

# A Estratégia de Saúde da Família no setor suplementar: a adoção do modelo de atenção primária na empresa de autogestão

Mayara Lima Barbosa<sup>(a)</sup>  
Suely Deysny de Matos Celino<sup>(b)</sup>  
Gabriela Maria Cavalcanti Costa<sup>(c)</sup>

Barbosa ML, Celino SDM, Costa GMC. The Family Health Strategy in the supplementary sector: adoption of the primary care model in a self-management company. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1101-8.

The aim here was to analyze how the Family Health Strategy was put into operation in a company within the supplementary healthcare system. This was a case study conducted in state clinical units of a health insurance operator, in the cities of João Pessoa, Recife and Natal, Northeast, Brazil. Semi-structured. Semi-structured interviews were conducted with managers and healthcare professionals. For data analysis, we used the content analysis technique. Twenty-four interviews were conducted, from which two categories emerged: the care organization, which addressed professional composition and skill types and participants' registration; and the care processes, consisting of the subcategories: linkage, healthcare coverage/completeness and health promotion programs. The company's initiative is a step forward for the practices developed in the sector and is also capable of improving users' health.

**Keywords:** Family Health. Supplementary healthcare. Primary healthcare.

Objetivou-se analisar a operacionalização da Estratégia de Saúde da Família em uma empresa do sistema de saúde suplementar. Estudo de caso realizado em unidades clínicas estaduais da operadora de plano de saúde, nas cidades de João Pessoa, Recife e Natal, nordeste do Brasil. Entrevistas semiestruturadas foram realizadas com gerentes e profissionais da saúde. Para a análise dos dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo. Foram realizadas 24 entrevistas, das quais emergiram duas categorias. A organização assistencial, que aborda a composição/atribuições dos profissionais e o cadastramento dos participantes; e processos assistenciais, composta pelas subcategorias: vínculo, cobertura assistencial/integralidade e programas de promoção da saúde. A iniciativa da empresa constitui um avanço para as práticas desenvolvidas no setor e ainda é capaz de melhorar a saúde dos usuários.

**Palavras-chave:** Saúde da Família. Saúde Suplementar. Atenção Primária à Saúde.

<sup>(a)</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Estadual da Paraíba. Rua das Baraúnas, 351, bairro Universitário. Campina Grande, PB, Brasil. 58429-500. may.lb@hotmail.com

<sup>(b)</sup> Departamento de Medicina, Faculdade de Ciências Médicas. Campina Grande, PB, Brasil. deysny@hotmail.com

<sup>(c)</sup> Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, PB, Brasil. gabymcc@bol.com.br

## Introdução

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), entidade que regulamenta as operadoras e os planos de saúde privados no Brasil<sup>1</sup>, ao longo de sua história, vem estabelecendo normativas que visam contribuir para a satisfação dos usuários e prestadores de serviços, bem como equilibrar financeiramente as empresas deste setor<sup>2</sup>.

As mudanças propostas pela ANS e empreendidas na saúde suplementar advêm do despertar para a necessidade de mudança do enfoque exclusivamente assistencial das operadoras de planos de saúde, com ações e serviços pulverizados, para um modelo de atenção que utilize o cuidado integral como eixo condutor das ações de saúde<sup>3</sup>.

Desse modo, nos últimos anos, a ANS vem estimulando a adoção de programas de promoção da saúde (PS) pelas operadoras, tendo em vista a iniciativa do setor público de saúde em realizar investimentos nas áreas de atenção primária. O Sistema Único de Saúde tem reorganizado sua rede assistencial baseada na Estratégia de Saúde da Família (ESF), apontando para uma assistência universal, descentralizada e integral<sup>4</sup>.

Baseada nesse contexto, a ANS publicou em 2005, a Resolução nº 94, que dispõe sobre os critérios para o deferimento da cobertura com ativos garantidores da provisão de risco condicionada à adoção, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de programas de promoção à saúde e prevenção de doenças de seus beneficiários<sup>5</sup>.

Seguindo esta perspectiva, com o objetivo de incorporar a atenção integral em sua assistência, a operadora selecionada para ser campo desta pesquisa optou por desenvolver, junto aos seus beneficiários, um sistema similar ao adotado na Estratégia de Saúde da Família/Ministério da Saúde (MS).

Ante a tais aspectos, objetivou-se descrever a operacionalização da Estratégia de Saúde da Família em uma empresa de autogestão do sistema de saúde suplementar por meio da vivência dos profissionais envolvidos.

