos e abrangência nacional, com mais de 700 mil participantes (100%). O Estado de São Paulo conta com 126 mil (16,8%). Na Grande São Paulo, há 55 mil beneficiários (7%). No município de São Paulo há 38.597 beneficiários (5%). Entre eles, 19.483 se encontram distribuídos no Plano-Associados, 12.601 no Plano-Família e 6.513 no Convênio Reciprocidade²¹.

No ano de sua fundação, havia 3.500 associados. Esse crescimento foi motivado pela expansão do número de funcionários, dependentes diretos e indiretos,

²⁰ Esperedião M.A., Trab Lab. *Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais*. Cad. Saúde Pública. 22(6), 2006. p.1267-76.

²¹ O convênio de reciprocidade é a relação estabelecida entre entidades congêneres ou com outras operadoras de planos privados para utilização recíproca de suas redes de assistência médico-hospitalar e odontológica. www.cassi.com.br acessado em 15.06.09 às 14h10 e *Diretoria Regional da Operadora. Gerente de Divisão Atenção à Saúde* (e-mail de 30.04.09).

convênios de reciprocidade, planos de saúde-família, conforme descrito a seguir. No entanto, o crescimento inicial deveu-se à deterioração dos serviços médico-hospitalares oferecidos aos empregados da empresa desde a extinção dos Institutos de Aposentadoria e Pensão, gerando uma corrida aos serviços médicos próprios.

A operadora passou por inúmeras reformas estatutárias, por marcadas influências políticas em sua constituição e pela incorporação de um número crescente de serviços e de procedimentos decorrentes de sua própria missão, que é definida como "assegurar atenção integral à saúde para uma vida melhor"²².

Para facilitar a apresentação dessa entidade, será dado enfoque em sua evolução a partir da aprovação de novo estatuto, em meados da década de 1990, quando se inicia o processo de autonomia da operadora em relação a seu patrocinador. A OAG passa a assumir suas próprias despesas administrativas e inicia-se a implantação do novo modelo assistencial. Com essa medida, a operadora deixou de ser uma simples empresa pagadora de serviços médicos e tornou-se promotora de saúde, especialmente através da prevenção de doenças²³.

Um significativo incremento de 130 mil participantes ocorreu no final da década de 1990, com a criação de plano específico destinado aos familiares dos associados e ex-associados. Implantou-se um *call center* para atender e orientar os usuários em tempo integral. Iniciou-se a implantação de serviços próprios de saúde, focados no novo modelo assistencial (clínico, pediatra, gineco-obstetra, nutricionista)²⁴.

A partir de 1996, a empresa adotou uma nova filosofia assistencial com introdução de eixo assistencial baseado no Programa de Saúde da Família do Ministério da Saúde, denominado pela OAG de Estratégia Saúde da Família, lançado oficialmente em setembro de 2003, com fundamentos na prevenção de doenças e gestão do cuidado, com a proposta de transformar uma medicina baseada e centrada no ato médico para uma abordagem multidisciplinar, com foco no usuário²⁴.

²² www.cassi.com.br em 14.03.08 e 15.06.09.

²³ Dados do sítio da operadora www.cassi.com.br dia 14.03.08 às 14h45.

A lógica dessa filosofia deveria integrar, se bem-sucedida, os serviços próprios da OAG com uma rede referenciada em um *sistema de saúde* da operadora. Como visto anteriormente, a rede referenciada seria constituída a partir de um novo modo de articulação com os serviços da atual rede credenciada, visando compor um sistema de saúde da operadora através da articulação mais funcional e regulamentada entre a porta de entrada (os módulos da ESF) e os serviços de maior complexidade (hospitais, especialistas, serviços de apoio diagnósticos e terapêuticos).

Para isso, haveria necessidade de seduzir e captar a clientela (beneficiários) para a ESF, apoiado em um sistema de informação confiável e disponível nas diferentes frentes de atenção à saúde.

Para discussão de medidas e propostas em prol da saúde, foi criado o Conselho de Usuários, composto por diversos segmentos de beneficiários da operadora.

Após a virada do milênio, a operadora amplia ainda mais sua atuação e firma parcerias em ações de promoção da saúde. O ano de 2001 foi marcado por importantes mudanças, com ênfase na reorganização e reestruturação da empresa. As estruturas administrativa, organizacional e tecnológica passaram por uma revisão bastante abrangente. Diversos serviços demonstram o esforço despendido para melhor atender os usuários, como a reformulação da central de atendimento, a conclusão do projeto do plano odontológico e a elaboração de estudos para a definição de uma política de assistência farmacêutica. Em 2004, mais dez unidades da ESF foram implantadas no Brasil, com novas estruturas físicas e humanas. Implantou-se a política de referenciamento, que agrega prestadores de serviços aos princípios da ESF. A operadora encerrou o ano de 2006 com mais de 100 mil participantes cadastrados na estratégia. A implantação da ESF no Estado de São Paulo, onde existe o maior número de participantes, iniciou-se em 2006.²⁴

A empresa utiliza-se de publicidade, no próprio sítio da Internet, como uma prática indutora para conseguir aderência ao programa da ESF e, com isso, implantar o modelo assistencial pelo qual objetiva desde 1996.

²⁴ sítio www.cassi.com.br em 15.06.2009.

A seguir, encontram-se os esclarecimentos mais significativos da empresa a seus beneficiários²⁵:

“A empresa mudou nos últimos anos. E, nesse processo evolutivo, alguns conceitos foram deixados para trás, outros foram aprimorados e novas ideias não pararam de chegar. Mas o que não mudou foi a certeza de que, com atenção e acolhimento, a vida poderá ter mais qualidade. Prova disso é o atual estágio no qual haveria importantes melhorias no sistema de atendimento à saúde dos seus participantes.

A prioridade da OAG não é mais focar seus esforços meramente em ações curativas, que visam apenas o tratamento das doenças e o atendimento individualizado. O objetivo institucional é garantir ainda mais eficácia e efetividade na atenção prestada, por meio de medidas não apenas de recuperação de agravos, mas aquelas de promoção da saúde e de prevenção de doenças, visando à coordenação dos cuidados com a saúde dos participantes e de seus familiares.

Para concretizar esse objetivo, a operadora estruturou seus serviços próprios de saúde com base nos princípios da Estratégia Saúde da Família, um modo de organizar melhor os seus processos assistenciais, seguindo-se tendências mundialmente reconhecidas e já consagradas.

Nesses serviços de saúde, os participantes e seus familiares recebem atenção diferenciada e personalizada através de equipes de saúde da família, respondendo às necessidades de cada um, por meio de um atendimento mais humanizado, ético, solidário e a opção pela mudança de uma lógica eminentemente curativa para o Modelo de Atenção Integral à Saúde, com base na Estratégia Saúde da Família, cujas ações foram voltadas para a coordenação do cuidado nas quais os participantes e seus familiares teriam melhores condições de viver com mais saúde.

Existe um NEPA (nutricionista, enfermeiro, psicóloga e assistente social) para cada três equipes nucleares. Cada Equipe Nuclear tem um médico da família, um técnico de enfermagem. “São contratadas diretamente pela operadora e tem sob sua

²⁵ sítio www.cassi.com.br em 15.06.2009.

responsabilidade, para a coordenação dos cuidados em saúde, uma população demarcada por um prévio cadastramento”.

O objetivo desse cadastramento é identificar e conhecer melhor as condições de saúde dos participantes para que seja iniciado um vínculo mais duradouro entre os profissionais que atuam à luz da ESF²⁶.

A seguir, será possível observar como a operadora busca esclarecer seus beneficiários sobre a Estratégia Saúde da Família através de perguntas e respostas feitas de modo bem didático. Entre elas, extraem-se, a meu ver, as mais significativas:

O que é a Estratégia Saúde da Família?

É uma forma de organizar os serviços próprios da operadora, tendo como foco a assistência à saúde do participante, levando em conta o seu relacionamento na família, no trabalho e na comunidade. Nesse contexto, o processo assistencial se concretiza pelas ações que enfatizam a promoção da saúde e a prevenção de doenças, sem desconsiderar as práticas recomendadas para a recuperação e reabilitação da saúde. Para ser atendido pelos profissionais que atuam com base na Estratégia Saúde da Família, o participante precisa passar por um cadastramento prévio na unidade de saúde.

Quais os benefícios da Estratégia Saúde da Família?

Após ser cadastrado na ESF, o participante, dependendo de sua necessidade, é atendido por um dos profissionais da equipe de saúde da família ou encaminhado a um especialista da rede referenciada. Esse participante também será convidado a participar de atividades coletivas que buscam a melhoria ou manutenção da qualidade de vida.

²⁶IDEM sítio www.cassi.com.br em 15.06.2009.

O que a Equipe Saúde da Família fará de diferente?

Acompanhar mais de perto os participantes cadastrados na ESF e, de acordo com suas necessidades, oferecer, além dos atendimentos individuais, atividades educativas em grupos, palestras abordando aspectos preventivos, visitas domiciliares, incentivo a participação em campanhas de vacinação, entre outras ações.

Por que a operadora se utiliza da Estratégia Saúde da Família?

Para melhorar a qualidade da assistência oferecida a seus participantes, privilegiando a promoção da saúde e a prevenção de doenças e otimizando o uso racional da rede de serviços credenciados e especializados. Essa forma de organizar os serviços de saúde é uma estratégia também adotada com êxito em diversos países, como Canadá, Inglaterra e Holanda.

Quais os serviços oferecidos nas unidades de saúde que funcionam com base na Estratégia Saúde da Família?

Dentre os diversos serviços oferecidos aos participantes, destacam-se consultas médicas e de enfermagem; avaliação psicológica e nutricional; atendimento social; curativos; inalação; verificação da pressão arterial; administração de medicamentos, visita domiciliar a determinados participantes; grupos educativos, programas de saúde e encaminhamento para especialidades médicas quando necessário.

Deve-se pagar a mais no valor do plano de saúde para ser cadastrado na ESF?

Não. Além disso, os atendimentos realizados nas unidades próprias não estarão sujeitos à coparticipação financeira pelo beneficiário.

O que se ganha com a Estratégia Saúde da Família?

O participante e sua família ganham um atendimento personalizado e coordenado por uma equipe de saúde da família. Também ganha um serviço de saúde como referência para solução de seus agravos, por meio do vínculo e do relacionamento

mais estreito com os integrantes das equipes. Vale esclarecer que a OAG não está restringido o acesso à rede de credenciados ou aos procedimentos especializados. Pelo contrário, o objetivo dessa Estratégia é dar mais qualidade aos atendimentos realizados tanto nos Serviços Próprios quanto na rede de prestadores de serviços, denominada Rede Referenciada.

E o meu médico de confiança? Tenho que deixá-lo?

Os profissionais da saúde da família devem ser considerados como referência nos cuidados com a sua saúde, sempre que for preciso. Caso você já tenha um médico de confiança, é importante que o médico de família que lhe acompanha saiba quem é esse profissional que também lhe atende, para que, quando necessário, a unidade própria possa trocar informações sobre seu caso e, juntos, buscarem as soluções mais apropriadas para o problema de saúde apresentado.

Na Estratégia Saúde da Família há atendimento individual?

Sim, e deve ser agendado previamente. Há de ser esclarecido que o atendimento individual poderá ser realizado por todos os profissionais de saúde da equipe.

São realizadas visitas domiciliares a todos os participantes cadastrados na ESF?

Não. As visitas domiciliares são recursos utilizados pelas equipes, em casos específicos, para conhecer melhor os problemas de saúde das famílias cadastradas, compreender com mais profundidade a dinâmica das relações familiares e oferecer atenção àqueles beneficiários que não conseguem se locomover até as unidades próprias de saúde.

IV – RESULTADOS E DISCUSSÕES²⁷

OS DIRIGENTES FALAM SOBRE A AUTOGESTÃO E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF): O DESAFIO DE IMPLEMENTAR UMA NOVA POLÍTICA ASSISTENCIAL

A empresa passou por muitas reformas, muito influenciada pelos movimentos sindicais, pela reforma sanitária e também em razão de problemas financeiros, conforme analisa um dirigente:

“Mas foi muito tempo de reforma, a OAG já passou por muitas reformas, sempre em função dos problemas financeiros, de financiar mesmo a saúde dos funcionários e do movimento sindical muito forte. Ela é muito influenciada pelo movimento da reforma sanitária, pelo movimento sindical, daí que surge essa ideia de trabalhar com a atenção primária”.

Os dirigentes e os usuários reconhecem que a reforma de 1996, sob a ótica da independência administrativa, trouxe outras modificações que poderiam ser entendidas como obediência às leis do mercado da saúde, resultando *“numa independência administrativa em relação à patrocinadora, apesar de ela participar da gestão da autogestão de forma compartilhada, mas há muitos problemas.*

“Eu acho que, de um modo geral, a OAG mudou porque, de departamento da patrocinadora, ela teve uma autonomia que a gente ainda está engatinhando nisso, a gente tem que melhorar. Agora, o top principal é o modelo assistencial que a operadora adotou. Teve uma pequena diferença entre 96... Em 96, era unidade própria no modelo das especialidades básicas (gênero, clínico e pediatra). São três especialidades, assim como uma unidade básica de saúde. Com o tempo é que chegou à concepção da Saúde da Família, mas começa com as especialidades básicas”.

A partir de 1996, houve mudança na forma de financiar a operadora, que resultou na diminuição da proporção do custeio por parte da patrocinadora, com maior ônus para os empregados, como informa um dirigente:

²⁷ Os resultados e a discussão foram transformados em relatório enviado à diretoria da autogestão em novembro de 2008. Foram realizados dois encontros no Departamento de Medicina Preventiva para discussão do relatório, posteriormente enviado à sede em Brasília. De um modo geral, a diretoria regional aceitou e concordou com as indicações apontadas no relatório.

“O custeio passa a ser diferenciado porque, até então, a patrocinadora arcava com duas vezes o que o empregado arcava. A receita da autogestão, até antes de 96, eu [o empregado] contribuía com 1% [do salário] e a patrocinadora contribuía com 2%. Então, em percentual, a patrocinadora contribuía com 100% além do que a gente. A partir daí, nós passamos a contribuir com 3% e a empresa com 4,5%. Então, o percentual da folha passou de 3% para financiar a saúde para 7,5%, só que vocês percebiam que o banco diminuiu o percentual. Em tese, ele deveria estar com 6%, mas passou para 4,5%. Além disso, a partir de 98, a patrocinadora, por algum motivo, deixou de contribuir com os 4,5% sobre todo funcionário e todos os funcionários novos a partir de 98 a patrocinadora passou a contribuir com 3%. Aí tem uma história de mercado disso, daquilo, de previdência, aí é uma conversa que a empresa tem, mas por algum motivo ela deixou de cumprir com o estatuto de 1996”.

E, mais recentemente:

“Agora ela continuou contribuindo com 4,5% para todo mundo, que era antes. Ela segmentou os funcionários que chegaram a partir de 98. O custeio nessa forma, nós tínhamos, ainda temos, uma participação para a contribuição da receita da operadora de 30% nas consultas, sessões fisioterápicas e acupuntura, só isso. Não havia nenhuma coparticipação, [salvo para consulta, conforme acima] (minha anotação) até a reforma de 2007, em outros exames, cirurgias, não tinha nada disso”.

A autogestão hoje: responsabilidade social e inserção destacada no mercado da saúde

Para os dirigentes, a missão dessa autogestão é:

“Assegurar atenção integral à saúde para uma vida melhor. Integral não no sentido de tudo pode, mas no sentido de primário, secundário, terciário, promoção, prevenção tudo isso”.

E como visão:

“Ser referência em soluções no sistema de saúde”

Ao mesmo tempo, os dirigentes expressam, com clareza, a importância da autogestão no mercado de saúde:

“Aqui é só uma localização da operadora no mercado de saúde: Faz parte do segmento privado de assistência à saúde, medicina supletiva, com 750 mil beneficiários. É a primeira autogestão do País. Só tínhamos uma operadora antes da gente, mas com os convênios de reciprocidade conseguimos passar, mas se não passar, empata. Além de ser a primeira autogestão do País em número de beneficiários. Também somos a primeira em número de prestadores, sem juízo de valor, se isso é certo ou errado (risos). Temos uma receita de R\$ 1 bilhão e 200 nessa época, nós estamos classificados, em receita bruta, quando se compara a outras empresas, na revista Exame, em sétimo lugar de prestador de serviços, concorrendo com cartão de crédito, com operadora, com hospital, mas na linha de serviço. A gente tem 13% do segmento de mercado de autogestão”.

O sentimento de orgulho dos dirigentes

“A gente é um pouco reconhecido, a gente já teve aqui delegação de Angola, a qual teve uma apresentação da NOSSA OPERADORA, no nosso auditório. Veio representação da China para ver o que a gente está fazendo, vieram também outros como o Banco Mundial, o ano passado, para ver a nossa experiência entre sete países, nos campos da saúde suplementar e assistência privada. Então, apesar dos problemas, é como se tivéssemos um pé bem no futuro”.

Mudanças na “filosofia assistencial” e a incorporação de novos beneficiários

O modelo assistencial da operadora se assentava em um tripé, até 1996: a) a unidade de serviço própria com as especialidades básicas; b) rede credenciada; c) central de atendimento. A partir de 1998, passa a vigorar um tripé, qual seja: a) Estratégia da Saúde da Família; b) A rede própria; c) Rede credenciada/referenciada (para eventos secundários e terciários). A partir dessa época é que, em função de problemas de financiamento e influências provenientes do mercado de saúde, a OAG procura a ampliação de beneficiários e a transição de dependentes indiretos para o Plano Saúde Família, que é uma modalidade diferente do Plano-Associados. Como afirma um dirigente:

“Nós tivemos autorização para sair com um plano, que era o plano de agregados, porque até então o pai e a mãe dos funcionários não tinham um plano próprio. Aliás, patrocinadora, quando tinha algum problema com pai e mãe, ele incluía no plano de associado sem nenhuma contrapartida financeira nem nada. E isso foi criando, o que nessa época a gente chamou de dependentes indiretos, que não eram os dependentes do núcleo familiar (marido, esposa e filhos). Isso é o que a gente chama, o associado entra e eles têm todo direito automaticamente sem carência, sem nada. Só que a mãe, o pai, o cunhado, o primo desse pessoal foi sendo incluído na assistência da operadora sem nenhuma contrapartida e, como eles eram incluídos, eles tinham problemas seriíssimos de saúde.

“Foi feita uma consulta ao corpo social do que ia se fazer e foi aprovada uma proposta de que eles iriam começar a pagar uma mensalidade entre três, seis e até dez anos para chegar à mensalidade do Plano-Família. Tinha algumas opções e o usuário poderia optar. Então todo esse contingente agora tem os mesmos direitos do plano de associados, só que eles estão apartados pagando agora alguma coisa. Essa foi uma das reformas estatutárias que houve”.

A Estratégia Saúde da Família como eixo reordenador do modelo assistencial: múltiplos sentidos em disputa, disputas e dissensos.

A ESF da autogestão nasce marcada por dois sentidos ou propósitos bem delimitados e, em princípio, complementares: de um lado, a ESF aponta para a qualificação da assistência, em particular a operação de um novo modo de se fazer a atenção que seja menos médico-centrado, mais cuidador, através da criação do médico generalista e de forte ênfase no trabalho de equipe e nas atividades de promoção e prevenção que resultem em uma melhor gestão do cuidado dos pacientes. Por outro lado, a ESF tem uma reconhecida pretensão racionalizadora, no sentido de superação da fragmentação do cuidado, da superprodução de procedimentos e do consumo irracional, entre outras coisas, de consultas com especialistas. Ou seja, de um lado, a ESF é claramente inspirada em princípios que norteiam o Programa Saúde da Família do Ministério da Saúde e adotada como o modelo assistencial capaz de funcionar como o *eixo estruturante* do SUS. Por outro, a ESF nasce com o claro propósito de instalar mecanismos mais claros de regulação

e controle do uso dos serviços pelos usuários, como claramente afirma uma dirigente:

“Até a implantação desse novo modelo, não tínhamos controle nenhum, não havia regulação. Era assim: o funcionário ia ao médico, trazia o comprovante que foi atendido, o recibo, e era reembolsado”.

Por outro lado, apesar da promessa de maior regulação e racionalização que viriam com a implantação da ESF, parece não haver consenso, na direção nacional, sobre o acerto da adoção do novo modelo assistencial, inclusive porque os dirigentes de São Paulo reconhecem ser difícil avaliar, de forma objetiva, os impactos da estratégia:

“Primeiro você me mostra os números, depois, você me convence (dizem os dirigentes nacionais) (...) Cobram e a gente não tem indicadores ainda que mostrem, vai ser muito difícil um indicador que mostre realmente que diminuiu custo, porque não diminui tanto assim. Você consegue até estabilizar, mas tem que ter investimento para você prestar essa assistência. Não é do dia para a noite que as pessoas vão começar a caminhar, vão regular, não é assim”.