## Metodologia

Optou-se pelo desenvolvimento de um estudo de caso. Esse tipo de metodologia caracteriza-se pelo desenvolvimento de pesquisa aprofundada sobre um fenômeno ou objeto, em que se almeja o conhecimento amplo e detalhado, dificilmente alcançado por outros delineamentos<sup>6</sup>. De abordagem qualitativa, a pesquisa foi realizada no período de novembro/2011 a março/2012, em unidades de ESF de uma operadora de plano de saúde do tipo autogestão, nas cidades de João Pessoa-PB, Recife-PE e Natal-RN.

A seleção dos sujeitos da pesquisa respeitou critérios gerais de inclusão<sup>6</sup>. Entre os gerentes de unidades, era necessário que trabalhassem em unidades da operadora, com a estratégia implantada há, pelo menos, seis meses. Entre os profissionais de saúde, estes deveriam compor as equipes de estratégia de saúde da família, minimamente pelo mesmo período.

Durante a fase da coleta de dados, utilizaram-se roteiros de entrevistas semiestruturadas sobre ESF<sup>7</sup> adaptados para a realidade deste estudo. Para a etapa da análise, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo<sup>8</sup>. Após esta etapa, emergiram as seguintes categorias: organização assistencial e processos assistenciais (vínculo, cobertura assistencial/integralidade e programas de prevenção de doenças).

Os sujeitos receberam códigos para garantir o anonimato e autorizaram a inclusão/participação na pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. A pesquisa foi apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba.

## Resultados e discussão

### Caracterização dos sujeitos

Os gerentes das unidades clínicas estaduais são do sexo masculino, com média de idade igual a 38,66 anos. Destes, dois cursaram Administração de Empresas e um, Ciências Contábeis; todos relataram possuir pós-graduação, nas seguintes áreas: Gestão de Planos de Saúde; Gestão de Sistema de Saúde e MBA Gestão Empresarial. O tempo médio de atuação na empresa foi de 14,66 anos, sendo os últimos sete anos dedicados, também, ao trabalho nas unidades estaduais de assistência à saúde para a reformulação do modelo assistencial.

No grupo dos profissionais de saúde, 21 sujeitos participaram da pesquisa. Destes, seis eram do sexo masculino e 15 do sexo feminino, apresentando média de idade igual a 40,28 anos. Em relação à formação, três profissionais referiram possuir o curso médio, 18 declararam possuir cursos de graduação na área da saúde. Dentre estes, 17 relataram ter concluído a pós-graduação. O tempo médio de atuação na empresa correspondeu à média de 11,5 anos, sendo 4,9 anos destinados na ESF.

#### 1ª categoria: organização assistencial

A organização da ESF para garantir a assistência integral aos usuários deve compreender, dentre vários aspectos, a presença de equipe multidisciplinar para o desenvolvimento de ações individuais e coletivas com vistas à: promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação de uma população adscrita<sup>9</sup>.

Dessa forma, para garantia da integralidade, em cada unidade de saúde estadual da operadora em estudo, existem as equipes nucleares, compostas por médico e técnico de enfermagem, e, ainda, os Profissionais de Equipe Multidisciplinar (PEM) – psicólogo, nutricionista, assistente social e enfermeiro. A presença de todas essas categorias profissionais varia de acordo com o porte da unidade de saúde, mas há sempre a presença da equipe nuclear e enfermeiro<sup>10</sup>.

Todos esses profissionais devem identificar as circunstâncias geradoras de risco e/ou os demais problemas aos quais os usuários podem estar expostos; e realizar atendimentos e trabalhos de educação em saúde, individuais e coletivos, que sejam capazes de fomentar a melhoria da qualidade de vida entre os participantes da ESF no sistema suplementar<sup>10</sup>.

A atenção da equipe nuclear nessas unidades deve estar direcionada para a assistência clínica, que se constitui em momentos estratégicos para o fornecimento de informações preciosas para a saúde dos usuários, sobretudo acerca de aspectos que minimizam as possibilidades de adoecimento da população e também contribuem para uma melhor qualidade de vida<sup>11</sup>.

Em conjunto, as atividades de promoção da saúde devem ser realizadas, pois, embora a consulta tenha sua importância reconhecida, não se configura como única e principal atividade na consolidação de um modelo voltado para além da cura e/ou prevenção de doenças, mas para, essencialmente, a promoção da saúde<sup>12</sup>.