Por outro lado, não há um consenso, entre os vários atores, direta ou indiretamente ligados à autogestão sobre a validade ou correção da adoção da ESF:

“Todos cobram. Representantes dos empregados que também estão dentro do conselho, a própria diretoria que são funcionários antigos da empresa, o presidente que também vem de carreira. Assim, os diretores vêm todos de carreira, não são cargos técnicos (...). Então, não tem jeito de você falar que a atenção primária é boa, melhora a qualidade de vida. Não, querem números (...). Na gerência nacional de saúde você encontra, geralmente, pessoas que veem do mercado, apesar de existir um sanitarista, quem comanda, é um gerente executivo que vem da empresa” (...) Então se fala numa integralidade, mas na hora H, é o médico que trata. No dia a dia, a equipe fala assim: Ah! Mas não tem médico? A gente diz: 'Bom, mas é só o médico?' Na hora que ela não consegue garantir salário para que tenha um médico, ela devolve para a gente a pergunta. Bom, mas vocês disseram que o modelo é integral e o médico continua sendo centro? Se não tiver médico não pode acontecer mais nada?”

Por tudo isso, é possível afirmar que a ESF nasce sob o signo do dissenso, com avaliações bastante divergentes entre dirigentes nacionais e os dirigentes nos estados, além dos próprios usuários. Como será apresentado na análise dos dados obtidos nos encontros com a equipe de uma unidade assistencial e com os usuários, essa dupla face da ESF (regulação/melhoria da atenção) é bastante percebida e problematizada pelos vários atores institucionais. Poderíamos dizer que, mais do que isso, há ainda o agravante de (não) se conseguir demonstrar, de forma objetiva e amparada em dados, o quanto a ESF tem se constituído, de fato, em estratégia de regulação (e de racionalização no acesso e uso de serviços e consequente redução dos gastos) em função da precariedade do sistema de informações que a OAG opera.

A lógica de funcionamento da Estratégia Saúde da Família: a articulação de uma ampla rede de serviços próprios com a rede referenciada como ideal de sistema de saúde

Nas falas sistematizadas na sequência, podemos ter uma ideia de como os dirigentes apresentam as características gerais da proposta da ESF, iniciando pelo alcance e distribuição das unidades próprias de saúde que já operam a ESF.

“A unidade de saúde é uma unidade básica que funciona da lógica da Estratégia de Saúde da Família. Então vamos pensar São Paulo, que é a capital. Eu tenho a unidade de atenção integral que é igual a uma unidade básica que funciona na região do Tatuapé, composta por um médico de família, médico do trabalho, enfermeiro, psicólogo que atende aquele território. Mas tem um no ABC, na região de Santo André, tem um na região Norte, em Santana, um no Pacaembu. (...) Atualmente nós temos cinco unidades próprias. No interior a gente tem mais, tem Santos, Campinas, Ribeirão Preto, São José do Rio Preto, Bauru. (...) O serviço que funciona no centro não é Estratégia Saúde da Família, ele é, digamos assim, é um resquício da unidade própria antiga, não obteve autorização para virar saúde da família...”

Os serviços próprios foram organizados na perspectiva da ESF, numa perspectiva de serem progressivamente articulados a uma rede de serviços referenciados, ou seja, aqueles serviços credenciados que aceitassem estabelecer

uma relação mais orgânica com a OAG através da construção de sistemas de referência e contrarreferência, formalmente pactuados, o que possibilitaria, em última instância, um maior controle por parte da operadora, que retribuiria com um valor diferenciado de tabela de pagamento.

“Tem a rede credenciada e a referenciada. No Estado de São Paulo, a gente só tem referenciamento em Campinas, porque para fazer o referenciamento tem passos, tem que preparar o sistema, tem que entrar em contato com esses prestadores. Aquele que aceita, a gente faz a reunião com ele, explica como é que vai ser o que ele ganha. Se ele atender um paciente e fizer um documento, um relatório, reencaminhando esse paciente, ou seja, contrarreferenciando para o serviço próprio (ganha o equivalente a uma consulta médica normal), que é a estratégia do médico de família, ele ganha o mesmo valor de uma consulta. Alguns prestadores gostaram, aderiram. Em Campinas, isso está bem... Aí a gente não perde o paciente para ele, porque aí ele faz discussão de caso com a equipe. Nesse ponto, a comunicação é melhor, a dinâmica de trabalho fica mais rica e a gente acompanha a integralidade”.

A visão de futuro aponta, então, para a articulação da ESF com a rede credenciada. Agora, referenciada porque orgânica e formalmente comprometida com fluxos e processos que garantam a integralidade e a responsabilização pela gestão do cuidado dos usuários.

“Para conseguir os próprios serviços com uma boa integração com essa rede de especialistas, através da colheita de referenciamento, unidade de suporte, mas tudo permeado pelo sistema de informação que nós não temos hoje. Então hoje você não sabe o que acontece com o usuário quando ele sai da rede de especialistas. Diagnóstico, exame tem a informação, mas o sistema ainda não fornece esse relatório. Está em construção. Eu acredito que no final do ano a gente vai ter essa informação. A ideia é que a gente leve o prontuário eletrônico para a rede credenciada”.

No entanto, ainda “predomina o velho sistema” com resistências, especialmente dos usuários, em compreender essa nova construção contra-hegemônica, conforme se pode entender a seguir:

“A porta de entrada não é a porta de entrada obrigatória: predomina o velho sistema. Os usuários são os mais difíceis de compreender o novo modelo”.

A lógica de funcionamento da ESF: a composição da equipe nas unidades próprias de saúde e suas atribuições

A equipe nuclear, lotada nas unidades de saúde, deveria fazer a “porta do sistema”, acolhendo os pacientes e usuários da operadora, responsabilizando-se por acompanhar os casos desde o tratamento ambulatorial até a internação, o encaminhamento e o contrarreferenciamento:

“Aqui em São Paulo, como em todo Brasil, a ideia é essa, trabalhar com território, com área de abrangência adstrita. A ideia dos serviços próprios, equipe interdisciplinar, composta pela equipe nuclear (médico e técnico de enfermagem) e uma equipe com nutricionista, enfermeira, psicóloga e assistente social. A cada três equipes nucleares, você tem uma equipe com nutricionista, psicóloga, enfermeira e assistente social, mas tem lugares que só tem a equipe nuclear.

“A responsabilização, a gente tem conseguido razoavelmente, ou seja, a gente sabe quando o paciente está no hospital. A regulação informa para a gente quando faz auditoria, informa se houve uma internação. É uma informação que ainda precisa melhorar, mas a equipe tem disponibilizado isso. Ela se sente responsável realmente. E está discutindo com o usuário se ele também se sente responsável pela saúde dele, não é só a equipe, né? É uma coisa de parceria. O desafio é muito grande. Chega uma pessoa que usa droga, aí chega um idoso, chega uma gestante, chega um adolescente, chega uma pessoa (...), então a equipe tem que ter instrumental para trabalhar com a equipe ali. Chega um hipertenso, diabético, pode chegar uma pessoa com HIV, chega qualquer coisa para atenção primária. Se a equipe não estiver treinada para essa questão relacional e para a questão técnica, ela fica bastante angustiada, não consegue desenvolver projeto. Além do que a gente faz toda a parte de saúde ocupacional. A equipe também da família assume muito. Eles são responsáveis por promoção, prevenção, recuperação e reabilitação. A recuperação no sentido mais ampliado. Ou porque é a recuperação de alguém que sofreu um acidente cardiovascular ou cerebral, ou alguma questão que ficou, alguma sequela, no caso da recuperação não tem

sequela, a pessoa se recupera, como no caso também de uma pessoa que ela não vai mais ter todas as funções, ela ficou prejudicada em alguma função. A estratégia assume, acompanha os custos, vê se ela está num serviço que vai dar conta disso. E ela está sem proteção primária, ela vai fazer a reabilitação fora, mas ela volta. Às vezes a reabilitação, por exemplo, uma pessoa que tenha uma doença mental grave, você quer tirar do serviço, se ela está internada, então eu trago ela de volta para o convívio familiar. Isso a gente chama também de reabilitação. Ela não vai ficar curada, mas ela pode voltar a fazer alguma atividade, ter convívio social e a gente faz acompanhamento terapêutico(...) Temos alguns programas, de cardiovascular, a gente busca muito as pessoas de 40 anos e mais para fazer no momento. O cadastro já informa, os exames periódicos da empresa patrocinadora já informam às pessoas que são de risco cardiovascular. A equipe está treinada, tem um programa, mas ainda o sistema de informação não é tão bom. Mas isso aí é um programa que está implantado no Estado inteiro. Tem muito a desenvolver, mas tem prioridade para 70 anos e mais, 70 anos e mais a gente vai à casa, para ver se a casa é segura, aplica um questionário de qualidade de vida e a partir daí a equipe se debruça sobre algum projeto terapêutico”.

Dessas citações bastante longas, de falas livres dos dirigentes da OAG em São Paulo, podem-se extrair os seguintes elementos em relação à formulação da Estratégia Saúde da Família:

- A ESF valoriza o trabalho multiprofissional e interdisciplinar na saúde, como possibilidade de enfrentamento do modelo hegemônico médico-centrado. Nisso, é possível encontrar ressonância tanto com o discurso sanitarista, como no empenho de outras operadoras de encontrar alternativas menos custosas ao modelo médico-centrado ainda hegemônico e cada vez mais *disfuncional* em uma perspectiva de mercado.
- As expectativas postas na ESF são muito abrangentes e ambiciosas, porém, ao mesmo tempo, parece não haver clareza da sua missão nuclear, o que poderá tanto dificultar sua operacionalização como sua compreensão por parte dos usuários. Há uma agregação muito grande de tarefas à ESF, entre elas atribuições tipicamente de regulação (na saúde mental), de prestação de serviços (saúde ocupacional e exames

periódicos), que podem estar descaracterizando a missão nuclear da ESF.

- O sistema de informações da operadora é insuficiente para monitorar as propostas de reorganização do modelo assistencial, incluindo a captação de novas clientela.

Os programas próprios da OAG pautados nos conceitos de promoção e prevenção

São vários os “programas” desenvolvidos pela operadora, com forte ênfase nas atividades de prevenção e promoção e que, em princípio, deveriam ser um componente central da ESF.

“Tem o programa antitabagismo que a patrocinadora paga uma parte: 70% do medicamento é pago para o funcionário da ativa. Para o outro público, que é a parte da família, a pessoa tem que buscar esse recurso com suas próprias fontes. Mas a equipe atende, de modo que os mesmos procedimentos que faz com um público faz com o outro. Nossas equipes todas já estão treinadas. A gente tem uma médica aqui que era especialista em tabagismo: ela foi que implantou a tecnologia, ela faz a mesma coisa que a saúde mental, ela vai, atende em conjunto, se o pessoal tem dúvida. Ela virou a referência e ela é que implanta. (...). Ela [a médica] fala que os maiores índices que ela consegue é assim, porque você tem a equipe interdisciplinar, entendeu? Então vem a nutricionista, vem a psicóloga, vem a assistente social, vem médico, então essa equipe junto interagindo. Por exemplo, se eu deixar de fumar, engordo. Aí vem a nutricionista e então vamos juntos ver como é que é isso, então a pessoa se sente apoiada, isso facilita.

“Para pessoas com deficiência, tem parceria com uma associação de empregados da empresa patrocinadora, a qual cuida de pessoas que têm alguma deficiência. Junto com essa associação, a operadora desenvolveu esse programa. A aceitação não é fácil, é um público difícil, difícil de aceitar a visita domiciliar, difícil pela própria situação. A maioria tem deficiência mental, mas tem deficiência física, mas mais é deficiência mental.

“A gente está na fase de conquistar o selo de ambientes livres de tabaco. Programa de risco cardiovascular: Hipertenso, diabético, dislipidemia, estresse, estão tentando incluir alcoolismo.

O sitio da OAG²⁸ apresenta as seguintes ofertas de serviços para grupos especiais ou vivendo situações de maior vulnerabilidade: grupos de hipertensão, diabetes, dislipidemia, tabagismo, sedentarismo e obesidade.

“Para participar desses programas, tem que estar cadastrados. Quando ele chega e não foi cadastrado, a gente atende, mas vamos combinar o cadastramento?

“Tem o programa de atendimento às vítimas de assaltos. Esse programa tem sido muito elogiado pela gestão de pessoas da patrocinadora, isso é um problemático para eles. Muito acidente de trabalho – 100% quando acontece. Aplica no dia do evento, uma semana depois, um mês depois, seis meses depois do evento. Um médico e um psicólogo. A gente está testando isso porque não tinha tecnologia. Os números de eventos em São Paulo é muito grande, chega a mais de cem por ano. A equipe começou a se perder na coordenação, porque você vai, acontece hoje, amanhã acontece na mesma agência, depois. Então a gente não estava conseguindo mensurar dessas pessoas quem estava desenvolvendo o estresse pós-traumático, estava tratando todo mundo meio que igual.

“Agora não, esse documento, ele norteia, notifica.

“Claro que ele é apenas um orientador, quem está entrevistando sempre tem uma questão a mais para investigar, se torna mais rico quando quem aplica é o psicólogo ou o médico, porque aí ele vai perceber outras questões, se a pessoa já tem alguma probabilidade, então a assistência aí vai ser diferenciada e o diagnóstico também.

Segundo os dirigentes, o programa implantado no Brasil está sendo elogiado ao mesmo tempo pelo empregador e por representantes da categoria com destaque na ação da Estratégia Saúde da Família, ao contrário do passado.

“O jornal representativo dos empregados está elogiando a empresa porque tinha esse programa. O programa de atendimento às vítimas de assalto existe no Brasil inteiro. Não é só no momento, a gente continua. E com a Estratégia de Saúde

²⁸ www.cassi.com.br. Acesso em 15.06.2009.

da Família que a gente pode fazer isso. Antes era uma pessoa só que cuidava disso. Era uma psicóloga, conhecida, ela vem no local da ocorrência, então ela conseguia acalmar as pessoas, mas era uma ação pontual, era mais uma ação social do que uma ação mais técnica. Hoje ela é uma ação social, mas tem uma ação técnica por trás, também porque tem um projeto de acompanhamento individual e do local de trabalho”.

Com essa fala, a dirigente parece apontar para a possibilidade de que programas considerados pontuais, descontínuos, possam ter uma sequência no tempo, serem mais “orgânicos” e regulares, em função de sua articulação com a ESF, o que, de alguma forma, aumentaria seu escopo de responsabilidades. Ao falar especificamente sobre a assistência em oncologia, a dirigente expressa a compreensão do quanto os programas precisariam, também, ser articulados à rede de atenção para que sejam mais efetivos, além da necessidade da adoção de protocolos orientadores das práticas das equipes, em particular o estabelecimento de critérios de risco, prioridades de exames, etc.

“A assistência é toda com a rede credenciada. A gente não tem programa de oncologia. A gente tem regulação. Estamos numa fase de desenvolver um programa que esteja de atenção primária, secundária e terciária. O desafio para mim nesse momento é buscar definir claramente o que seria prevenção e promoção nessa área, ainda não temos essa clareza toda, mas a gente está buscando parceria para discutir isso. O que a gente pode fazer, por exemplo? Tabagismo a gente já trabalha. A gente já trabalha a questão da atividade física que a gente sabe que interfere em toda a nossa saúde. Já trabalha a questão da alimentação, isso é uma marca forte na equipe, atividade física e alimentação é algo que eles trabalham e que a gente sabe que promove a saúde de uma maneira geral. Agora nós não temos protocolos para, por exemplo, o que eu devo fazer, tem alguma faixa etária que precisa mais? Que exames a gente tem que fazer? A gente ainda não faz, por exemplo, pesquisa de sangue oculto nas fezes, mas aqui pode fazer tranquilamente. Definir 60 anos ou mais, mas a gente não tem isso como protocolo. Mamografia a gente faz, regularmente. Não há estratificação de risco pelos antecedentes familiares. Falta à equipe ter muito claro, para quando a pessoa chegar na frente ter aqueles dispositivos mentais para que tome a decisão, a equipe toda, entendeu? Isso nós não temos. (...) E a gente é assim, na hora em que a pessoa tem o

diagnóstico, ela busca a nossa equipe, para a equipe coordenar o cuidado, para a gente indicar o serviço, discutir o caso com o médico.

A partir dessa última fala podemos perceber as atribuições principais de uma ESF funcionando idealmente: desenvolver atividades de promoção e prevenção, trabalhar com protocolos orientadores de tais práticas, inclusive para estratificação de riscos e, não menos importante, coordenar o cuidado que o paciente necessita, indicando serviço, discutindo com o médico, não deixando a pessoa “solta” dentro do sistema. Para tanto, seria necessária uma integração de todas as atividades de promoção, prevenção, cura e reabilitação, realizada por equipe multiprofissional, em uma rede integrada de serviços de várias complexidades, sendo que a porta de entrada seriam as unidades da ESF, articulados com uma rede de prestadores credenciados, mas principalmente *referenciados*, isto é, que assumissem uma articulação mais orgânica com a autogestão, visando uma gestão mais integrada do cuidado. Mas há clareza de que esse é um objetivo bastante difícil de alcançar. Ele significaria, na verdade, a transformação mais abrangente pretendida pela ESF, cumprindo, simultaneamente, a dupla função de ação reguladora e qualificadora de uma atenção mais integral e qualificada aos usuários. Como conclui a dirigente:

“Fazer a gestão de cuidados é um desafio enorme, por exemplo, em oncologia (...) É um problema que a gente vai ter que parar e ver como faz. Eu não consegui isso. Tentei o ano passado, mas é um sonho fazer esse programa, porque acho que ele é muito abrangente. Vai clareando a nossa cabeça, quantas ações não podem ser feitas no atendimento”?

A captação da clientela da OAG

Essa fala de um dirigente dá uma boa ideia de quais foram e são as estratégias para a captação da clientela da ESF, permitindo compreender tanto os critérios para inclusão como as artimanhas utilizadas pelas equipes para terem acesso aos usuários potenciais da estratégia.

“Eles definiram que a gente trabalharia com população prioritária, que seria 60 anos e mais. Quem está no Programa de Atenção Domiciliar (PAD). Quem tem problema de saúde mental grave. Assim, quem está no PAD é fácil, porque está lá no programa, a gente conhece a família, vai na casa e cadastra, então, captou. 60

anos e mais a gente teve que ligar, a gente fez reunião, pediu ajuda para o conselho, foi nos locais de trabalho, foi nas associações, mas no duro mesmo é ligando. Temos uma fonte de captação de todos aqueles que têm doença crônica. Então quando a equipe foi para o território, ela já foi com a lista de crônicos. Por exemplo, na lista tem todos os que usam psicotrópicos, que aderiam ao programa, você tem todos que têm doença cardiovascular, aqui já é uma fonte de dados. E quem está no local de trabalho, a gente vai e capta lá. A gente cadastrou dentro dos locais de trabalho, cadastrava e depois voltava e dizia: ‘agora a gente vai voltar a fazer o grupo de vida saudável’. Para quem estava no trabalho foi fácil. A gente ia lá, disponibilizava uma salinha, a gente ia captando, chamando, venha se cadastrar, e cadastrou muito durante o exame periódico, o público da ativa. Quem está na ativa, a gente correu atrás via periódico. [Quem tem] 60 anos e mais, a gente viu a lista e tem endereço, telefone, a equipe liga. Olha, [com] 70 [anos] e mais você tem que ir na casa, então eles colocaram, uns aceitavam, outros não. Não aceitava, ia fazer o cadastro da casa segura e aceitava o questionário. De lá já saia mais ou menos com a noção do que precisava naquele caso. A equipe usa ainda as suas artimanhas”.

O Conselho de Usuários: buscando aliados para a Estratégia Saúde da Família

O Conselho de Usuários é representativo de todos os associados (Plano-Associados), da saúde da família (Plano Saúde Família), dos funcionários da operadora, bem como das entidades de funcionários e de representantes dos empregados. A gerência da OAG reconhece a participação positiva do Conselho na escolha dos locais onde montar as unidades de saúde, de acordo com o novo modelo. Entretanto, há uma avaliação de que ainda não há uma defesa coletiva da ESF, seja por “falta de formação” dos conselheiros, seja pelo fato das insuficiências do sistema de informação não propiciarem dados/informações seguros para uma avaliação mais objetiva dos resultados da ESF.