Em se tratando dos PEM, estes oferecem suporte a todos os usuários da ESF, independente do grupo a que pertencem, e, também, coordenam a execução de programas de saúde específicos e pertencentes à estratégia<sup>10</sup>, sendo responsáveis, portanto, pela execução de atividades individuais e coletivas.

Essa prática assistencial denota a mudança do enfoque na assistência, em virtude do desenvolvimento não apenas das atividades individuais, característica do sistema suplementar, mas, também, a inserção de ações coletivas. Estas, na ESF, propiciam o intercâmbio de experiências, a partir das relações transversais, e contribuem fortemente para o empoderamento da população de usuários, estimulando a autonomia<sup>13</sup>.

A articulação das atividades individuais e coletivas, a partir de equipes multidisciplinares, na assistência imprimida pela ESF no âmbito público, deve ser resolutiva, identificando precocemente as necessidades e demandas de saúde da população, e objetivando a ampliação da autonomia entre os usuários<sup>14</sup>. Nesse sentido, a ANS almeja esse cenário para o setor suplementar ao propor a reformulação de sua assistência<sup>3</sup>.

Sobre a organização dos usuários na ESF, a operadora em estudo estabelece a quantidade máxima de mil e duzentos usuários sob a responsabilidade de uma equipe nuclear (um médico e um técnico de enfermagem), e o cadastramento dos participantes nas equipes foi alvo de respostas conflitantes entre os sujeitos da pesquisa. Alguns gerentes e profissionais afirmaram que o cadastro almeja a homogeneidade nos grupos de usuários das equipes de saúde.

“O cadastramento da população é feito de forma a balancear entre os profissionais uma população que seja homogênea, tenta diluir a complexidade entre todas as equipes”. *agu*

“A equipe quem tem mais doentes crônicos recebe mais saudáveis, quem tem menos pacientes idosos, vai receber mais idosos”. *ap3*

Para que os usuários de uma equipe de saúde sejam homogêneos entre si, como descrito nas entrevistas, os perfis epidemiológicos da população composta tornam-se bastante complexos, situação que pode dificultar o atendimento de todas as necessidades de saúde encontradas, ao passo que, a presença de usuários com características semelhantes pertencentes a uma equipe de saúde da família contribui para a primeira aproximação do conhecimento epidemiológico da população<sup>15</sup>.

Entre outros sujeitos da pesquisa, o cadastramento de usuários obedece à lógica geográfica. Essa forma de organização dos usuários pode ser utilizada quando há mais de uma unidade de saúde na cidade e, por conseguinte, há organização dos usuários de acordo com a facilidade de acesso geográfico.

“Em linhas gerais é localização geográfica”. *rgu*

“Não há critério para ele ser vinculado a determinada equipe, a não ser a localização geográfica”. *bp1*

O critério geográfico presente na ESF, desenvolvida no Sistema Único de Saúde, é criado com a perspectiva de criar laços de compromissos ainda mais coesos entre profissionais e usuários nesta nova perspectiva de praticar saúde<sup>14</sup>. A partir da territorialização, é possível conhecer mais profundamente o cotidiano dos usuários participantes das equipes, aumentando a compreensão do processo saúde-doença, resultando em intervenções mais eficazes<sup>16</sup>.

Alguns profissionais de saúde ainda afirmaram que os idosos têm preferência para o cadastramento nas equipes de saúde da família.

“Ele é considerado prioritário para o cadastro quando ele alcança 60 anos”. *bp4*

“A maioria dos cadastrados são pessoas idosas”. *bp3*

A prioridade para cadastramento de idosos na ESF possibilita o gerenciamento de doenças crônicas e condições de risco, e pode estar relacionada à necessidade de reduzir os custos com a assistência, visto que esse público apresenta maiores risco de adoecimento relacionado à própria idade e condição física fragilizada ao longo do tempo<sup>17</sup>.

Os documentos publicados pela operadora de plano de saúde em estudo não apontam para quaisquer critérios para o cadastramento dos usuários no âmbito da ESF, o que justifica a divergência de falas relacionadas a esse aspecto. Entretanto, a ANS reporta para a necessidade da criação de critérios para a identificação de usuários, para a participação em ações implementadas, a fim de reformular a assistência à saúde<sup>3</sup>.