“Um avanço muito grande na autogestão foi a implementação do Conselho dos Usuários, não deliberativo, mas consultivo, um órgão digamos até de uma ouvidoria, que se reúne todo mês, tem representantes das entidades de funcionários, de representantes dos trabalhadores, da empresa patrocinadora, da autogestão, pelos empregados da operadora, tem um funcionário eleito pelos funcionários da operadora (tem o indicado e o eleito). A empresa patrocinadora, a

mesma coisa, tem o indicado e tem o eleito, e eles fazem as eleições lá nas suas instituições e depois eles vêm na conferência e é validado.

“Eles (os conselheiros) escolheram com a gente os locais onde montar as unidades próprias de saúde, eles opinaram.

“O desafio para 2008 das assistentes sociais será a participação junto aos representantes dos empregados e outras entidades, no sentido de melhorar o entendimento do que é a participação social na organização de um sistema, de acordo com as necessidades reais desse público e não para tratar de questões pessoais.

“O Conselho de Usuários consegue acompanhar a Estratégia Saúde da Família, apesar de todas as contradições do grupo”.

O sistema de informações da OAG: o “Calcanhar de Aquiles” da ESF

Há um reconhecido distanciamento entre as necessidades de informações sobre o funcionamento e eventuais impactos da ESF, em todos os níveis da operadora, das equipes Unidades Próprias de Saúde, até a administração superior. Há mais de um sistema de informação, muitos dados são coletados manualmente e informados por relatórios assim obtidos.

Utilizam-se de formulários parecidos com os do SUS. O foco atual está no cadastramento dos usuários, sendo que não há clara definição se será feito pelo local da residência ou local de trabalho do funcionário da ativa. Não existe também um sistema de informação que identifique risco, utilização de serviços, de modo que equipes e gerentes operam em “voo cego” em relação à ESF. Não existe um perfil de morbidade.

“Tem um sistema de informação com todo o nosso cadastramento (...), a gente já tem hoje no sistema informações, todos os exames periódicos dos empregados (...), a gente tem um relatório”. (...) Hoje eu tenho a minha população cadastrada. Vários riscos. Eu sei todos que são cadastrados, se está referido, se tem hipertensão ou diabete. Agora a gente está na fase, no caso de São Paulo, da confirmação. Estamos pegando o cadastro, reinserindo, e vamos confirmar. O sistema de informação que a operadora faz (...) O primeiro projeto dispositivo é o

prontuário eletrônico, que, no caso de São Paulo, a gente aplica, e tem dado trabalho para ajustar. A gente faz a solicitação, eles têm que vir, porque não dá para fazer isso à distância (...) O cadastro é um pouco parecido com o material do SUS.

“Tem gente que trabalha na área de abrangência. Quem mora na região da Zona Leste só vai ser atendido na Unidade Leste. Mora ali, mas ele trabalha aqui no Centro. Ele fala, eu não vou, já diz que não vai, então você já tem que apartar o cadastramento. Fica uma pessoa aqui onde é mais fácil e o resto do cadastro fica lá, mas a informação está nos dois lugares.(...) E a população também que a gente teve que fazer um estudo, ainda temos que implantar (...) Definir esse local, o local de moradia, mas sempre pensando na gestão de trabalho, foi feito um grupo focal com algumas populações para a gente saber um pouco quem estava com problema de saúde. Foram analisados todos os recursos disponíveis em cada território, quantos especialistas tem, cada equipe foi estudar seu território, quantas urgências, qual o nome do gerente, quantos os funcionários, qual a característica da urgência, antes de eles virem trabalhar, a gente faz esse estudo e continua fazendo. E também esses estudos da violência, doença infectocontagiosa, a gente trabalha muito com a secretaria também, a gente ajuda na campanha de vacina.”

Os dirigentes, questionados, reconhecem que não contam com um sistema de informação ágil, capaz de identificar riscos, de poder reconhecer cada usuário, eventuais exames laboratoriais alterados, crises hipertensivas, utilização excessiva do sistema, internações, etc., tudo que pudesse, em última instância, indicar prioridades de captação para a ESF.

“É o pecado nosso, até o final do ano, já aí vamos ter todas as informações”. (...) Não tem (as informações necessárias). Se eu tivesse isso era bom demais. Eles têm, assim, a lista dos maiores beneficiários. Na verdade, são os maiores gastadores. Só que quando você vai ver, as equipes fizeram um estudo da lista e foram entrar em contato, um foi transplante, outro é um caso de oncologia, que vai ter que gastar mesmo, não tem como fazer, ou então atenção grave também, ou então a cirurgia de um acidentado que ficou muito tempo na UTI. Quando a equipe foi ver, falou: ‘Gente, essa não é uma boa maneira de captar, esses casos já foi’. Bem como com o número de consultas: ‘Gente, olha essa paciente aqui!’ Um número de consultas muito grande, então o sistema também aponta. Às vezes aparece um gastador grande, alguém que está no PAD, que realmente gasta muito,

porque é um medicamento caro, que não dá para fazer mais, trazendo para o PAD, já tem, digamos assim...”

Concordam com a provocação do pesquisador, que afirma que “trabalhar assim é operar o avião em ‘voo cego’”.

“Operamos em voo cego, e isso é um problemaço. Talvez isso que ela (uma das dirigentes presentes ao encontro) diga que está perdida. Eu fico tentando entender o que eles (querem dizer) quando falam que estão perdidos. Eu acho que a falta dessa informação que norteia a ação rápida, precoce, com foco, (...) tudo bem, a gente já fez o cadastramento, mas deveria ter feito isso antes. Tem só o cadastro, tem sim (o perfil de morbidade) pelo cadastro, mas é muita coisa referida. Você pode pegar o cadastro e a gente tem esses dados aí, se vocês quiserem tem o perfil identificado no cadastro”.

Impactos da ESF: não há informações disponíveis para uma avaliação confiável

A equipe gestora do programa em São Paulo reconhece que não tem, pelos problemas de informação antes referidos, como fazer uma avaliação objetiva dos impactos da ESF. Como afirma uma gestora:

“Diminui despesa básica, mas ninguém consegue explicar o porquê. Despesa básica, ou seja, a utilização de serviços diminui (...). E diminui de uma forma muito estranha que ninguém sabe explicar. A saúde só vai aumentando ano a ano. Aí, no ano passado, a gente ficou fazendo as estratégias e isso e aquilo, teve autorizador eletrônico, que é uma coisa importante, não o abuso de utilização indevida por empregado, irmão que não tem direito ao plano, mas isso não pegaria, eu acho...”

Ou seja, não há como mostrar um eventual impacto da ESF, de modo que a redução de utilização poderia ser creditada mais à implantação de certos mecanismos administrativos de controle, do que à própria ESF. Por outro lado, não há sequer informações sobre o número de pessoas que estão sendo seguidas regularmente pela equipe de saúde.

“No Estado todo, dá em torno de 126 mil (incluindo o Plano-Família). Na grande São Paulo, 55 mil e, na Cidade de São Paulo, 35 mil, sendo que a cobertura

da Estratégia Saúde da Família é imperceptível. (...) As unidades têm a listagem que eles falam que estão em coordenação de cuidados, mas é muito irregular de um para o outro. Quando você vai discutir, mas qual é o projeto terapêutico? Aí eles não têm o projeto terapêutico, é o caso, é só aquele caso, isso de rotina nós não temos, mas vocês podem pedir, eles vão mostrar algumas listas”.

Como dissemos na metodologia, a pesquisa foi conduzida na perspectiva de caracterizar um triângulo composto por três blocos de atores estratégicos para a ESF: os gestores, a equipe que compõe a unidade assistencial e os usuários. Buscou-se, com isso, uma triangulação que permitisse uma aproximação mais balizada ao objetivo central do estudo, que era compreender melhor como os usuários se posicionam diante da ESF, como eles dão sentidos para o que está sendo proposto como política assistencial da OAG, a partir de seu contato direto com a materialidade de seus processos e modos de operação do cuidado.

O que acabamos de relatar foi o momento do encontro com os gestores, realizado antes do encontro com os demais atores. Olhando o material retrospectivamente, após ter feito a escuta da equipe de uma unidade e de usuários, pode-se ver como os temas apontados pelos dirigentes parecem ter conseguido antecipar todas as principais questões levantadas nos encontros com os outros atores. Mesmo que vividos e enunciados de “lugares” diferentes, por atores diferentes, com ênfases diferentes, as questões apontadas pelos dirigentes foram fundamentais para que os pesquisadores pudessem reconhecer os temas centrais que compõem a agenda da ESF, hoje. No próximo ponto, é apresentado o trabalho de observação e escuta realizado junto à equipe de uma unidade assistencial da capital.

ESCUTANDO A EQUIPE DE UMA UNIDADE PRÓPRIA DE SAÚDE DA CAPITAL: AS DIFICULDADES NA CONDUÇÃO DA ESTRATÉGIA OU O DIFÍCIL CAMINHO ENTRE A FORMULAÇÃO POLÍTICA E SUA IMPLEMENTAÇÃO NA PRÁTICA

Para uma melhor compreensão da configuração que a ESF assume ao ser operacionalizada, escutamos a equipe de uma das unidades da capital indicada pela direção, a partir do critério de que ela seria uma equipe mais completa. O material apresentado na sequência foi obtido em dois momentos: no primeiro, foi realizado um grupo focal nas dependências da unidade assistencial, com a participação do

gerente e da maior parte dos técnicos que compõem a equipe nuclear (médico generalista e técnico de enfermagem) e o grupo multiprofissional (nutricionista, enfermeiro, psicólogo e assistente social) que deve atuar no apoio matricial à equipe nuclear. No segundo momento, os pesquisadores retornaram à unidade para uma conversa mais detalhada com o gerente e a enfermeira para uma melhor compreensão da organização do cuidado na unidade.

A Estratégia Saúde da Família como “idealidade”

A fala de um profissional, transcrita a seguir, que inaugurou o encontro com a equipe da unidade, oferece uma boa síntese de como a ESF é compreendida por ela como *discurso ideal*:

“Eu entendo como uma série de medidas, de ações, que a gente toma no intuito de conhecer melhor a população que a gente assiste no seu contexto global. Não só do ponto de vista de morbidade: trabalhando em equipe, como equipe multidisciplinar, a gente tende a fazer um trabalho transdisciplinar. Mudar essa concepção que a assistência à saúde para os nossos usuários, na concepção da equipe, é só fixada no médico, é meio difícil. E que a empresa de saúde é uma mera pagadora ou proporcionadora de tecnologia é outra coisa que é muito difícil da gente mudar. Então, para nós, a estratégia é essa. A gente quer conhecer e assistir a nossa população de uma maneira integral. E lançando mão dos recursos que a gente tem em rede quando necessário”.

Vê-se aí o ideal da equipe, que deverá trabalhar de forma multidisciplinar e, mais idealmente ainda, transdisciplinar, conhecendo a população no contexto global, que deverá ser atendida de maneira integral.

A ESF da autogestão traz, como discurso ou idealidade, os elementos centrais que compõem a formulação da PSF/SUS, sua referência conceitual assumida:

“(...) quando a gente procura fazer o cadastro do usuário na unidade própria, a gente explica exatamente o que é a Estratégia Saúde da Família. A gente procura fazer com que se criem vínculos e esse acolhimento porque é um atendimento diferenciado. Ele fica realmente interessado, porque da forma que você explica a estratégia nada mais é do que promoção de saúde e prevenção de doença, com orientação para mudança de hábito, para terem melhor qualidade de vida, ele fica

mais interessado. Essa coordenação de cuidados você orienta para que ele possa ter essa mudança de hábito através da atividade física, alimentar e as atividades coletivas que seriam dados nos unidades, cria-se vínculo”.

Estão, nessa fala, os elementos centrais da formulação discursiva da ESF, tais como formulados pela direção superior: promoção e prevenção, mudanças de hábitos (alimentação e atividades físicas, principalmente), e, portanto, melhoria de qualidade de vida. Além disso, a compreensão da importância da criação de vínculo que permita, em última instância, uma gestão mais adequada e contínua no tempo da gestão do cuidado do paciente, que deixaria de procurar os serviços de forma errática e fragmentada e portanto, com baixa resolubilidade.

Mas já há, também, as primeiras indicações de que “mudar a concepção de uma atenção centrada no médico” também é difícil. Há algo que “conspira” contra a idealidade do discurso, como a leitura do material nos permitirá caracterizar melhor.

A assistente social, ao falar da ESF adotada como modelo assistencial, aponta suas peculiaridades que o farão distinto do PSF tal como formulada e tem sido implementada no setor público, no SUS, como política do Ministério da Saúde. Chama a atenção, em particular, como ela valoriza a ausência do agente comunitário de saúde PSF/OAG, que tem a ver com a própria dificuldade de a ESF trabalhar com um conceito de *comunidade* como adotado no SUS. Ela faz referências a várias *comunidades*, que são definidas muito menos por área de moradia e proximidade com o serviço, como é o caso do SUS, mas pela pertença a distintos grupos funcionais de trabalhadores.

“Então, hoje eu vejo que tem uma diferença entre PSF da Saúde pública e a implantação desse nome, Estratégia Saúde da Família, na rede privada. O primeiro, porque o PSF tem um elemento muito interessante, que é o agente comunitário, que está dentro daquela comunidade, faz parte da comunidade e faz a ponte, traz informação para a equipe do que está acontecendo e ele tem uma abordagem mais próxima daquela família, daquele indivíduo. Aqui a gente não o tem esse agente comunitário. Somos nós que temos que desbravar todas essas comunidades, que é a comunidade da empresa patrocinadora, do funcionário que está na ativa, aqueles que estão aposentados, aqueles que são pensionistas, aqueles que são o Plano-Família que paga o valor de mercado, valor de mercado porque é assim: o associado paga o valor, mas é muito diferente daquele que paga o Plano-Família.

Então são várias comunidades que a gente tem que desbravar e levar a nossa proposta”.

Reconhece, também, como a existência de tais “múltiplas comunidades” interferem na própria organização de formas de cuidado alternativos como, por exemplo, o trabalho em grupo:

“Quando você planeja uma atividade coletiva, você tem que pensar naquele que pode vir às 8 da manhã e naquele que prefere vir às 2 horas da tarde. O público vai ser um às 2 horas da tarde e o público das 8 da manhã vai ser outro. E tem até aquele público que é depois das 6 também, o funcionário que trabalha até as 6 horas da tarde e que preferia que fizesse uma atividade assim”.

O usuário atribui sentidos e se posiciona diante da ESF

A existência da dupla face ou a dobra regulação/modelo assistencial como algo percebido e problematizado pelos usuários é apontada de forma espontânea pelos trabalhadores já no início da reunião. Como afirmou a médica generalista:

“A nossa disputa com a rede credenciada é muito grande, eles (os usuários) nos veem muitas vezes como reguladores, que não é esse o objetivo, pelo menos o nosso aqui. Pode até ser unir o útil ao agradável: quer dizer, a empresa tem que regular para poder usar os seus recursos da melhor maneira, mas dá para a gente ser uma boa equipe de saúde e proporcionar isso. Fazer um bom trabalho e cuidar da saúde das pessoas, prevenir agravos e de alguma forma ajudar a empresa. Mas eles nos veem como reguladores, aqueles que sempre vão contra eles. E conquistar a confiança é uma coisa que demora”.

De fato, em algumas situações, a equipe da unidade tem uma função claramente reguladora, no sentido de regular o acesso e/ou consumo de determinados serviços ou atendimentos como, por exemplo, no caso dos atendimentos em saúde mental e no recebimento de medicamentos. Como afirmou a psicóloga:

“Muitas vezes, a gente é, a gente funciona assim, a gente tem função de regulação. Eu, por exemplo, sou psicóloga, mas eu tenho a função de autorizar a psicoterapia nos Planos-Família. Nós temos vários planos. O plano associado, que é do funcionário da empresa e dependentes. O Plano-Família, que são aqueles que são parentes de funcionários que pagam por esse plano o valor de mercado. Para esse Plano-Família 1 e Plano-Família 2, existem algumas restrições que não têm

para o plano do associado. Esse plano você precisa estar por algumas autorizações, algumas perícias, que o plano do associado não necessita. Isso está sendo passado aqui na unidade e eu tenho que fazer as perícias por sessão de psicoterapia. Então a gente tem pessoas cadastradas no Plano-Família, a gente tem vários cadastrados no Plano-Família, na hora de autorização, eu faço a regulação.

A psicóloga não atua especificamente como um membro de uma equipe multiprofissional que age na gestão do cuidado do conjunto dos matriculados na unidade, na perspectiva de construção de uma clínica ampliada, caracterizada por uma abordagem mais integral dos pacientes, mas sim com uma dupla função:

a) Fazendo triagem para psicoterapia, em particular dos pacientes do Plano-Família. Os beneficiários associados da operadora podem realizar 200 sessões de psicoterapia, sem necessitar de autorização prévia. Já os usuários do Plano-Família precisam passar obrigatoriamente pela avaliação da psicóloga da unidade para obterem autorização.

“Acontece que o plano de associado, ele tem 200 sessões de psicoterapia. Para você buscar terapia, se você é funcionário da empresa patrocinadora, não precisa de autorização de ninguém, você tem as 200 sessões. Tem que pegar um normativo que você tem que seguir, o profissional tem que emitir um relatório, recibo, tem uma série de coisas que tem que fazer. Você faz o tratamento e apresenta na operadora ou apresenta aqui, a gente manda para lá, mas não temos nenhuma ingerência sobre isso. (...) Do plano de saúde família, se ele precisar disso tem que passar pela perícia da psicóloga. Na verdade, o que não está previsto ser feito aqui é feito aqui (...). É o que mais acontece (...). Quando eles procuram a produtividade dela, isso não consta. Se ela fizer 60 sessões disso por mês, não aparece.

b) Fazendo a gestão do cuidado de pacientes psiquiátricos mais graves, numa tríplice função de articulação com a família, com a rede de prestadores e com o acompanhante terapêutico (AT), através de encontros trimestrais. Psicoterapia ou apoio a pacientes em sofrimento mental seguidos na unidade ela não faz. Ou seja, ela atua muito preso ao seu núcleo profissional específico, não chegando a contribuir para a configuração do campo mais amplo do cuidado ao conjunto dos pacientes acompanhados pela unidade.

Portanto, em algumas situações, a unidade está sendo utilizada como instância reguladora, no sentido estrito de autorizar ou não a utilização de determinados serviços e isso parece, de alguma forma, poder “contaminar” o sentido

da estratégia puramente voltada para uma melhor qualificação do cuidado. O processo de regulação fica, então, “colado” ao trabalho da equipe “de família”. Parece que a estratégia é entendida pelos usuários como uma “estratégia da operadora”, uma política da empresa, da parte da empresa que “diz não”, que nega direitos, enquanto a rede de prestadores continua se apresentando como um canal de fácil acesso, de possibilidades quase sem limites para o atendimento e/ou consumo de serviços. Como diz um membro da equipe:

“Os usuários confiam mais na rede credenciada do que nós, porque nós representamos a empresa, que muitas vezes fala não. Mas não somos nós que falamos não. É um outro setor da empresa.”

De qualquer forma, o usuário parece não distinguir os diferentes setores da operadora, de modo que a ESF, em última instância é, para ele, “a entidade que diz não”.

“É regulação mesmo, por exemplo, eu precisava fazer uma cirurgia e essa cirurgia não foi autorizada completamente. Quer dizer, não somos nós, mas aí quando a gente liga para convidar para o grupo de diabético, por exemplo, ‘Ah! Então você sabe que me foi negado’. Eu falo que não fomos nós. Mas eles dizem que nós somos a operadora. Nesse momento que vocês nos ligaram, você a representa e nós representamos os usuários, não importa que setor você seja. “Setor da estratégia, setor regulação, você é a operadora”.

Ou, então, como exemplifica a assistente social, essa confusão da equipe da unidade com uma função reguladora resulta em restrições ou orientações que são mal recebidas pelos usuários:

“Um exemplo prático que nós duas tivemos, a gente já quebrou muito a cara, em outras situações a gente não repete mais. Antes nós tínhamos uma lista de um determinado hospital que diziam: ‘tal paciente que mora na região de vocês está internado’ e a gente ia visitar. O que aconteceu? Uma vez chegamos ao hospital e o homem estava lá, ele tinha tido uma alta, uma outra situação, ele chegou lá, teve alta, chegou em casa, piorou e foi para a cirurgia, voltou para o hospital. Nós duas fomos lá, ele aceitou, fez o cadastro, fez tudo lá no hospital mesmo, mas aí ele disse: ‘por favor, vocês não me deixem ter alta’. Então não é responsabilidade nossa fazer auditoria que vai passar no hospital, não somos nós. Mas ele insistiu: ‘por favor, faz o que vocês puderem falar, mas não me deixem sair do hospital’. No outro

dia, liguei para o hospital e ele tinha tido alta, quer dizer, ele nunca mais vai querer ouvir falar no nosso nome, tenho certeza”

Ainda nas palavras da assistente social:

“E quando ele me liga para saber, será que ele está ligando porque ele quer saber da minha saúde ou quer saber se eu estou usando muito o plano? Quando a gente convida a pessoa, por exemplo, no plano de assistência domiciliar, o PAD, que a Débora pode falar melhor também, a equipe está me abordando porque ela quer realmente me acompanhar ou porque ela está achando que eu estou gastando muito? Eu acho que fica uma dúvida, porque, no primeiro momento, até a pessoa vincular, até a pessoa entender, até a pessoa nos conhecer, ela acha que a gente tá querendo o quê? Reduzir custo”.

A reflexão acima faz uma boa síntese da percepção da dupla face regulação/melhoria do cuidado que o usuário tem. O que pode ser interrogado, inicialmente, é o quanto tal percepção pode representar uma explicação consistente para algumas das dificuldades de implementação que a ESF vem enfrentando, como veremos na continuidade da leitura e análise do material coletado em campo.

O gerente da unidade reconhece, no entanto, que os mais velhos veem a ESF como uma estratégia em “tempos de perdas de direitos”, em função de transformações na gestão da empresa patrocinadora.

“A forma de a gente consumir a saúde é muito diferente do que a gente pretende que se consuma hoje. Na verdade, eles (os funcionários mais velhos) registram isso como perda, mas quando foi inaugurado isso aqui, para eles é ponto de atenção e regulação. Para a maioria, é uma coisa trágica. Uma contracultura. Nós entramos no movimento contrário ao que estava sendo, sabia que ia encontrar tudo isso de início. Tanto que, quando a gente começou a fazer as visitas lá na residência, a gente sentia isso. É muito legal e tal, mas obrigado por tudo”.

Assim, à medida que a conversa progride com os técnicos, vai ficando bem claro o quanto a dupla-face regulação/melhoria do cuidado é percebida de forma aguda pelos usuários. Como afirma uma das técnicas: *“eles falam disso literalmente”*, ou, como lembra outra: *“As primeiras visitas que a gente fez a domicílio falaram assim: ‘É, se não fizerem isso, [a estratégia] vai quebrar’ (risos)”*.

Por outro lado, a assistente social lembra o quanto seria mais produtivo e seguro fazer a regulação daqueles pacientes que já tivessem um bom vínculo com a

equipe, um seguimento regular que propiciasse um bom conhecimento de suas reais necessidades, de forma que a regulação pudesse atuar com critérios mais justos ou mais próximos das necessidades dos usuários. Uma situação lembrada por ela exemplifica bem isso:

“Eu participei de um exemplo bem típico que aconteceu agora antes de eu descer para a reunião (...). Nós temos dois programas que a gente tem aqui de trabalho, que a equipe desenvolve, que é o Programa Bem-Viver, que é necessidades especiais, e tem o Programa de Saúde Mental. Esse caso que me ligaram agora foi lá da regulação. Ligaram-me e falaram: ‘Márcia, eu estou com o caso aqui de Fulano de Tal, que vou dar alta para ela, está lá no hospital José Evangelista, da Saúde Mental, não vai ficar mais lá e amanhã já está colocando a pessoa para sair’. ‘O que acontece’, eu disse a ela, ‘por quê?’ Nós, da unidade, a gente já conhece o caso, devido aos fatos, as informações que eu dei, a regulação recuou. (...) Você percebe que o trabalho é regulado desde que você tenha informação de conhecimento do caso. Então, é um exemplo bem típico disso que, às vezes, quando tem a informação de dados, a regulação realmente volta, dá um tempo.

Um dilema central: duas lógicas assistenciais em disputa

Nesse primeiro encontro com uma equipe de uma unidade assistencial da operadora, já ficou evidente como a instituição está operando com duas lógicas assistenciais hoje. A primeira lógica ou paradigma é ainda o hegemônico e representa o instituído: o acesso livre à rede de especialidades médicas e serviços, comandado pelos interesses e “necessidades” dos usuários. Por essa lógica, ele pode acessar, via *call center*, um amplo conjunto de especialidades (e os exames que são solicitados pelos especialistas). É o que poderíamos chamar do paradigma da medicina tecnológica, médico-centrada, fortemente hospitalocêntrico, produtor de procedimentos.

A outra lógica, ainda contra-hegemônica, seria a ESF, que apresenta como grande inovação a introdução do médico generalista que, antes de mais nada, um médico com a função central de coordenar ou fazer a gestão do cuidado do usuário, buscando produzir uma racionalidade na utilização da rede de serviços e especialistas da OAG. Essa nova estratégia visa, claramente, atingir dois objetivos: o primeiro seria o oferecimento de um cuidado mais integral e integrado, racional,

com responsabilização, seguimento no tempo e, como consequência, mais qualificado aos usuários. Visaria superar a atual fragmentação da atenção, a geração de atos desnecessários, a desresponsabilização dos profissionais pelos pacientes e, em última instância, o descuido ou o mal cuidado das pessoas. Como atesta um velho dito popular: “quem muitos médicos tem, não tem nenhum”. O segundo objetivo é claramente de natureza econômica, racionalizador e estratégico para a sobrevivência da operadora em um mercado cada vez mais competitivo, mas, também, para fazer, de alguma forma, frente aos custos crescentes da atenção em saúde, fruto tanto da avassaladora incorporação tecnológica como da fragmentação e “irracionalidade” no uso dos recursos já apontado antes. Uma estratégia que poderia, no médio ou longo prazo, constituir-se como o modelo assistencial da OAG ou, no mínimo, fazer da ESF a porta de entrada principal ou preferencial dos usuários para acessar a rede contratada.

Assim, a existência de duas lógicas operando como se fossem dois modelos assistenciais em paralelo, convivendo sincronicamente na instituição, passa a ser uma discussão central para a compreensão do que significa a ESF hoje e seus impasses.

De qualquer forma, a despeito da falta de dados mais claros a respeito, os técnicos sabem que os usuários usam os dois “sistemas”, embora se deva reiterar que, no correr dos encontros com as equipes, não tenhamos conseguido dados mais globais que dessem uma dimensão mais exata do peso (ou falta de peso) da ESF no conjunto da instituição. Como afirma uma técnica:

“Eles fazem assim, muitos já fazem isso agora. Eles continuam indo na rede porque, quando eles passam por aqui, a gente fala que não está aqui para proibir vocês de passarem pelos médicos que já te acompanham há anos. E, então, se você quiser vir aqui uma vez, se quiser acompanhar e ele para de falar e tira o contato, vem trazer as novidades, ou, se tem alguma dificuldade, eles procuram. A gente quer ser a referência. A gente passa isso. Até quebrar esse gelo demora um pouco”.

Ou ainda:

“Às vezes, o paciente chega com um exame que ela (a generalista) não pediu e aí ela pergunta: ‘Mas, ué? (...) Alguns acho que diminuiu’ (a consulta direta com especialista), por exemplo, d. Dora é uma pessoa que não faz nada sem ligar antes. Tem alguns, mas não é uma coisa significativa. Existe o caso de pessoas que ligam

antes, perguntam tudo, que só faz o que a médica de família orienta, mas não é uma margem muito grande”.

Portanto, seria o caso, na eventualidade de ser bem-sucedida, de a ESF transformar-se na REFERÊNCIA principal para os usuários, dando o sentido e direcionamento de sua movimentação dentro da rede, mais racional e mais cuidadora. No entanto, as dificuldades para isso são muitos grandes. Como alguém da equipe aponta:

“É muito fácil (acessar a rede credenciada). Eles só têm que ligar e agendar. E aí a gente tenta passar a ideia de que é necessário muitas vezes breçar. (...) Não estou nem considerando a possibilidade de falar: ‘Vocês não vão mais à rede, têm que passar aqui, é isso que eu estou falando’. Eles podem ir ao dermatologista, em vez de vir aqui para a gente orientar melhor (...). Muitos já estão fazendo isso, liga aqui, tem o médico de família, tem o médico de pronto-atendimento, aqui comigo. Quer dizer: a agenda não está disponível do médico de família, mas quando precisa tem o pronto-atendimento. E aí tem um histórico, uma pasta, onde você já conhece aquelas pessoas e muitas vezes já pode (dar uma resposta). Mas eles têm essa facilidade (de acessar livremente a rede contratada). A gente disputa essa população, a atenção deles e a confiança deles com a rede credenciada. O público que vem aqui e que usa também a rede credenciada, o que a gente percebe, é que são os mais velhos mesmo. Ligam, os aposentados, eles continuam na rede porque é um médico que já acompanha ele por muito tempo. (...) Eles acompanham (pelos médicos da rede contratada) há 20, 30 anos. Ele fala assim: ‘Ah! Eu tenho que deixar meu cardiologista’, olha para ele e fala: ‘Não’. Aí ele acaba vinculando, gostando daqui e ele continua com o médico dele de 20 ou 30 anos. A maioria dos que ainda frequentam a rede é nessa situação”.

Então, há um processo de disputa entre as duas redes e, nesse primeiro contato com os técnicos da equipe da unidade, não dá para saber a dimensão desse uso duplo da rede, ou melhor, do quanto a ESF tem conseguido se constituir, mesmo que paulatinamente, como uma estratégia de gestão do cuidado com força suficiente para, no mínimo, reduzir o peso do “velho modelo”. Aqui, de fato, a falta de informação acaba sendo dramática para uma avaliação do sucesso que tem sido conseguido pela ESF. Outra avaliação da equipe, sem informação que lhe dê sustentação, é de que os novos funcionários que estão no banco estariam criando mais vínculo com a ESF, onde encontrariam um “porto seguro”:

“Os mais novos vinculam aqui e acabam ficando por aqui mesmo. Os mais novos vinculam assim, geralmente, os que são da ativa, profissionais da empresa patrocinadora, por uma necessidade deles, a gente está resolvendo um problema por ação do trabalho, isso a gente tem assim frequentemente”.

De qualquer forma, há a avaliação de que se a estratégia fosse adotada como o modelo, a atual rede seria insuficiente para funcionar como porta de entrada, ao contrário do que aparentemente já acontece com a saúde mental.

“Tem profissionais que já falaram que a partir do momento que esta autogestão fechasse o acesso à rede, isso aqui não daria conta de ser a porta de entrada. Aqui nós temos porta de entrada para a saúde mental. O paciente da saúde mental é importante, tem que passar por uma avaliação de equipe. E para a sua saúde (integral), ele deve ser tratado na saúde mental que a gente tem aqui. Aí sim, ele vincula, ou por bem ou por mal ele vincula, ele retorna e você tem esse acompanhamento”. Como se desejaria alcançar de forma mais ampla com a estratégia e não só com a mental.

A implementação da estratégia em uma unidade ou o difícil caminho entre o discurso e a prática

O início do funcionamento da unidade se deu com o processo de cadastramento dos usuários potenciais da estratégia. As várias falas dos membros da equipe permitem reconstituir os primeiros passos da estratégia.

Foram vários passos. Quando a gente se instalou aqui, a gente fez o mapeamento da região e tinha a meta prioritária [que] era [que] os com mais de 60 anos do plano associado. (...) Aí nós tínhamos o endereço, nós ligamos, falamos do projeto, da proposta por telefone, e perguntamos se eles gostariam de nos receber em casa. Começamos assim, fazendo visita às famílias e levando a nossa proposta. (...) Todos os técnicos visitaram (os pacientes a serem cadastrados). Lá nós fazíamos o cadastro, que é a matrícula oficial da unidade. Com isso, o prontuário que se encontrava no sistema informatizado, até então, passava para cá e a gente explicava como isso acontecia. Colocava-os bem à vontade, para realizar esse cadastramento. Depois disso, começamos com atividade na agência, para aproveitar o periódico”.

Porém, houve bastante dificuldade nesse cadastramento inicial, inclusive em função de um desinteresse dos usuários, que parecem não valorizar muito o

processo de cadastramento.

“Acho que eles nem comunicam na casa que foram cadastrados, porque era comum, antes, quando a gente ia ao local de trabalho cadastrar, você fazia o cadastro, falava sobre a estratégia, qual era a proposta e aí, três meses depois, a gente voltava no local: quem daqui é cadastrado? Eles olhavam e nunca ouviam falar nisso. No GPS, que são os grupos de vida saudável nos locais de trabalho, é comum eles pedirem se é possível falar um pouquinho sobre a estratégia, que é uma coisa que a gente já vem falando, falando. Parece que não fixa bem. Então, se eles não lembram, quando chegar em casa provavelmente não vão lembrar. E isso é um problema porque você o cadastra, a mulher e os dois filhos, mas ela nem sabe. Por isso, agora, o Marcos fez uma carta comunicando a senhora, seu filho, sua filha, seus familiares estão cadastrados (...). Tivemos que puxar tudo de novo, os dados, e mandar para a família uma carta comunicando que eles têm direito (...). Que está cadastrado, que ele existe.

Segundo a equipe, foram cadastradas 1.602 pacientes. Atualmente, existiriam, segundo a médica generalista, algo como 400 “pacientes vinculados”. Já para o gerente, no mesmo encontro, haveria 600 vinculados. O conceito do que é ser vinculado é bastante impreciso. De uma maneira geral, poderia significar aqueles pacientes que já teriam o generalista como referência para acessar a rede contratada, mesmo mantendo vínculo com algum especialista. Não há sistema de informação que permita avaliar como está sendo o uso das duas lógicas (o generalista como porta de entrada para o sistema, como propõem a ESF *versus* o acesso livre à rede contratada via “demanda espontânea” através do *call center*, que é o modelo hegemônico). Não há série histórica que permita identificar tendências, por exemplo, de redução de consultas de especialistas a partir do maior vínculo com o generalista.

A equipe aponta algumas dificuldades na operacionalização da ESF:

- A já comentada desconfiança do usuário em relação à estratégia, ao considerá-la como uma estratégia de redução de custo, ou seja, mais de interesse da empresa do que propriamente do usuário.
- A dificuldade de trabalhar o conceito de *território* ou área de cobertura da unidade própria de saúde. Como afirma o gerente:

“O primeiro problema (na operacionalização da estratégia) que é de território, então, por exemplo, eu tenho um local de trabalho aqui embaixo. Na estratégia, dizia

que você vai cadastrar a pessoa no local de residência dela. Então, por exemplo, se ele mora no Santana, ele tem a esposa, tem três filhos, então a gente cadastra na unidade Santana. Só que, de repente, ele trabalhava aqui e falava ‘Bom, porque eu vou me cadastrar no Santana, se eu precisar de vocês, vocês estão aqui do meu lado, então eu quero ser cadastrado aqui, senão não me cadastro’. Então começou a cadastrar pela conveniência do local de trabalho. Então, os funcionários, se tinham família ‘Ah, sua família está lá, você tem que se cadastrar lá’. Sozinho, solteiro, então não tinha porque você não cadastrar. Nisso nós estávamos atrás de cadastramento, nós cadastramos muita gente e nem todos, tem uma parte grande que não utiliza. Só que eu não posso descadastrá-los, o sistema não me permite isso.”

- A rotatividade dos médicos generalistas dificultando a criação de vínculos. Como afirma o gerente:

“Porque é o seguinte: nós tínhamos dois médicos de família. Aí ficamos com um médico. Veio a Simone na vaga, mas vieram bem depois, alguns meses depois, até contratar demora. Quando ela veio, o outro médico foi embora. Agora, aí na vaga dele, também essa vaga ficou aberta uns cinco meses, aí entra o Dr. Máximo, que ficou três meses e foi embora. Então também tem isso. A pessoa vem para vincular e muda muito (o médico generalista). O sistema gira em torno do médico de família e muda muito, assim não dá. Essa coisa, essa quebra das duas equipes, pessoas que frequentavam perderam os médicos, embora que a gente insista que é a estratégia e não o médico, claro que ele vincula à pessoa, mas se ele vincular com aquela pessoa, se a pessoa for embora, eu vou embora. No plano, é uma equipe que faz esse tipo de atendimento. Então veio a Simone e nós estamos com a vaga em aberto de novo para receber outro médico”.

- O acúmulo, pela equipe da unidade, de “funções previstas em lei”, como os exames periódicos de saúde, que antes eram terceirizados e agora foram trazidos para a ESF, buscando dar-lhe um sentido mais clínico e efetivamente cuidador dos pacientes. Esse tipo de atividade, além de outras, como estudo sobre doenças cardiovasculares, patrocinado pela Sociedade de Cardiologia, parece desvirtuar o sentido da ESF. A própria regulação do uso de psicoterapia pelos usuários do Plano-Família não era uma atividade prevista para a unidade e que foi incorporada depois, sobrecarregando a equipe ou, no mínimo,

desviando a psicóloga de um cuidado mais integrado com a equipe, como vimos antes.

“Aí vieram os exames periódicos de saúde para a gente fazer também. O que a gente tentou fazer foi tirar o periódico da mão de terceirizado e os nossos médicos faziam o periódico. A gente tinha intenção de utilizar esse exame para acompanhar a saúde e, não querendo cumprir só a função de lei, necessária, mas que a gente via que era mito (uma atividade apenas formal)”.

- Não estão claros os critérios para a utilização da unidade assistencial pelos usuários, em particular a periodicidade da consulta com o generalista. Na sequência, são apresentadas as falas de vários técnicos em relação à agenda:

“Uma outra coisa que dificulta muito é exatamente isso. A gente quer que vincule. Aí eles começam a procurar, só que não tem disponibilidade de agenda, porque a gente trabalha com metas também, então existem metas. Tem que atender a sua população cadastrada.(...) E aí para você conseguir bater a meta você tem que limitar o retorno. É isso que é o complicado, acho que, para a gente como profissional, fica complicado, você mistura um pouco. Aquilo que eu falei ultrapassa o limite do ético, do que eu quero. Se eu estou dizendo me procure, se precisar de alguma coisa e ele não pode passar de novo. Eles têm aquela pesquisa que a pessoa tem que passar quatro vezes no ano no médico. Uma vez passa, depois ela volta com o exame, depois não sei por que em outro especialista, tudo no mesmo ano. Acho muito. Se eu tiver um diabético descompensado eu não vou querer vê-lo (apenas) quatro vezes no ano.”

Quando a equipe é questionada sobre a periodicidade do acompanhamento, a afirmação é de que *“como existe uma população idosa considerável, é a cada seis meses”*. A ideia de alcance de uma meta fixa, estabelecida pela direção, *“meta tem que passar uma vez por ano, só conta essa vez”*, inclusive o retorno não sendo considerado como consulta, dá uma dimensão de que esse é um ponto central para se entender as dificuldades de implementação da ESF. Não há informação disponível para a equipe da unidade sobre a *“concentração”* de consultas por paciente, isto é, o número de utilização que ele faz do serviço por ano. Ou seja, a equipe refere à meta institucional de se passar em consulta com o generalista uma vez por ano para, em seguida, afirmar que o acompanhamento, *“por ser população idosa”*, é feito a cada seis meses, ou que o usuário *“retorna quando precisa”*. Como

diz um técnico: *“E esse negócio de uma vez por ano, a gente não, tudo bem, passa uma vez por ano, mas tem aqueles que a gente orienta a voltar, que precisa voltar, volta”*. Diante de tais afirmações, e considerando o objeto do presente estudo, talvez caiba interrogar como esses mecanismos que dificultam o acesso, ou, no mínimo, de ambiguidade de critérios do acesso, é visto pelos usuários.

Chama a atenção como tal indisponibilidade de agenda, que pode explicar, em parte, a resistência de adesão dos usuários, apresenta-se, paradoxalmente, associada a uma significativa ociosidade do serviço, se considerados dados disponibilizados pela coordenação geral do programa, referentes ao mês de março de 2008.

Segundo os dados fornecidos pela coordenação central do programa, no mês de março de 2008, entre consulta de médico de família (75) e pronto-atendimento (11), a unidade realizou 86 atendimentos no mês. Se esse número for dividido por 22 dias úteis, dá mais ou menos quatro atendimentos por dia. Questionada sobre se março havia sido um mês atípico, a equipe reconhece que esse tem sido o padrão normal de atendimento.

De novo, a falta de informação segura, ou mesmo os critérios para a coleta de informação interfere na capacidade de avaliação e gerenciamento da unidade. Para o gerente, esses números baixos de atendimento poderiam ser explicados, em parte, pelos critérios de registro.

“Ela (a médica generalista) fez um atendimento assim: ela atende os cadastrados e os não cadastrados. O número que a gente tem de março dela é de 80 e poucas pessoas cadastradas e parece que eram 121, 120 e alguma coisa, o número total. É que na estatística dela não entra o que não for dela, o que não for cadastrado. Por exemplo, se o médico é da equipe do Márcio e ele passa com ela, aquela consulta que tinha que passar por ano, a gente não consegue no sistema passar aquilo para ela”.

O cálculo da concentração, isto é, a frequência de utilização do serviço pelos usuários, é dificultado pelos próprios critérios estabelecidos sobre o que seria “primeira consulta”, agravado pela falta de informatização. Como afirma o gerente:

“A primeira consulta seria assim: quando a gente captava o paciente, encontrava com o paciente, fazia um cadastro, convencia, mostrava o que a gente fazia aqui. Se ele topasse, fazia o cadastro e daí ele conhecia a unidade e marcava uma primeira consulta com a médica da família. Só que, depois, nós atingimos o

número de pessoas por médico, que são 1.200 pessoas por médico. Aí deixamos de cadastrar. As pessoas não têm mais a primeira consulta. São aquelas que já foram cadastradas e já passaram uma vez pelo menos. Então, a primeira consulta passou a ser (...), a médica tem um mínimo para ela acompanhar o paciente, que seria uma consulta/ano, isso é o mínimo (...). Então, a primeira consulta é considerado isso. A primeira vez que o cara vem aqui naquele ano. É muito difícil a gente fazer isso porque temos um sistema ruim, então o pessoal aqui faz na mão o controle. Nós não temos uma listagem... Assim, a partir de hoje ou de julho do ano passado fechamos agora, agosto do ano passado fechamos, não. (...) Não tem (sistema informatizado), nós fazemos tudo na mão”.

Pode-se afirmar que a precariedade de informação disponibilizada para gestão é tão importante que ela impede, no momento, uma avaliação mais objetiva da ESF.

“É feito manualmente aqui e tem uma pessoa que fica lá no centro tentando controlar isso. Fulano passou a terceira vez esse ano, mas não tem um controle que dê para puxar um relatório e saber [que] tal paciente passou tantas vezes, o outro paciente passou. A gente não tem esse controle (...). Quando você puxa o relatório, sai lá o número de vezes que a pessoa esteve aqui, mas aí você tem que entrar no sistema para saber o que ele fez, entendeu? (...) Ele pode ter passado aqui com a assistente social. Você tem que ver na mão, um por um.

Nesse sentido, a avaliação do grau de adesão dos pacientes à estratégia fica baseada na percepção que a equipe ou o gerente tem. Por exemplo, interrogado sobre a utilização regular da unidade, o gerente afirma:

“O número exato (de cadastrados que se utilizam de maneira regular a unidade) não (sei). Mas eu acredito que umas 200 pessoas vêm na Simone regularmente, umas 200 pessoas”.

Outro problema na gestão da unidade diz respeito ao controle da agenda que, em última instância, define a maior ou menor facilidade de acesso dos usuários ao serviço e o menor ou maior grau de utilização do serviço. Com o serviço trabalhando com uma reconhecida ociosidade, mais de uma vez confirmada por vários membros da equipe e pelo próprio gerente, embora aqui também não se disponha de informação confiável, parece haver conflito na organização da agenda, como se houvesse uma demanda maior que a oferta. Como afirma o gerente:

“Todo dia que eu descia para a recepção tinha problema lá embaixo, por quê? Porque a médica estava falando com a recepção, que ela pedia bom senso, que eles não podiam pôr duas primeiras consultas juntas, as primeiras consultas demoravam uma hora e que daí encavala. Só que eles ficavam à mercê da demanda. Uma pessoa liga, não tem, estamos com poucos pacientes, a pessoa fala: “Eu quero às nove”, o outro fala: “Eu quero às dez”, eles acabam marcando, mas não estava errado. Eles não conseguiam marcar diferente (...). E não era para eles organizarem isso... Tentei várias coisas. Então o serviço, a promoção da saúde que faz o controle dos novos, estudou um número. Então, nós pegamos o número de pacientes que ela teria, porque ela tem mais que 1.200, na verdade, nós estamos tentando agora... porque foi assim. Como estava só ela como médica de família, então já tinha gente que estava vinculada ao outro médico, ele vinha procurar e a gente não sabia quando ia ter outro médico. Então o que a gente fazia? Pegava aquele paciente e passava para ela. Mas você não passa só ele, às vezes você o passa com mais quatro, ele com mais três e ela acabou ficando com 1.370, ao invés de 1.200, e a outra equipe menos. Então o que nós acabamos de fazer? Nós fizemos uma limpeza nos cadastrados. Eu não posso descadastrar, mas eu posso deixar em standby. O que eu fiz? Eu tenho uma listagem virtual e tenho uma listagem aqui também para as pessoas que eu vou pesquisando quem foi cadastrado há dois anos, dois anos e meio, e nunca veio. Ligamos e ele disse não, não vou. Então eu não descadastro, mas fica de lado para eu poder começar a acertar...”

Do que se pode depreender da fala do gerente é que, apesar de haver indicações de que apenas cerca dos 200 dos 1.200 inicialmente cadastrados frequentam de fato a unidade, o sistema de marcação de consulta atua burocraticamente, reservando quatro vagas para primeiras consultas por dia (como se houvesse 1.200 pacientes de fato), fechando a agenda e dificultando o acesso.

“Aí eles fizeram um número que, se ela atendesse quatro primeiras consultas por dia, durante o ano todo, ela teria a meta dela de 80% da população, se a população procurasse. Então o que fizemos? Eu pus as quatro primeiras consultas intercaladas com retorno, para não ter o problema que vinha acontecendo. Por quê? (...) Porque quando os médicos entraram na operadora havia, hoje é negado isso, mas havia uma exaltação à uma hora de consulta para o médico de família. E eu acho que ia mesmo precisar desse tempo. Por quê? (...) Porque você não conhecia

a pessoa. Agora o argumento é: vamos fazer em meia hora. E eu acho até que tem lógica, porque agora tem todo o histórico, o convencimento do que é a estratégia da família, o questionário que a gente aplicava aos acima de 70 anos foi aplicado uma vez. Isso tudo não acontece de novo na sessão, na consulta. Então a consulta podia diminuir o tempo. Isso a administração da sede achou um absurdo: uma consulta de uma hora. Acontece que essa médica, a minha médica aqui, ela trabalhava nessa lógica. Para reduzir o tempo de consulta foi difícil, a mesma coisa do convencimento de que o paciente não é mais aquele que você precisa falar sobre isso, precisa convencer. Por quê? Porque ela tem pacientes de 90, 92, 87, 88 anos e eles vêm com uma sacola de exame e é compreensível. Cada caso é um e aí acaba caindo na recepção o problema, porque começava a encavalar”

Se o termo “encavalar” significa mais de um paciente sendo atendido ou procurando a unidade ao mesmo tempo, pode-se identificar, aqui, um paradoxo com a ociosidade em sua utilização que poderia ser creditado, em princípio, a critérios muito rígidos de utilização do serviço, o que pode estar explicado, pelo menos em parte, pela baixa adesão e “resistência” dos usuários à estratégia.

- A distribuição de consultas entre o generalista e o “médico de PA” é feita de forma rígida e nem sempre vem ao encontro das necessidades dos usuários.

A distribuição das consultas e dos pacientes, entre a generalista e o “médico do PA, aparentemente é muito rígida e apresenta uma série de problemas percebidos pela equipe, entre os quais se destacam: a) os pacientes são muito protagonistas na escolha do médico, no sentido de “eu quero esse e não aquele”; b) pacientes cadastrados na estratégia e seguidos pela generalista, em algumas situações de atendimento de urgência, são atendidos pelo médico de PA, quando a generalista não tem vaga, o que pode estar comprometendo a criação de vínculo; c) os usuários procuram os médicos tanto em função de sua especialidade como em função de vínculos anteriores na própria operadora, “bagunçando” o sistema mais rígido de acesso definido pela gerência/equipe; d) pacientes não cadastrados na unidade disputam a agenda do médico de PA, pois a política da autogestão é não negar atendimento a nenhum beneficiário. Por exemplo, uma pessoa que trabalha na região da unidade assistencial, mas mora em Santana, sempre busca a unidade quando não está se sentindo bem. O que volta ao tema do quanto o problema de “território” está mal equacionado na estratégia.

Cumprimos, assim, um segundo momento da pesquisa, que foi caracterizar a ponta do triângulo ocupada pelos técnicos que estão, na prática, operacionalizando a estratégia. É possível observar o quanto a proposta da ESF, como idealidade (discurso), em seus delineamentos gerais, é bem apropriada (e defendida) pela equipe. Porém, ao mesmo tempo, é possível ver como, no contato com o usuário, as tensões decorrentes da dupla-face do modelo assistencial/regulação são percebidas com mais agudeza. Na conversa com a equipe, foi emergindo um usuário menos idealizado, menos unitário, mais múltiplo e bastante posicionado em relação à ESF. Ao desenvolvermos a terceira e última etapa da pesquisa, indo ao encontro direto com os usuários, os pesquisadores já tinham certa antevisão do posicionamento dos usuários perante a estratégia. O objetivo, agora, era caracterizar ou compreender com mais profundidade como os usuários *pensam* e *experimentam* os novos processos decorrentes dos princípios mais gerais da ESF, dando-lhes outros sentidos e abrindo aspectos que a escuta dos dirigentes e da equipe pudesse não ter revelado.

É isso que tentaremos entender melhor no próximo item, ao apresentarmos o trabalho de escuta com os usuários.

OS USUÁRIOS E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

No correr da pesquisa, no encontro com os dirigentes e com a equipe da unidade assistencial, foi ficando claro que um problema central era a não-adesão dos usuários à Estratégia Saúde da Família, conhecida internamente como estratégia. Disso adveio o interesse da operadora em conhecer de forma mais aprofundada o que seus usuários realmente pensam a respeito dela. Na metodologia, foram apresentados todos os procedimentos de escuta dos usuários, tanto considerados aderidos como não-aderidos. O que se apresenta na sequência é o material empírico coletado nesses encontros.

Os usuários da OAG: compreendendo a diversidade

As importantes transformações históricas sofridas pela empresa patrocinadora e pela operadora, a partir da década de 90, resultaram em diferentes formas de pertencimento ou pertença dos funcionários na empresa, decorrentes da política salarial implantada no contexto da Reforma do Estado de Bresser Pereira,

no governo FHC, que resultou, entre outras coisas, na extinção do plano de cargos e salários e no estabelecimento de um novo piso salarial de ingresso. Esse fato foi claramente expresso ao final do grupo focal com os representantes do conselho de usuários e foi apontado, reiteradas vezes, pelos participantes dos grupos focais seguintes, dando indicações da sua importância ao se fazer um estudo sobre os usuários da OAG.

O resultado desse processo foi a estratificação dos usuários em três categorias: (1) os usuários antigos da empresa, que conseguiram manter as prerrogativas salariais e de aposentadoria anteriores a 1998 e que, por terem contribuído ou ainda contribuírem com uma taxa maior para o financiamento do sistema, reivindicam a mesma qualidade dos serviços de saúde a que já estavam acostumados (rede credenciada aberta e livre escolha), com uma resistência explícita à ESF; (2) os funcionários da ativa ingressantes ainda antes de 1998 e que, apesar de haverem sofrido perdas salariais importantes, ainda valorizam esse plano de saúde, considerando a necessidade de modificações necessárias à sua permanência; e (3) os que ingressaram após 1998, os quais, tendo sofrido com perdas salariais drásticas em relação aos funcionários da ativa, apresentam menos resistência à estratégia pela falta de outras referências de qualidade para comparação e/ou por não terem outras alternativas concretas que possam a ela se contrapor.

A consequência direta do achatamento salarial a que foram submetidos traduz-se em uma queda de arrecadação global para o sistema de saúde tradicional da empresa, o que quer dizer que as diferentes formas de inserção histórica na empresa patrocinadora condicionam a produção de diferentes tipos de usuário do plano de saúde. Essa variável irá perpassar todo o estudo e deverá ser sempre levada em conta na análise do material empírico obtido nos encontros com os usuários. Assim, não há um “usuário do tipo ideal”, único, padrão, mas uma diversidade de posturas e de doação de sentido em função das diferentes pertencas à empresa patrocinadora, como se pode ver nas falas destacadas a seguir:

“Mas tem uma diferença, que é o profissional da empresa que é mais antigo. Tem um outro patamar de salário, uma outra realidade econômica, diferente do que o que está entrando agora. Desde 1998, ele tem uma diferença salarial muito diferente da ativa” (Conselho de Usuários)

“O funcionário da empresa... já não tem mais um salário lá em cima, já houve vários acordos, várias coisas, isso eu também acho que é um dificultador. O fato de o que a gente desembolsa está atrelado ao salário. Então, como a gente teve vários anos sem aumento salarial, não aumentou também o tanto de contribuição que se dava para a empresa, estou chamando de empresa, não vou falar... (idem).

“Eu vejo assim: tem um grupo de aposentados, assim existe uma parcela da nossa população, que quer o Einstein, o Sírio Libanês, o São Luiz, porque toda informação que ela recebe é que esses hospitais são os melhores hospitais, os profissionais, como a Veja publicou os dez melhores profissionais do País... Existe uma percepção que os novos funcionários que entraram, de que a operadora, nos moldes que está hoje, mesmo com a estratégia, com tudo, é um excelente plano porque ele nunca teve nada parecido, porque mudou o tipo de funcionário da empresa. E existe esse mito, quem não se aposentou com um salário de marajá ainda está na ativa, mas não tem um salário maravilhoso, tem restrições no seu atendimento, mas enxerga que alguma coisa tem que ser feita, vendo que o que a rede nos oferece é bom, ah! não tem mais, mas quem pode bancar um Sírio ou Einstein? Então eu acho que a gente tem essa percepção, mas é assim: quanto mais você tem dinheiro, mais você quer melhor” (idem)

Tal processo vivido pela operadora parece ser o fundamento, não apenas da reorganização assistencial que preconiza, como também de suas principais contradições e dificuldades, uma vez que, à parte a repercussão que tem na percepção de seus usuários, tem também uma relação direta com o financiamento da nova proposta. Isso traz consequências importantes para a qualidade de sua formulação e da operacionalização. Isso é agravado pelo fato de a empresa patrocinadora não estar ainda convencida de seus reais resultados e, portanto, não realizar os investimentos considerados como necessários à sua viabilização.

A dimensão cognitiva: os usuários conhecem a proposta da ESF em seus delineamentos gerais

Os usuários, mesmo guardadas suas diferenças de pertença, mostram uma boa compreensão da proposta da ESF, nos seus delineamentos mais gerais e conceituais, provavelmente como fruto de um trabalho interno de discussão e de convencimento em torno dessa proposta por parte da operadora. Sob o ponto de vista conceitual, parece haver, em geral, uma boa compreensão da proposta.

“[A ESF preconiza] o atendimento do usuário como um todo, no contexto geral. Aí inclui onde ele mora, a família, os dados genéricos, genéticos e o segmento que ele atua, que ele vive, que ele trabalha. Creio que a Estratégia de Saúde da Família tenha que estar atendendo o usuário nas necessidades dele, mas como um todo, inclusive mantendo em seu poder um resumo de tudo que possa ser colhido em cima da figura do usuário” (Conselho de Usuários).

“(…) que é a estratégia de trabalhar com a promoção da saúde, verdadeiramente, informar o indivíduo para que ele tenha ações positivas com relação ao seu projeto de vida e trabalhar com a prevenção. Aí, como já foi dito, é trabalhar mesmo ou cuidar para ter um envelhecimento, para ter uma qualidade de vida melhor” (idem).

“A medicina evolui muito, ela está muito adiantada, é bom para nós em termos de qualidade de vida, só que nós estamos fragmentados. Quando a gente vai procurar um especialista, é um aqui, outro lá, outro lá, eu achei muito bom aqui na (...), porque num determinado lugar tinha toda a história da gente e acho que isso facilita” (Usuários aderidos).

“Pelo que eu entendo, entendi, pelo pouco que eu li, pelas coisas que eu sou às vezes obrigado a ler, que me chegam, eu tenho a impressão que a estratégia refere-se mais ao ato preventivo das coisas e um plano que a operadora tem pra preservar a saúde dos funcionários, dos seus associados e que parece que vai num médico, vai noutro, vai noutro, para ficar sabendo exatamente o que você tem. E, de repente, o médico que te acompanha tem histórico da sua família baseado nos seus dados. Ainda que eu tenha um médico aqui fora, eu resolvi também adotar aqui o esquema de saúde da família, acho que é muito bom” (Usuários aderidos).

“A criação das unidades assistenciais próprias, eu achei muito bom, porque atende os vários cantos da cidade, Norte, Sul, Leste, Oeste, funciona perfeitamente bem. Esse médico de família que estava praticamente em desaparecimento, que tem um determinado problema, vai num especialista, não dá certo naquele especialista, vai a outro especialista, em outro especialista, em outro especialista, repetindo consultas, e repetindo exames também. Então, a Estratégia [da Família] foi implantada visando ter um médico de sua referência que te oriente para o especialista certo, para uma consulta preliminar com um clínico, faz essa consulta preliminar, que te dá uma orientação correta pra você não ficar correndo.” (Usuários não-aderidos).

“... Eu tou contando porque o Dr. (...) ia à minha casa na sexta-feira, ele preferiu ir lá ao hospital, quer dizer, esse é também uma característica desse plano: ele foi ao hospital, nos ouviu, escreveu, tal, olhou o (neto do usuário), essa coisa toda, então, quer dizer, ele deu uma assistência. De qualquer maneira, ele foi verificar in locu o que estava acontecendo, quer dizer, essa é a Estratégia da Família, é muitas vezes verificar as condições da família, ou então a necessidade de ser atendido, que foi isso que aconteceu” (idem).

Ao mesmo tempo, é valorizada a inovação proporcionada pela integração dos diferentes saberes dos diferentes núcleos profissionais, por representar crescimento pessoal e profissional para a equipe, a circulação e o melhor uso da informação, a disponibilização dos recursos tecnológicos e, assim, o compartilhamento dos saberes com o usuário, que culmina, por parte deste, com maior autonomia e responsabilização com a própria saúde.

“Então você está trabalhando com médico, está trabalhando com psicólogo, trabalhando com assistente social, você está numa série de atividades em conjunto, que você aprende, apreende esse saber do outro e acaba colocando essa prática no seu atendimento, no seu dia a dia. E isso faz a diferença para o paciente. (...) A Estratégia Saúde da Família resgata a presença do médico da família, mas da maneira como ela se apresenta hoje, ela traz outros componentes que agregam e quem sai ganhando é o paciente, porque todo mundo consegue fazer um trabalho bem feito, bem coordenado” (idem).

“Bom, veja, eu não tinha pensado nessa questão da soma dos saberes, que é um fato. Enfim, são todos os aspectos que acabam definindo a estratégia, que a gente se lembra de alguns e não de outros. Ocorreu-me aqui também a questão que as pessoas conhecem mais a respeito da própria saúde, da própria vida e em função disso acabam ganhando mais poder de decisão. Antigamente, o indivíduo ficava doente ia ao médico e o médico era o dono do saber. Você não pode isso, você deve aquilo. Hoje, na medida em que você sabe que o seu estilo de vida vai influenciar na sua vida a longo prazo, você pode descobrir que você não é assim tão simples, você pode descobrir que vai ficar doente daqui a 10 ou 20 anos. Se você não fumar você está preservando a sua saúde. Então você tem um certo poder de decisão a respeito da sua saúde, porque você tem o conhecimento do que aquilo pode acarretar” (idem).

Como síntese desse primeiro ponto da escuta dos usuários, com ênfase na dimensão cognitiva, pode-se afirmar que há uma razoável compreensão dos princípios gerais e da filosofia da ESF pelos usuários ouvidos e que a compreensão/conhecimento da proposta é tão precisa quanto aquela apresentada pelos técnicos! Além do mais, chama a atenção como há uma forte convergência de compreensão da proposta em todos os grupos estudados, de modo que, mesmo nos não-aderidos, há uma boa clareza das diretrizes e, principalmente, das vantagens potenciais da ESF, o que não resulta necessariamente em adesão. É esse fato que nos convida a ir além do discurso formal, da esfera da cognição, explorando outras possibilidades de explicação para a não-adesão dos usuários.

A ESF e seus impasses ético-políticos percebidos/vividos pelos usuários: indo além dos princípios gerais (idealidade) da proposta

Como tratado no item anterior, chama a atenção o alto grau de compreensão e consenso dos usuários a respeito da proposta da ESF. No entanto, o avanço na leitura do material empírico coletado nos vários encontros com os usuários permite vislumbrar novas questões que vão bem além da dimensão puramente cognitiva, isto é, do plano do conhecimento da proposta. Quando se sai da dimensão puramente discursiva, passamos a nos defrontar com novos questionamentos, com posições menos homogêneas, fruto tanto das diferentes pertencças dos usuários escutados como de suas vivências reais com a *materialidade* da ESF, ou seja, as transformações no modo de acesso e de cuidado, atuais ou potenciais, decorrentes da implantação da estratégia, em particular o quanto elas vêm contaminadas por uma intenção de regulação do uso de serviços e de algum grau de cerceamento do livre-acesso à rede credenciada.

Nas afirmações que apresentamos a seguir, pode-se observar como os usuários apresentam uma boa compreensão a respeito da concepção organizacional da ESF, onde estão inscritas tanto a relação regulação-modelo assistencial constitutiva do processo de transição tecnológica como a coexistência de dois modelos polares, representados pela rede credenciada e pela ESF. A primeira corporificando o modelo médico tradicional, que entra em conflito com um modelo que apregoa a racionalização do cuidado e dos custos representados pela segunda. Isso sintetiza, de certo modo, a questão central que está sendo explorada neste estudo.

Em relação ao aspecto que envolve a pertinência ou a inevitabilidade da regulação, os usuários são bem objetivos e parece haver bastante convergência a respeito da necessidade da adoção de processos mais racionalizadores do uso dos recursos.

“Então, os objetivos, você perguntou por que a operadora adotou isso (a ESF). Eu acho que tem dois objetivos que se combinam, são perfeitamente cabíveis. Primeiro objetivo: a saúde do associado, e o segundo objetivo: uma economia financeira. Na medida em que você economiza consultas, economiza exames, você está contribuindo pra uma estabilidade financeira da OAG e ao mesmo tempo você está proporcionando saúde” (Usuários não-aderidos).

“Agora, falando de mercado, o mercado fala muito em você ter o sistema de saúde mais eficaz, você evitar ter o usuário, está solto no mercado captando o seu dinheiro. O que nos move nem sempre é a saúde, mas é a saúde financeira das empresas que atuam nesse mercado, não é a saúde do usuário, é a saúde financeira da empresa. A própria ANS tem hoje um normativo a esse respeito, tem que haver um equilíbrio, você tem que ter um controle de conforto, porque senão você não vai poder atender o seu usuário. Que liberdade é essa, o especialista foge disso daí...” (idem).

“Gasta-se muito dinheiro com a saúde, da maneira como ela está sendo feita hoje, através de especialistas. (...) Então eu acho o seguinte, o caminho ainda, em termos de custo, ainda que esse sistema aqui funcionasse para a maioria, 90% ele resolve, 10% então aí seria encaminhado para o especialista” (Usuários aderidos).

A equipe da unidade estudada já havia dado indicações sobre o quanto os usuários percebem o binômio regulação-modelo assistencial, em particular porque a unidade (que é a expressão material da ESF) tem funcionado como instância de controle dos encaminhamentos para outros níveis mais complexos de atenção. O quanto e em que grau a ESF vai se transformar em dispositivo para controle do acesso à rede credenciada, historicamente de livre acesso para os usuários, passa a ser elemento central na compreensão das resistências à implantação da estratégia, que, pelo que se observou até agora, deverá assumir dimensões ou características diferentes em função das diferentes pertencas dos trabalhadores da empresa patrocinadora.

“Antigamente, antes de ter a OAG, tinha os IAP. O IAP da categoria profissional da empresa patrocinadora era uma beleza, era livre escolha... (...) Então

nós, antigos, sentimos mais falta das coisas porque a gente tinha o IAP que era muito bom, acho que todos aqui participaram da assistência do IAP e da operadora estudada, que era muito boa, ela era uma beleza. A gente ia ao sétimo andar dessa agência (...) vinham todos os encarregados da autogestão, já na hora acertava tudo, dentro da livre-escolha você atendia a devolução do remédio, você dava as notas fiscais, já lhe davam um documento lá, e você ia ao caixa e recebia. (...) E a gente espera também colaborar e de agora para frente a gente também passar para esse médico de família que a gente ainda não começou a usar. Nós só passamos uma vez e ainda não tivemos necessidade de voltar para continuar um tratamento geral. (...) Não, porque tem essa história, para a cardiologia eu vou a um médico, para outro problema vou para outro. Para concentrar, acho que me expressei mal, todos os problemas da gente no médico de família, que a gente ainda não começou a usar” (Usuários não-aderidos).

Essa última fala expressa, claramente, um dos dilemas centrais que a ESF tem que enfrentar hoje: é uma estratégia substitutiva ou somativa? Tudo nas falas anteriores aponta para o fato de que os usuários, mesmo os aderidos, a veem como somativa, isto é, é algo que se acrescenta ao que já usa, em particular a livre-escolha do seu médico de família. Pressente-se qualquer ameaça real de restrição ao livre-acesso. Aparecem, então, as críticas e resistências.

As falas dos representantes do Conselho de Usuários demonstram não apenas que apreendem a relação regulação-modelo assistencial como expressam com clareza a sua própria dupla-face nesse processo (por representarem a opinião dos usuários e estarem, ao mesmo tempo, pelo menos alguns deles, implicados com a implantação da ESF na operadora), em que a negação ou a relativização da ESF como regulação soa como o seu oposto, ou seja, a reafirmação dessa ideia. Fica patente, nesse grupo, a percepção da regulação, através da estratégia, como um valor positivo, que pode ser compreendida como uma possibilidade de gestão do cuidado ou, no mínimo, como uma coordenação do cuidado necessária simultaneamente à qualificação da atenção e à saúde financeira da empresa:

“A gente também coordena o paciente que vai precisar de serviço, você coordena qual o profissional que ele vai procurar, ele não fica jogado a esmo. De repente, ele vai ao médico tal que não vai atender a necessidade dele porque ele acha que tem que ir num especialista. Não precisava de um especialista ou ele vai que não é especialista...” (Conselho de Usuários).

“Eu não entendo como descompasso. Eu vejo com uma visão diferente. Não é você estar fazendo isso, você quer isso, a gente está trabalhando para te impedir. Não é isso. O nosso trabalho é garantir que paciente não vai ter complicações depois. Porque se ele tiver complicações, vai dar mais trabalho para a rede. Vai gastar, também pela situação econômica, mas pelo paciente que vai passar por um processo que não tem necessidade se ele for bem preparado para isso (...). Você está vinculado com um médico. O que te impede de estar vinculado também com a equipe (da operadora) (...) que está te mostrando um outro universo, um outro cuidado? A equipe (...) não está dizendo ‘não’ para você eternamente. Está dizendo só ‘vamos cuidar um pouco, vamos arrumar a casa primeiro, para depois você receber a visita? Não vou receber visita na minha casa bagunçada’” (idem).

Uma outra função da ESF, como instância de regulação do sistema, é o momento da liberação de medicamentos, que aparece na fala da usuária entrevistada:

“Eu vou a cada seis meses, eu tenho que ir lá, a cada seis meses. Eu preciso fazer uma consulta no ginecologista pra ele dizer que eu preciso de hormônio, há 20 anos eu faço isso. Quer dizer, antes eu nem fazia porque eu não sabia que poderia receber o remédio, com 70% mais barato no Plano de Saúde. Remédio de uso contínuo, só que é um remédio que eu vou usar para o resto da vida, então eu não preciso a cada seis meses gastar o dinheiro de uma consulta (...) para o médico receitar a mesma coisa que eu tenho que tomar. E aí eu tenho que levar a receita lá no ambulatório, passar por um profissional, que nem medir minha pressão mede. Ele apenas assina e manda o remédio para mim, então, para que aquilo?”

Com base nos depoimentos anteriores, pode-se notar que alguns participantes do Conselho de Usuários, apesar de se referirem à ESF como porta de entrada do sistema (sem que isso tenha necessariamente conotações negativas), não vê isso como *consolidação*. Em outras palavras, fica claro que, apesar de perceberem a relação entre regulação (genericamente falando, direcionamento) e modelo assistencial, não conseguem apreender ou reconhecer a sua mecânica principal ou, dito de outra forma, não identificam a estratégia como um direcionamento ou não admitem isso explicitamente.

“Tem um outro detalhe que é assim: a percepção das pessoas em ver a estratégia como uma porta de entrada, como um limitador de acesso ao cuidado de sua saúde. (...) Uma coisa negativa ser porta de entrada” (Conselho de Usuários).

“Também eu já ouvi de um usuário que a operadora está fazendo assim uma coisa diferenciada a fim de induzir o usuário: ‘Pega ele, nós vamos cuidar de você, nós vamos te credenciar com a turma aqui e vamos acabar com isso daí, vai ser só aqui neste postinho’, isso eu já ouvi. Mas uma pessoa que não teve o cuidado de ir à unidade dos cadastrados, ver como funciona e estar participando do processo, então isso (...). No caso da estratégia, é um pouco mais solto. Ele vai te tratar, mas tem que ver como tratar se não tem hospital próprio, não tem laboratórios próprios, não tem nada disso, então ele vai te indicar o melhor caminho e aí você vai buscar no mercado” (idem).

As declarações anteriores permitem constatar como é vital para a sobrevivência do sistema que a nova modelagem assistencial adotada inclua uma forma de gestão do cuidado que, além de qualificar a produção do cuidado em si, articule-se e dialogue com a rede credenciada, o que parece ser um desafio em um sistema marcado pela quase oposição entre os dois mundos. São frequentes os exemplos dessa contradição e da expectativa de sua superação através de uma política de referenciamento (criação de uma rede referenciada, portanto mais articulada e comprometida com a ESF) como estratégia microrregulatória. Ao mesmo tempo, é importante perceber a implicação que existe nas falas de alguns usuários ao assumirem o duplo papel de usuários do sistema e de representantes do Conselho de Usuários.

“Está acontecendo no micro (o referenciamento ou a articulação da ESF com a rede credenciada). Alguns profissionais da rede credenciada já têm um trabalho que a gente chama de parceira, que é aquilo que a gente conversa, qual é a linha de trabalho (...) então está no micro. No macro ainda não está acontecendo. (...) Com a equipe de nutricionistas, nós temos uma rede credenciada. Para elas serem credenciadas, passaram em entrevista conosco. (...) Uma coisa é eu ser funcionário dessa empresa, trabalhar dentro da estratégia, acreditar nela. Outra coisa é: eu estar lá fora, no meu consultório, que eu atendo na hora que eu quiser, tem consulta limitada, tem um modo operante diferente da empresa que eu estou atuando... (...) (O médico credenciado) Não conhece o protocolo, não conhece a Estratégia de Saúde da Família, e a intenção dele é outra. (...) Precisa fazer cirurgia porque o paciente pediu” (idem).

As declarações da usuária entrevistada mostram uma outra dimensão dessa articulação da operadora com a rede credenciada:

“Eu e meu irmão, que meu irmão está com Alzheimer e a assistência que ele tem tido é péssima. Para você ter uma ideia, ele precisava de um atestado médico, eu até tinha falado para minha cunhada que eu ia fazer essa entrevista e ela disse, então fala isso. Para um atestado médico, um médico credenciado pediu R\$ 572,00, por quê? Atualmente ele está temporariamente desligado da operadora, mas, para ele dar o atestado médico, ele quer que faça outra consulta e para fazer a outra consulta ele quer que faça uma porção de exames, mas todos os procedimentos lá na clínica dele, porque parece que a clínica é credenciada, ou ele que é credenciado, não entendi direito, precisa pagar. Todos os procedimentos. E ele quer que os procedimentos sejam feitos lá na clínica... Olha como a operadora está desorganizada, credencia um médico e aí a clínica não é credenciada.

“O meu problema do pé, eu fiquei chateada com o médico que fez tudo isso. Então eu fui procurar um outro ortopedista, foi quando descobriu que estava com infecção e ele falou: ‘não volta lá e, depois, se a senhora quiser vir fazer a fisioterapia aqui’, que sempre lá foi credenciado, ‘a senhora vem, mas só que agora nós não fazemos mais a fisioterapia’. Então eu vou num médico ortopedista, vamos supor, e ele me receita fisioterapia. A clínica dele tem fisioterapia, mas a fisioterapia dele não é credenciada. Gente, não dá para a gente...

“Hoje a minha cunhada está com câncer, foi uma coisa horrível. O final da coisa dela foi assim. A autogestão indicou uma médica. Ela foi à médica indicada. Indicou, fez o tratamento todo e aí precisava de um transplante de medula. Na hora de fazer o transplante de medula, a operadora queria que ela trocasse daquela médica para outro médico. Ela falou: ‘Como? Eu fui ao médico que vocês me mandaram. Agora, na última hora, eu vou trocar de médico?’ Não, foi ‘uma pega-para-capar’ para conseguir um transplante de medula, que não é uma coisa boba. Exame que ela tinha que fazer no hospital do câncer, a operadora não cobria. Ela pagou R\$ 5.000,00, está na Justiça. Gente, então nós pagamos esse plano de saúde para quê? Na hora que precisa, não faz”.

Essas expressões confirmam não apenas a existência de dois sistemas que correm em paralelo, uma vez que a grande rede credenciada da empresa continua em alta atividade (como fica bem evidente ao se visitar o seu sítio e no grupo focal com a gerência de uma unidade já citada), como alienada em relação à concepção assistencial da ESF.

O material empírico revela também que a idealidade do discurso da estratégia penetra os diversos segmentos de usuários de forma desigual. Fica claro, assim, que a ESF ainda não tem se constituído em uma alternativa viável para reverter à atual lógica de funcionamento da rede credenciada.

Os dilemas e os impasses da transição tecnológica observados nesta operadora refletem um processo ainda não consolidado, e que podem ser compreendidos não apenas pela sua natureza jurídico-empresarial, como pelas transformações históricas vividas com a implantação da política neoliberal do banco a partir da década de 1990. Assim, desde o início, é possível constatar a existência de um campo em completa transformação, no qual o direcionamento e o controle de custos são vitais.

O distanciamento entre a idealidade do discurso da ESF e o mundo dos usuários decorre das contradições intrínsecas de sua formulação e operacionalização, bem expressos nos problemas já enumerados (em grande parte decorrentes das questões anteriormente aludidas que envolvem o seu financiamento) e da coexistência de dois modelos polares, que representam duas lógicas assistenciais em disputa, que correm paralelamente com o aval institucional. Assim, enquanto o modelo assistencial tradicional representado pela rede credenciada continua atuando sem muitas amarras, parece não existir de fato um investimento econômico mais substancial para tornar a ESF uma alternativa assistencial viável.

A abordagem dos usuários, com a técnica utilizada, possibilitou o encontro de usuários muito diferenciados no contexto da Saúde Suplementar, tanto do ponto de vista de seu posicionamento ético-político, como de compreensão da proposta e de apropriação das informações. Pode-se perceber claramente seu protagonismo no que diz respeito à viabilidade – ou não – da Estratégia de Saúde da Família nessa autogestão. Desse modo, este estudo pode ser considerado uma experiência bem-sucedida no que diz respeito a um dos seus principais objetivos: a interrogação da ESF como estratégia eficaz de transição tecnológica, a partir do olhar dos usuários. O que se pode afirmar é que há, por parte dos usuários, um reconhecimento bastante homogêneo a respeito da importância e da necessidade da ESF: o que varia é a atribuição de valores a respeito, alguns dando uma conotação de cerceamento à rede credenciada e, outros, compreendendo-a como um controle necessário à saúde do usuário e à saúde da empresa.

Os usuários percebem os déficits conceituais e as dificuldades operacionais a partir de suas vivências concretas

Muitas são as dificuldades da ESF apontadas pelos usuários. Aqui, também, como no item anterior, há um deslocamento de um discurso ideal sobre a ESF, para observações sobre as dificuldades reais de sua implantação, a partir das vivências dos usuários.

a) A desconsideração das especificidades locais

Um primeiro grupo de problemas apresentado, de natureza estrutural, seria a falta de visão dos gestores do sistema ao desconsiderar as especificidades da cidade de São Paulo para a implantação da ESF, o que se traduz na insuficiência e a inadequação da própria rede de recursos, no que tange tanto à quantidade e à distribuição das unidades como à própria carência de profissionais, o que impede que a ESF funcione em sua plenitude.

“A gente pode começar a colocar um ponto, tem vários. A gente vai começar a colocar assim uma coisa que acho que dificulta, é o fato de colocar São Paulo, Capital, junto com o Brasil. São Paulo tem peculiaridades, particularidades, que lá no Piauí, por exemplo, não existe. Acho que está faltando eu olhar um pouco a realidade específica e não generalizar. (...) Por exemplo, a quantidade de usuários que tem aqui no município de São Paulo, a quantidade de unidades, porque a Estratégia Saúde da Família está dividida em unidades, conforme a população que está atendendo naquele lugar específico. Então eu acho que está faltando distribuir melhor aqui São Paulo. Tem regiões que não têm unidades assistenciais, que têm carência de profissionais, inclusive, então, esse é um ponto, com relação à rede de recursos (Conselho de Usuários).

“(...) São Paulo foi o último Estado da Federação a ter a estratégia implantada” (idem).

“Foi o último lugar, mas a Zona Sul de São Paulo, que vai do Ipiranga até o Grajaú, ela tem mais usuários que 50% das capitais do País. São Paulo foi tratada no começo como uma coisa igual, quando é um mundo. Aqui, todas as dificuldades que a OAG tem você encontra aqui, regiões com falta de médico que é igual no Campo Grande. Você tem regiões com excesso de médico, que é uma característica

própria de São Paulo, excesso de equipamentos. Acho que só Rio e Curitiba, Belo Horizonte tem também, mas o resto não tem. Então é um universo, São Paulo consegue (idem).

b) A carência e a alta rotatividade de profissionais

Isto abrange todos os profissionais, mas especialmente os médicos, o que se expressa por sua alta rotatividade, uma vez que, pela baixa remuneração, a ESF perde em atratividade para o mercado, o que descaracterizaria uma das virtudes mais valorizadas da estratégia – o vínculo entre o médico ou a equipe e o usuário, criando, portanto, um paradoxo crucial a ser enfrentado pelo modelo.

“Há dois anos ocorreu um estágio que deveria ter avançado, mas não ocorreu esse avanço. E aí entram os problemas econômicos da própria instituição e aí você entra nessa dificuldade, unidade em que falta médico, falta de profissionais em geral. Você instalou a estratégia, mas não conseguiu manter ela com 100% da sua capacidade de seu funcionamento. O que a empresa oferece de salário para o médico você não consegue contratar o médico no mercado, ou não consegue encontrar um médico que absorva o pensamento da filosofia (Conselho de Usuários).

“Só que esse médico da família, quem nos visitou foi a Dra (...), depois no mesmo ano mudou para o Dr.(...), agora tá a Dra. (...), e cada vez que você vai lá e não te reconhece, então não é bem médico da família, né? Então é médico da família só entre aspas, e nessa unidade... tem quinze funcionários e tem trocado muito o médico, então não tem como você pegar o médico” (Usuários não-aderidos).

“... Tem alguns pressupostos... Um pressuposto é o que os colegas falaram aí: que o médico tenha vínculo com entidade, um vínculo estável com a entidade, que se não tem um vínculo estável com ela não vai ter vínculo estável com os associados e logo não vai ter vínculo estável com a família, então, que estratégia de família é essa? (idem).

Embora não tenha sido uma constante nos depoimentos, a qualidade dos profissionais e do cuidado também foi questionada, no caso, pela usuária entrevistada.

c) Atendimento restrito ao horário comercial e o não-atendimento de urgências

Outros problemas apontados pelos usuários versam sobre características ainda centradas no trabalho médico, como o fato de a assistência médica restringir-se ao horário comercial e não haver atendimento de urgências, o que ainda não foi adequadamente elaborada pela nova proposta e que comprometeria sua legitimidade, segundo alguns usuários.

“O que eu vou falar da estratégia é o seguinte: o médico, ele é das nove ao meio-dia, então ele só vai atender o último cliente às onze e meia (...), é meia hora cada um. Aí, você telefona, ‘ah, hoje não tem mais vaga’. ‘Amanhã?’ ‘Só quarta’. Quer dizer, é uma segunda-feira que você sente dor, de uma coisa que eu preciso. Eu acho que deveria ter mais médicos lá no Pacaembu e menos desses 17 que eles tão falando que eu nem sabia, eu sei que eles têm uma folha de pagamento de 80 mil, segundo dizem” (Usuários não-aderidos).

“Quer dizer, tudo isso é extremamente positivo, quer dizer, eu acho que as palestras, a orientação nutricional, a orientação de prevenção de doenças, tudo isso é extremamente positivo na estratégia, agora, as dificuldades pra implantar a estratégia decorre de fatores objetivos, decorre da composição da família que é desagregada em vários planos, não é atendida por um plano só, e da limitação também do atendimento, que o atendimento é só no horário comercial... As doenças nunca... a doença, o acidente não tem horário. O médico com horário não pode dar um atendimento esperado. Então, eu acho que tem todas essas limitações, né?” (idem).

“Na verdade eu queria dizer pro colega que eu também concordo nas coisas que ele disse, porque, na verdade, quando é que mais a gente precisa do médico? É nas horas de grande dificuldade, quando a gente fica meio perdida com o que fazer no momento... A operadora daria um grande aparato pra gente se a gente pudesse dispor, mas a gente sabe que as unidades não têm mais nem... consulta de emergência não existe. Tem que marcar consulta pra quando a situação de socorro já foi embora. Então, em condições normais, como a autogestão dificilmente tem nas unidades e também na central, médicos especializados, então o usuário acaba procurando médico especializado pra atender. Mas ela seria extremamente útil porque ela garante que todos nós, mesmo aqueles que mais usam assim serviços de emergência... (...) Recentemente, a gente tem uma dificuldade danada de saber o que faz.” (idem).

“(...) Eu acho que o problema não é a Estratégia da Família, o problema é da não-realização da Estratégia da Família. Olha, se a Estratégia da Família coloca no centro, como o próprio nome diz o atendimento à família, se você não tem esse médico em tempo integral, não tem o atendimento em tempo integral, está tendo atendimento médico só no horário comercial, fora desse horário comercial te mandam pro pronto-socorro, então eu acho que está furado o objetivo da Estratégia da Família, que falhou o atendimento no momento mais necessário, então em uma urgência você não pode ter o atendimento daquele médico, que deveria ser o médico da família (idem).

“Eles me falaram que é certa a clínica geral e que outros dois eram para a emergência (ironicamente) Mas que emergência que é? (...) Uma dor de barriga forte, aquela emergência bem chã, sabe...” (idem).

“Eu aprovo a Estratégia de Saúde da Família se ela também envolver os socorros dos associados na hora, tudo bem. Ela age preventivamente e também (...)” (idem).

d) A rede credenciada permanece aberta como a grande porta de entrada do sistema

Como já visto anteriormente, as dimensões da própria rede credenciada e a grande facilidade para seu uso descaracterizam a ESF como opção a ser considerada na busca de assistência, o que, na prática, significa a manutenção do *status quo* e do modelo médico tradicional, gerando resistência à estratégia, que é vista como porta de entrada cerceadora ou dificultadora do livre-acesso à rede credenciada.

e) A divulgação da Estratégia Saúde da Família

- A carência de demonstração de resultados concretos (ausência de indicadores seguros de impacto da estratégia)

É um fato a ausência de dados concretos que apontem para uma qualificação do cuidado: em particular, a redução da fragmentação do cuidado, aumento da responsabilização, redução de consumo e, eventualmente, até um impacto sobre algum indicador de saúde ou para a utilização da rede credenciada.

Isso cria dificuldades para a credibilidade da estratégia dentro da própria autogestão, em que não há uma unanimidade (representando um campo de

disputas dentro da operadora), sempre sendo questionada a eficácia do novo modelo como estratégia de regulação e cobrada a divulgação de resultados que atestem sua viabilidade.

“O que eu vejo, nós temos a operadora, que é autogestão, e nós temos os patrocinadores: os funcionários aposentados e da ativa, a empresa patrocinadora. O que você percebe é que, mesmo dentro da empresa, a cultura da estratégia não é 100% absorvida, mesmo dentro da autogestão, mesmo dentro da OAG (...). Então, há momentos em que avança e há momentos de retrocesso, o que acontece também com o patrocinador (...) Nesse momento, ele talvez aposte mais na estratégia por uma questão econômica, financeira. (...) E atrás já não teve esse entendimento. A coisa avançou num determinado momento, refluíu justamente por conta disso. A empresa tem esses humores” (Conselho de Usuários).

“Parece que um ano atrás tinha um estudo em Curitiba que apontava, até para a empresa patrocinadora, porque ela tem dificuldade de enxergar se efetivamente esse modelo é o melhor” (idem).

- A divulgação inadequada entre os próprios usuários

Além do que foi apresentado nas falas anteriores, existe um quase consenso de que a ESF não recebe um bom tratamento em termos de divulgação para o próprio público interno, o que é creditado tanto à falta de informações como ao seu excesso, o que muitas vezes se reflete no desinteresse pessoal quando recebe o material de publicidade.

“Conhecer direito o que é a autogestão, nem os novos nem os mais antigos conhecem o que ela é (...). Porque não divulga. (Conselho de Usuários).

“(...) Está com excesso de informação. O mais difícil é nesse excesso de informação: às vezes a gente também não consegue colocar a gente, não sabe qual informação é do nosso interesse e que poderia ser do nosso interesse. (...) Eu recebi a revista e pensei: ‘o que é essa unidade?’ (...) ‘Puxa, é ótimo, mas o que é isso?’ ‘Como é que eu vou acessar isso?’ Eu não sabia como. Depois que o médico foi na minha casa e me falou como que eu devia fazer, aí que eu falei: ‘Então é ótimo, eu vou, mas olhando na revista não sabia o que era’ (Usuários aderidos).

f) A preocupação com o destino das informações

Enquanto muitos usuários mostraram-se favoráveis à agregação das informações em um só local como um valor positivo da organização assistencial, e

como medida de racionalização gerencial, outros demonstraram preocupação com a centralização das informações, no sentido da exposição do usuário perante a equipe e a própria operadora, o que poderia resultar em uma violação do sigilo médico, em benefício dos interesses de racionalização de custo da operadora. É como se na rede credenciada eles sentissem a sua condição mais anônima e mais preservada, como se a gestão do cuidado atingisse a sua privacidade, explicitando uma dimensão indesejada da relação público-privado em que ele se sente mais vulnerável.

“Tem algumas doenças, tem alguns doentes, que não querem se expor. Então, o fato de estar aqui, ser nosso, parece que vão tornar público a própria doença e não é por aí. Então, acho que falta informação para esse pessoal. Eles se escondem para não se expor: eles não querem” (Usuários aderidos)

“Agora, uma questão que eu não coloquei que me preocupa, que não foi nem implantada ainda pela Estratégia da Família é a questão das informações. Qual é a proposta? A proposta é a seguinte: você vai a determinado médico, indicado pelo clínico da unidade; esse médico, que é um médico que, além de credenciado, ele é referenciado, ele dá um retorno para a clínica da unidade, faz um relatório do que você tem, e qual o diagnóstico, qual é o tratamento, faz esse tipo de trabalho. Então, a preocupação, que eu já ouvi até de médico, que aí não seria uma coisa legal, é que a tua informação não fica só com o teu médico, ela vai ficar também com uma burocracia que pode ser mal utilizada, certo, que sai do sigilo médico (...) Informatizado ou não, na verdade sai do poder do médico aquele diagnóstico, do poder do paciente, e vai para uma burocracia que nem sempre pode ser confiável, tá certo? (...) A burocracia da operadora, porque a informação retorna pra ela, fica arquivada, e a ela pede então toda uma ficha da vida daquele paciente durante a sua vida inteira, tá certo? Então, sairia do controle do médico” (Usuários não-aderidos).

g) A imprecisão conceitual (de formulação) da ESF

Outras críticas referem-se à própria noção de família que está envolvida nesse modelo, cujo referencial conceitual parece não se aplicar à realidade desta autogestão:

“E tem uma outra questão, na nossa idade, os nossos filhos, nem todos são vinculados a esta operadora, talvez a maioria nem o seja, porque eles trabalham,

eles têm os planos das empresas, então eles vão pra outros planos de saúde. Então, como esta operadora vai dar o atendimento à família, se só o titular e a esposa são filiados? Se os outros são filiados a outros planos de saúde? Então, existe uma serie de dificuldades para a implantação dessa estratégia, não é que a estratégia seja ruim, quer dizer, a atenção à família, ao núcleo familiar, a prevenção, a orientação, tudo isso...” (Usuários não-aderidos).

De forma semelhante, o conceito de *médico de família* da ESF é questionado e comparado com o de outros tempos da operadora, neste caso, considerado como tal:

“Nós tínhamos muito mais assistência. Nós tínhamos os médicos dentro da própria empresa patrocinadora, que eles eram médicos de família, eles conheciam a gente. (...) Era do quadro de funcionários da própria empresa, no nono andar, nós tínhamos o serviço médico que funcionava ali e aqueles médicos conheciam muito bem a gente, era muito bom e já tínhamos a rede de credenciados também. Mas ali era o médico, ali era o preventivo, porque, por exemplo, eu fazia consulta com um dos médicos, ele via o que eu tinha e aí ele me mandava para um especialista. E quando não era necessário especialista, ele mesmo medicava. Ali era o médico de família, muito bom” (idem).

“E aí eu recebi esse papel que ia começar esse negócio lá na unidade assistencial da ESF, para orientar a gente. Eu fui correndo. Falei: ‘É exatamente o que eu estou precisando’. Eu não encontrei apoio nenhum. Eu falei: ‘Gente, mas olha, o que eu preciso fazer?’ ‘Não, a senhora está bem. Não precisa fazer nada’. Então, para que aquilo? Eu queria ter um clínico geral para mim. Aí eu tentei um geriatra, na ocasião foi muito simpático, fiquei frequentando esse geriatra um bom tempo, mas eu também só escutava isso dele, que eu estava muito bem, que dava para jogar uma partida de futebol. Eu falava: ‘Meu Deus do céu, eu gostaria, sei lá, acho que é o sonho de todo mundo de ter um clínico geral que me conhecesse, que soubesse dos meus problemas, do meu o estômago’, naquela ocasião eu ainda fumava, a minha depressão, o que eu tenho na vista, enfim, um médico como aquele antigo médico de família, não existe. Lá eu não encontrei isso” (Entrevistada).

h) Barreiras culturais

Os obstáculos de ordem cultural para a credibilidade e o uso da ESF pelos usuários e, em consequência, para o êxito desta, foram admitidas por participantes

dos três grupos e parecem ter um peso considerável no conjunto geral das percepções dos usuários. Ela reflete a própria tensão existente entre as duas modelagens assistenciais em disputa, isto é, a estratégia e o modelo médico dominante (materializado na rede credenciada).

“Agora, tem um outro lado que a gente também conhece, que é o nosso lado do usuário. Nosso lado de usuário, com uma cultura, já essa nossa cultura pelo menos nos 30 anos que eu trabalho, a minha cultura é a de procurar o especialista, você não vai ao clínico geral. Você vai ao cárdio, você tem uma dor de cabeça, você vai num neurologista, você sentiu uma pontada aqui, você diz: ‘Isso é cardiologista’. Essa é a nossa cultura. Você quebrar essa cultura é uma coisa, é a coisa do paradigma, é complicado” (Conselho de Usuários).

“Principalmente, tipo assim: e o meu médico? Não vou deixar de ir ao meu médico, eu vou nele há 20 anos, vou deixar de ir na OAG? Querem me impor uma coisa, não quero deixar de ir ao meu médico, meu médico” (idem).

“(...) Porque a gente ainda busca o sistema curativo, nós queremos nos curar, então a gente só se preocupa com a saúde (...)” (idem).

“Só vai procurar o médico quando está doente, só tratar na correria e alguns até fazem cadastro e nem retornam mais, vai uma vez e não acompanha. Esse exame periódico (...) é muito falho, mas acho que é uma coisa de cultura. A grande maioria só procura o médico quando está ruim, não tem um acompanhamento da sua saúde. A prevenção, pelo contrário, só vai quando não tiver mais jeito, quando não aguenta mais e é sério. Por isso vai dar muito trabalho, é muito diálogo que tem que ser feito” (idem).

Os depoimentos de dois usuários não-aderidos, e de certa forma antagônicos, praticamente resumem a disputa existente entre as posições e de algum modo ampliam o alcance dessa discussão para além da abordagem. Agem de maneira meramente cultural, refletindo claramente conflitos de interesses:

“Na estratégia, existe tudo isso. Agora, a estratégia, quando chegou, ela teve uma barreira muito grande porque é uma mudança de cultura, a gente tava muito acostumada a ir direto com especialista e ver, sem pensar em promoção nem em prevenção. Então, essa que é a maior dificuldade. Eu vejo que, assim, a operadora está tendo muitos problemas na hora de implantar as coisas por falta de recursos mesmo, porque a estratégia, se ela conseguisse fazer essa mudança de cultura, e tivesse a prevenção, que ela faz, mas é pouco, você vê: as unidades fazem

(promovem) caminhadas, reuniões, palestras, têm as suas nutricionistas, que eles querem ensinar essa mudança da gente... da forma de comer, da forma de viver, de acabar com o sedentarismo, de a gente poder praticar alguma coisa, comer melhor. Agora, a gente tem mesmo os problemas da rotatividade, da falta de gente por questões financeiras. Mas eu ainda acho que o maior empecilho da estratégia dentro da (...) é a mudança da cultura do pessoal mais antigo. O pessoal mais novo talvez aproveite melhor isso, porque começou desde o começo, então já vem (...) Agora, a dificuldade maior é a questão de recursos, né (...) A gente tem um médico de Pronto-Atendimento nosso...” (Usuários não-aderidos).

“Porque, além da questão da cultura, existe uma questão objetiva que são as relações dos associados com seus médicos antigos: isso não é uma questão cultural, é uma questão real. Você tem um médico da sua confiança, você vai consultá-lo e quando ele é dedicado – existem muitos médicos dedicados –, ele vai te orientar quando você sente um outro tipo de problema. Muitas vezes, ele descobre em você uma doença que não é da especialidade dele e te remete pra um amigo dele, te remete a algum médico de confiança. Então, esse grupo, nosso grupo, grupo de aposentados, é muito mais difícil, não por uma questão cultural, não, mas pela questão objetiva, que já tem os seus relacionamentos médicos. Então, aquele primeiro grupo, o pessoal da ativa, eu acho que é mais fácil a implantação, que eu acho que é positiva” (idem).

Tais entraves históricos e culturais para a aceitação da ESF são bastante enraizados e, para que esta venha a representar uma opção assistencial razoável para a maioria dos usuários e uma transição tecnológica real nessa operadora, seria necessário o que alguns entendem como mudança de paradigma:

“A questão da unidade, da estratégia, ela está entre o político e o econômico, que a pessoa não tem a percepção do cuidar, do antecipar, do prevenir, ela não tem a percepção. Não é só a percepção, ela tem mais a percepção de quando ela está doente, ela tem que ter cuidado. Ela ainda não entende que o prevenir é melhor do que o curar. É assim, é a grande quebra que tem que haver, nós estamos caminhando para isso, mas é uma dificuldade muito grande, porque é aquilo que eu falei: a quantidade de informações que você recebe ainda é mais de cura do que prevenção. A partir do momento em que os planos de saúde investirem em prevenção e não em cura, as revistas e as reportagens passam a fazer de

prevenção e não mais de cura, aí você muda a cabeça de muita gente” (Conselho de Usuários).

“(...) A estratégia tem que quebrar o paradigma, tem que mudar a mentalidade das pessoas em relação ao cuidar de sua saúde. Além de ser um modelo inovador, pioneiro, quando você é pioneiro em alguma coisa você tem que sair abrindo a mata, você vai encontrar um monte de obstáculos em todos os aspectos. (...). Porque o mercado tem uma cabeça diferente daquela que a gente está querendo implantar, o usuário está acostumado a um outro tipo de atenção diferente a esse que a gente está implantando. Então você tem que convencer muito as pessoas, as pessoas têm resistências” (idem).

Por conta disso, a operadora tem investido em atividades de prevenção nos próprios locais de trabalho, numa tentativa de transformar essa cultura e reverter o quadro:

“Vão até a unidade de negócios e fazem um trabalho, fazem uma atividade que a gente pode aplicar dentro do banco. Tem equipes dentro das agências que solicitam o trabalho da operadora, que é um trabalho realmente de prevenção. Ela faz atividades, faz palestras, trata de determinados assuntos até que o pessoal pede. Tem programas que a autogestão tem para desenvolver dentro das unidades, que nós chamamos então de estilo de vida saudável empresarial. Estilo de vida saudável que acontece dentro da unidade (...). Esse diálogo começa a acontecer para mudar a cabeça do usuário” (idem).

“É que os funcionários da empresa vão até os locais de trabalho e fazem essa atividade, que muda a cultura. Então começa a apresentar o que cada profissional faz, fala sobre determinados assuntos do programa, começa a trabalhar com a prevenção. A gente vai fazer palestras, entra no dia da mulher, entra na CIPA, tem várias outras falas da equipe, vão às unidades de negócio de trabalho à noite” (idem).

“Mas existe aí a possibilidade de fazer o trabalho noturno, porque nós fizemos uma atividade lá onde ele trabalha que foi no outro horário (...) Mudar a cabeça do nosso usuário, começar a educá-lo a apresentar para ele o que é esse trabalhar com a prevenção e promoção da saúde, porque isso é importante para eles. Igual à água-mole-em-pedra-dura-vai-bater-até-que-fura” (idem).

“Do mesmo jeito que tem a credibilidade, nisso a gente quer passar essa credibilidade. Olha e funciona esse tipo de diálogo e como a gente acredita muito,

pode ter espaço, e quanto mais a gente puder espalhar. Por isso que ir lá, mesmo num horário ruim, acho que é o foco da operadora de estender mesmo, de abranger mais usuários. A estratégia, ela quer mais pessoas para participar. Funcionários que acreditam no programa (...)” (idem).

i) Os altos custos da ESF ou dúvidas a respeito dos seus custos-benefícios

Uma das críticas mais severas à ESF feita pelos usuários não-aderidos é o seu alto custo, considerando-se a capacidade instalada e a contratação de grande número de profissionais para cada unidade. Segundo eles, ser canalizado para melhorias na rede credenciada. Isso significa, segundo eles, uma duplicação do custo, que, por se sobrepor ao do modelo tradicional, passa a ter um caráter eminentemente somativo, ao invés de substitutivo (somativo por não eliminar a rede credenciada e pela baixa qualidade dos serviços da ESF, que não permite que se abra mão daquela).

“(...) Eu acho que deveria ter mais médicos lá na unidade de saúde e menos desses 17 que eles tão falando que eu nem sabia, eu sei que eles têm uma folha de pagamento de 80 mil, segundo dizem. Então, é muito dinheiro realmente aquilo lá, eu, no começo, quando era o Dr. Alfredo, briguei, não briguei com ele não, mas falei abertamente pra ele, vocês têm que arrumar lugar melhor, que se pudesse estacionar, que todo mundo bateu o carro naquela virada, de tanto cortar a fila do prédio...” (Usuários não-aderidos)

“(...) Se realmente os benefícios, ou não, que as unidades trazem hoje, existem críticas às unidades, no sentido de que elas são, talvez, mais deficitárias do que trazem mais benefícios. Se a conclusão for de que elas são úteis, realmente pode-se concluir que a quantidade é muito pequena. Se se concluir que realmente desse jeito é melhor não existir, aí então eles poderiam até ser até muitos” (idem).

“(...) Eu acho que medicina preventiva não há necessidade. Pelo dinheiro que a autogestão está gastando na medicina preventiva, que é o aluguel da casa, aquele monte de gente lá, três, quatro enfermeiras, três, quatro pessoas para ficarem atendendo ali, três, quatro médicos, um monte de faxineiros, porteiro, para quê? Se a saúde que a gente está precisando está péssima, você entendeu? Então é um dinheiro jogado fora (...) E todas as pessoas com quem eu converso é contra esses postos gastando dinheiro da autogestão” (Entrevistada).

“Lógico, cabide de emprego, sem sombra de dúvida, ali deve estar cheio de afilhados, nessas casas que estão alugando, com o dinheiro que tem a operadora, pagando uma fortuna de aluguel, só pode ser de alguém, inclusive essa da Unidade, me disseram que é um cara da FIESP, é tudo mandachuva, entre eles, um absurdo. (...) Gente, é uma mansão aquilo, para que aquilo? Nós temos três andares ali no Centro que é muito mais fácil de chegar, quem que chega lá, qual é a condução que chega lá? Eu vou de carro, porque não tem. (...) Um luxo extraordinário, é uma mansão. Não tem acesso, não tem condução, sendo que no centro da cidade nós temos três andares, que você pega o metrô e chega lá. Então, para quê? Aquele luxo, em uma das casas que funciona a unidade, é o maior absurdo do mundo, é dinheiro jogado fora. Eu estou revoltada, muito magoada, porque do mesmo modo como tem aquela casa, deve ter muitas outras pelo Brasil afora e muita gente comendo dinheiro da gente. E o atendimento é péssimo” (idem).

Os usuários aderidos são conscientes dessas críticas e as rebatem com o argumento de que o custo com a prevenção através da estratégia é menor do que com a cura, o que poderá ser comprovado ao longo do tempo:

“Quando eu digo, por exemplo, que qualidade de vida tem um custo, é claro que tem um custo. Então tem gente que potencializa o custo da locação, o custo da reforma, isso aí parece que pesa. No conceito dele, será que precisaria ter uma unidade como esta para atender o quê? Meia dúzia de velhos, então eu me incluí nesses velhos, eu digo, mas não sou eu que digo, por exemplo, que um doente alguma vez depois que ele entra no hospital, ele custa muito mais do que aquele que está utilizando todinho esse aparato aqui, para prevenir para que ele não fique doente” (Usuários aderidos).

Quanto ao fato de que a ESF é direcionada principalmente para a terceira idade, que, segundo algumas críticas, passa na ESF a consumir mais recursos do sistema de saúde do que as outras faixas etárias, há um depoimento claro a respeito para justificar essa opção:

“Eu só queria fazer um comentário em relação à unidade, o porquê da faixa etária (...) A população aqui é de mais ou menos umas 70 mil pessoas que seriam atendidas pela unidade. Então, o que a unidade fez? A gente escolheu um corte para começar esse atendimento na faixa que ele achava que seria a faixa que teria uma necessidade mais premente e um acompanhamento que aquela faixa tem uma frequência maior de uso médico. Então começou com 70 anos, depois com 60 anos

e depois com os aposentados. Ao mesmo tempo, a unidade também trabalha na medicina da empresa, ele presta serviço para a patrocinadora. Então, todo esse pessoal novo que está na empresa e que faz um exame periódico aqui, ele já vai criando um dossiê aqui com o médico, que vai lá no futuro ajudá-lo. Então vai haver um casamento uma hora, que toda a população vai estar atendida” (Usuários aderidos).

As críticas à duplicação do custo (isto é, ao seu caráter somativo) para um serviço considerado extremamente insatisfatório por um grande contingente de usuários são justificadas pelo fato de que este não faz jus à contribuição dos usuários mais antigos, que são obrigados a arcar com o ônus da nova proposta para cobrir os custos do sistema:

“E aí ele tem a percepção de que o que ele contribui e o que a empresa patrocinadora contribui, do que o que ele recebe para ele e para a família como assistência à saúde, já que aquela pessoa mais antiga tem a percepção do que ele contribuiu e ainda contribui, e que o que a empresa contribui é pouco para o que ele tem a receber (...)” (Conselho de Usuários).

Nesse sentido, os usuários antigos argumentam que a ESF pode até ser de utilidade para os que ingressaram recentemente na empresa, mas não para eles próprios:

“(...) Mas é um campo muito grande pra atendimento, porque não vamos esquecer o pessoal da ativa. O pessoal da ativa, que tem seus filhos jovens, que não chegaram ainda na idade da independência econômica, todos eles são assistidos pela autogestão, então existe todo um campo aí pra aplicação dessa Estratégia da Família” (Usuários não-aderidos).

“Talvez para eles seja interessante, no futuro, esse médico, talvez, mas eu acho que é um investimento muito grande com o nosso dinheiro, entendeu? Porque inclusive a mensalidade da OAG é uma porcentagem do nosso salário. Então, o jovem paga uma porcária e os antigos que ganham mais pagam uma fortuna. (...) de procedimento no laboratório, a gente também paga uma porcentagem e de acordo com o salário da gente. Então, que vantagem Maria está levando? (...) Por coparticipação, sendo que quando nós entramos, quando eu entrei na empresa, com o pessoal da minha época, não existia nada disso. Existia uma parcela única. Então eu pagava muito, de acordo com o meu salário, não existia coparticipação, todos os remédios que a gente necessitava a operadora fornecia, se bem que não era nem

fornecia, a gente comprava e levava a receita do médico com a nota. Não temos mais isso. Os profissionais e os hospitais eram melhores, que nós tínhamos até o Albert Einstein, atualmente nós não temos. Então, quem está tendo vantagem é a turma jovem, talvez, se os médicos realmente vierem a funcionar. Os médicos que eles colocaram lá, né? Talvez, porque isso é uma pergunta que nós não temos ainda, só o futuro irá dizer (Entrevistada).

A dimensão identitária: a autorrepresentação dos usuários

As diferentes formas de pertencimento à história da operadora e da empresa patrocinadora, já destacadas anteriormente, além de influenciarem na percepção dos usuários em relação à ESF como forma de reorganização da modelagem assistencial nessa operadora, condicionam também comportamentos e formas de autopercepção do usuário específicos em relação a essa realidade, o que corresponde ao modo como o usuário vê a si próprio e os outros nesse processo, ou seja, sua autopercepção como um coletivo, ainda sob a perspectiva do ordenamento dos níveis de percepção. A própria estratificação dos usuários conforme sua posição histórica na empresa, por eles mesmo descrita, já revela um alto grau de discernimento da própria situação e um apuramento dessa autopercepção. Nesse item, são apresentadas indicações de como as representações dos trabalhadores devem ser compreendidas e consideradas no processo de transição tecnológica, no caso estudado, a implantação da ESF, pois elas têm ou podem vir a ter um forte peso na maior ou menor adesão dos trabalhadores às mudanças pretendidas.

Sob essa perspectiva, emergem alguns achados que conformam a concepção que os mesmos têm da ESF como expressões de suas diferentes pertencas ao mundo organizacional, como apontado a seguir:

“E a gente acaba fazendo parte de um determinado estrato social que confunde um pouco prevenção de saúde, essa questão toda, confunde com o que é o SUS. Essa coisa que você vai num lugar único para ser atendido, então a pessoa acaba fazendo um pouco essa alusão ao que é o Sistema Único de Saúde. Uma questão de autoestima se percebe diferenciado (...) que é uma questão de cultura também” (Conselho de Usuários).

“A gente tinha um atendimento diferenciado, ou seja, nós somos diferenciados da população (...)” (idem).

“O funcionário da empresa patrocinadora (...) tem uma percepção de classe média, uma coisa assim que enxerga o sistema de saúde como uma coisa ruim, de qualidade inferior” (idem).

“(...) Uma questão de autoestima se percebe diferenciado (...) que é uma questão de cultura também” (idem).

“A gente tinha um atendimento diferenciado, ou seja, nós somos diferenciados da população (...)” (idem).

“Não chega a ser um preconceito, mas é um pré-conceito. (...) Ele já está pré-estabelecido, já está pré-conceituado, já é uma carga que vem, não é somente um preconceito, não chega a ser somente um preconceito contra o serviço público, mas é um pré-conceito do que é o serviço público, é um pré-conceito do que nós já tivemos, a gente carrega muito isso. Ah, porque há tantos anos atrás era assim, saudosismo...” (idem).

“(...) Uma imagem lá atrás enquanto o INSS, INAMPS, ali para trás era um serviço ruim e o funcionário da empresa patrocinadora (...) tinha um salário, sei lá como, em que patamar, e tinha uma assistência de saúde que naquela época era possível ter, então isso daí veio vindo ao longo desses anos e modificou bem a situação. O funcionário da patrocinadora... já não tem mais um salário lá em cima, já houve vários acordos, várias coisas, isso eu também acho que é um dificultador” (idem).

É relevante o fato de que essas diferentes visões decorrentes de diferentes pertencas à empresa patrocinadora incluem os seus próprios funcionários – e usuários do sistema – entre si:

“Eu queria falar uma coisa, eu queria falar uma coisa que eu acho que é a mais importante. O que aquele senhor aí disse, ele tem toda a razão (...). Então, o que nós fazemos, o que a gente vê, como ele disse, é verdade. A gente vê na associação aqueles camaradas, que, inclusive, aí vem a questão, eu acho até, de educação, do mau gosto de misturar arroz e feijão com macarronada, põe pastel em cima, aquele prato que é uma desgraça... Né? E são pessoas da empresa patrocinadora, o camarada entra por concurso, uma pessoa que geralmente tem uma certa... coisa, mas é uma coisa do outro mundo” (Usuários não-aderidos).

“O pessoal da ativa hoje não tem o espírito de corpo que o pessoal tinha. Hoje o pessoal da ativa está na empresa, eles não são dela. É uma coisa, uma visão um pouquinho diferente” (Usuários aderidos).

“(...) [A ESF] é a categoria econômica, porque a operadora teve uma primeira classe, comparando com as outras. A OAG seria uma primeira classe, depois vem a classe econômica”.

A importância da já citada estratificação histórica dos usuários na autopercepção dos usuários que, por sua vez, influencia sua autopercepção a respeito da estratégia, é recorrente e aparece novamente com a pergunta sobre as razões pelas quais usuários conhecidos não utilizavam a estratégia:

“Essa moçada, que é uma faixa que vai do pessoal que tem 40 anos ainda e está na ativa, até o pessoal que está com 60 anos, particularmente o pessoal de 50 a 60 anos foi muito bombardeado em termos de empresa (...) Então eles tiveram todo um declínio financeiro, a empresa se desmontou nessa época. Então, é isso que eu digo que muita gente acaba se afastando da empresa, porque o pessoal que se aposentou com mais idade nela tem uma alegria muito grande em relação à organização. Nós que temos uma aposentadoria recente, o que a gente passou na empresa foi uma coisa terrível de tão (...) Muita gente quer saber de se livrar do emprego, não quer mais o empregador nada e essa história toda. Então esta população hoje acaba até sendo uma população que acaba ficando desprotegida de tudo em função do que precisa ser feito um trabalho (...), só isso” (idem).

“Acho que, no caso da empresa (...), você falou dos funcionários, acho que também a pessoa deve achar que ela se deu tanto a vida inteira e talvez tenha recebido tão pouco em troca, talvez ela não queira mais ligação com nada que possa lembrar de novo uma época que ela não achou tão legal” (idem).

V - CONCLUSÕES

A continuação da prospecção do campo através da abordagem dos usuários permitiu enriquecer e ampliar os achados obtidos com os membros da alta direção e da gerência intermediária, confirmando a idealidade do discurso da ESF como estratégia de transição tecnológica e seu distanciamento atual em relação ao mundo e às necessidades dos usuários.

Os dilemas e os impasses da transição tecnológica observados na operadora refletem um processo ainda não consolidado, podendo ser compreendidos não apenas pela sua natureza jurídico-empresarial, mas como pelas transformações históricas vividas com a implantação da política de recorte neoliberal da empresa patrocinadora (redução de quadro de pessoal e de salários, associado a uma maior cobrança de produtividade, visando a redução de custos e aumento da competitividade no mercado), a partir da década de 1990. Assim, desde o início, é possível constatar a existência de um campo em completa transformação, com um alto grau de complexidade que, ao longo da sua história, vem produzindo uma multiplicidade de usuários, o que se traduz em um espectro amplo de compreensões e percepções acerca da transição tecnológica que vem sendo conduzida por esta organização. Não há, portanto, “o olhar do usuário”, mas múltiplos olhares, marcados pelo modo de inserção na vida organizacional.

É visível também a ambivalência da própria autogestão em relação ao “tudo-pode” e à regulação, entre a sua face pública e uma outra cada vez mais privada, entre o proceder do público e nele se inspirar e ter que sobreviver em uma economia de mercado, para o que o direcionamento e o controle de custos são vitais.

O dilema central da operadora está evidenciado pela existência de dois modelos em disputa: o tradicional e a Estratégia Saúde da Família. O núcleo tecnológico do trabalho sofre influência dos interesses corporativos e de classe, pela falta de clareza dos dirigentes sobre a missão nuclear da ESF, dificultando, assim, as mudanças de modelo assistencial.

A micropolítica do processo do trabalho não sofreu alteração. A organização tecnológica do processo de trabalho permaneceu a mesma, mantendo-se o poder do médico em relação aos outros profissionais da equipe, respaldado pela própria procura da clientela da unidade ESF.

O impacto da implantação da ESF não é conhecido pela autogestão: não há dados confiáveis sobre a utilização dos serviços, nem sobre a melhoria da qualidade assistencial.

Não houve articulação dos serviços próprios (ESF) com a rede credenciada, bem como a sensibilização dos usuários para a procura das unidades próprias da operadora. As duas redes (própria e credenciada) correm em paralelo, não havendo disputa entre elas. O usuário fica “solto” no sistema.

A esperada quebra de paradigma assistencial não aconteceu: do modelo médico centrado para um modelo de atenção valorizando a soma de saberes de uma equipe multidisciplinar, o vínculo, a responsabilização e a autonomia do usuário, humanização da relação com os profissionais de saúde e a autogestão.

O compromisso idealizado para a ESF como eixo ordenador do modelo assistencial não se firmou. A ESF não foi substitutiva da rede credenciada e sim somativa (serviços próprios e rede credenciada), com provável aumento das despesas devido à utilização simultânea dos dois modelos.

A transição tecnológica é percebida e compreendida pelos dirigentes, funcionários e usuários da autogestão. A regulação exercida pela ESF é interpretada de forma diferente pelo usuário aderido (necessária para a gestão do cuidado, pelo menos enquanto não significar alguma restrição ao consumo livre de especialidade), e pelo não-aderido (cerceamento à busca da rede credenciada e necessidade do controle de gastos).

O distanciamento entre a idealidade do discurso da ESF e o mundo dos usuários decorre das contradições intrínsecas de sua formulação e operacionalização, bem expressos nos problemas já enumerados (em grande parte decorrentes das questões anteriormente aludidas que envolvem o seu financiamento) e da coexistência de dois modelos polares, que representam duas lógicas assistenciais em disputa, que correm paralelamente com o aval institucional. Assim, enquanto o modelo assistencial tradicional representado pela rede credenciada continua atuando sem muitas amarras, parece não existir, de fato, um investimento econômico mais substancial para tornar a ESF uma alternativa assistencial viável.

Desse modo, o estudo pode ser considerado bem-sucedido em relação ao seu objetivo maior: tentar captar, para além das avaliações tradicionais de satisfação, a complexidade e a riqueza da percepção dos usuários sobre as

transformações em curso. Percepção construída tanto a partir das suas vivências como utilizador dos serviços para fazer frente às suas necessidades de cuidado, como participante de uma singular cultura organizacional, com seus sentidos e valores compartilhados.

VI – REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) – acesso www.ans.gov.br em 30.01.2010, às 17h.51min.

Alves-Mazzotti, AJ. “*Usos e abusos dos estudos de caso*”. Cad. Pesqui. vol.26 no. 129. São Paulo, 2006.

Associações de Funcionários do Banco do Brasil. Periódicos (vários), 1988-2007

Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI). Cadernos das reformas estatutárias, 1989, 1992 e 1996.

Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI). Informativos e Jornais. CASSI-SP (vários), 2008-2009

Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI). Relatório anual de 2003, 2004 e 2007.

Contandriopoulos, 1994; Deslandes, SF. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, 1997.

Denis, Jean-Louis; Champagne, F.; Contandriopoulos, AP; Pineault, R. A Avaliação Na Área da Saúde: Conceitos e Métodos. IN: Hartz, ZMA(org). “*Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*”. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2000.

Escorel, S. & Teixeira, LA. “*História das Políticas de Saúde no Brasil*” IN: Giovanella, L (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p.333.

Esperedião MA, Trab Lab. *Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais*. Cad. Saúde Pública. 22(6), 2006. p.1267-76.

Goode, W. & Hatt, P. *Métodos em pesquisa social*. Companhia Editora Nacional São Paulo, 1975. p.432-433.

Merhy, E.E. *Reflexões sobre as Tecnologias Não Materiais em Saúde e a Reestruturação Produtiva do Setor: um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo*. Tese de livre-docência, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas. Campinas, 2000.

Merhy, EE & Franco, TB “*Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica na Saúde*”. mimeo, s/d.

Minayo, MCS *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde*. Editora: Hucitec. Editora: ABRASCO. Rio de Janeiro, 1994.p.22.

Sindicato dos Bancários e Financeiros de São Paulo, Osasco e Região. Periódicos (vários), 1988-2007.

Stake, R E Case studies. IN: Denzin, N K & Lincoln, Y. S. (ed.) *Handbook of qualitative research*. London: SAGE, 2000. p. 435-454. Yin, RK. *Case study research: design and methods*. Editora: SAGE. London, 1984 e USA, 1990.

Thiollent, M. *Crítica Metodológica, investigação social e enquete operária*. Livraria e Editora Polis Ltda. São Paulo, 1.981.

Tollendal, FAP. *História da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil – 1944-2002*”. mimeo, 2002.

Velsen, VA “*Análise Situacional e o Método de Estudo de Caso Detalhado*”. IN: Bianco BF (Org.) *Antropologia das Sociedades Contemporâneas – Métodos*. Editora: Global Universitária–Antropologia, 1987.

VII – SÍTIOS CONSULTADOS NA INTERNET

www.ans.gov.br em 14.03.08, 15.06.09 e 30.01.10

www.cassi.com.br em 14.03.08 e 15.06.09

www.abramge.com.br em 30.01.10

www.datasus.gov.br em 30.01.10

VIII – BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Aciole, GG; Cecílio, LCO (org.); Costa, MA; Franco, TB; Iriart, CB; Jorge, AO; Malta, DC.(coord.) e Meneses, CS. *Microregulação no Setor Suplementar de Saúde e Organização da Assistência aos Usuários dos Planos de Saúde*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde-Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2004.

Arouca, AS. *O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: Editora Unesp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

Bahia, L & Scheffer, M. “Planos e Seguros Privados de Saúde”. IN: Giovanella, L. et al *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p.507-543.

Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI) – carta circular no. 88/06. Rio de Janeiro, 1988.

Cecílio, LC. “As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde”. IN: Pinheiro, R; Mattos, R. (Org.) *Os sentidos da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS- UERJ - Abrasco, 2001. p.113-26.

Cecílio, LCO (org.) *Inventando a mudança na Saúde*. São Paulo, Hucitec, 1994. p. 11-28.

Franco, TB. *Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica na Saúde: um olhar a partir do cartão nacional de saúde*. Tese – doutorado - Universidade Estadual de Campinas - código vtIs000313818. Campinas, 2003. p.85-96

Giovanella, L (org.) *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

Malta, DC & als. *Duas Faces da Mesma Moeda*. ISBN 85-334-0988-5. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde-ANS,2005.

Mendes, EV(org.) *Distrito Sanitário. O processo Social de Mudanças das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo, Hucitec/ABRASCO, 1993. p.159 a 185.

Meneses, CS *Mercado de saúde no Brasil, qualificação assistencial e transição tecnológica: um desafio regulatório para o Estado*. Tese (Doutorado). Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Campinas, 2004.

Merhy, EE & Onocko R (org.) *O Agir em Saúde, um desafio para o público*. Editora: Hucitec. São Paulo, 1997.

Merhy, EE “*Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida*” (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde), IN: Cecílio, LCO (Org.) *Inventando a mudança na saúde*. Editora: Hucitec. São Paulo, 1994. p. 117-60.

Merhy, EE “*Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde*”. IN: Merhy, EE e Onocko, R. (org.) *O Agir em Saúde: um desafio para o público*. Editora: Hucitec. Buenos Aires (Argentina) Lugar Editorial, 1997. p.71-112.

Merhy, EE *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. Editora: Hucitec. São Paulo, 2002.

Minayo, MCS (Org.) *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. Editora: Vozes. São Paulo 1999.

Pereira, IB & Lima, JCF (coord.). Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - EPSJV e Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. ISBN 85-98768-16-2. Rio de Janeiro, 2006.

Yin, RK. *Case study research: design and methods*. Editora: SAGE. London, 1984 e USA, 1990.

IX – ANEXOS

- Modelo Estruturado. Título do Projeto (Pesquisa-mãe): “Transição Tecnológica na Saúde Suplementar: uma avaliação na perspectiva do usuário”. Edital MCT-CNPq/ANS – no. 46/2006.
- Parecer da Comissão de Ética em Pesquisa, 27.04.2007.
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, 2008.
- Termo de Acordo de Troca de Informações entre a Unifesp e a Cassi – Caixa de Assistências dos Funcionários do Banco do Brasil, 05.06.2008.
- Ofício de encaminhamento do Relatório Técnico Final ao CNPq, 25.05.2009.
- Currículo Lattes do Mestrando – Folha de rosto.
- Currículo Lattes do Orientador, Prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio – Folha de rosto.