## 2ª categoria: processos assistenciais

Considerando que a operadora baseou sua implementação da ESF na proposta do SUS, a estrutura assistencial dos serviços articula: o acesso facilitado, a integralidade, a coordenação da atenção, o primeiro contato e o vínculo, a fim de configurar seus processos assistenciais, respeitando as evidências científicas e mundiais já reconhecidas e consagradas, para o suprimento das necessidades de saúde dos seus usuários<sup>10</sup>.

Dessa forma, esta categoria é formada pelas seguintes subcategorias, que refletem os processos assistenciais da estratégia na empresa: vínculo, cobertura assistencial/integralidade, acesso e programas de prevenção de doenças.

### Vínculo

O vínculo constitui uma característica primordial da ESF e consiste em desenvolver relações de confiança e afetividade entre o usuário e o profissional da saúde, sendo um potencial terapêutico, por permitir, ao longo do tempo, o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde<sup>14</sup>.

No caso da operadora em estudo, o estabelecimento do vínculo profissionais/usuários é possível por meio da organização da ESF, que prevê profissionais fixos para determinado grupo de usuários já estabelecidos, como destacado pelos entrevistados.

“A gente estabelece e tenta organizar o vínculo do participante com o serviço”. agu

“A gente tem um meio de cadastro e isso favorece o vínculo”. ap1

A formação de vínculos, evidenciada pelos trechos de entrevistas, é considerada positiva, ao passo que favorece a troca de experiência e o amadurecimento entre os indivíduos<sup>18</sup>. Em pesquisas similares, os usuários afirmaram que o vínculo é capaz de criar laços afetivos, favorece a solidariedade e o cuidado de si próprio<sup>17</sup>.

Ressalta-se, ainda, que o vínculo oferece o suporte necessário para a viabilidade desse tipo de assistência, a partir da existência de relações interpessoais entre profissionais e família<sup>3,10</sup>. Dessa forma, constitui condição *sine qua non* para o êxito da atenção reformulada, em virtude da característica longitudinal do programa, em que a atenção deve ser de longo prazo, a partir da edificação de relações de confiança entre profissionais e usuário<sup>10</sup>.

### Cobertura assistencial/integralidade

Entende-se por cobertura assistencial o rol de procedimentos a que os usuários de planos de saúde têm direito, de acordo com a legislação vigente e contrato firmado com a empresa prestadora do serviço<sup>10</sup>. É essencial que a cobertura assistencial possibilite a atenção integral do sujeito.

A ANS considera a integralidade da assistência como eixo fundamental para a implantação dos Programas de PS e prevenção de agravos, e, por conseguinte, na ESF desenvolvida no setor da saúde complementar<sup>3</sup>.

Conforme trechos dos discursos a seguir, as consultas individuais, exames, atividades coletivas e visitas domiciliares compõem o rol da cobertura assistencial oferecida para os usuários que participam da ESF, no plano de saúde cenário desta pesquisa.

“Telemonitoramento, aconselhamento, pré-consultas, consultas, as atividades coletivas falando de promoção de saúde e visita domiciliar”. xgu

“A consulta, o Grupo de Vida Saudável eu acho muito importante, essas reuniões”. xp6

Sobre a adoção da ESF proposta pela operadora de planos de saúde, é importante ressaltar que esta se baseia na proposta do setor público. Nesse intento, deve ser compreendida que a integralidade é um dos princípios que norteiam essa atenção nos dois âmbitos, conforme as publicações do Ministério da Saúde e da operadora de plano de saúde<sup>10,14</sup>.

A integralidade da assistência deve envolver unir e articular as ações de prevenção de agravos, promoção, vigilância, tratamento e reabilitação da saúde, com a finalidade de ampliar a autonomia dos usuários e coletividades, por meio de equipe multiprofissional, que desenvolve o processo de trabalho centrado no usuário<sup>14</sup>.

### Programas de prevenção de doenças

A ANS estimula a adoção de programas de prevenção de doenças e PS entre as operadoras de planos de saúde. A entidade regulamentadora propõe que os programas criados se constituam de estratégias que possibilitem orientar os indivíduos para o alcance do empoderamento, bem como haja incorporação de ações promotoras de saúde para cada ciclo vital ou condição de vida<sup>3</sup>. De acordo com os sujeitos da pesquisa, os programas desenvolvidos pela operadora são:

“Temos o Plena Idade, que é voltado para os idosos. Temos o Gerenciamento dos Crônicos, tem o Bem Viver que é relacionado à saúde mental ou acometidas de alguma deficiência motora ou psicossocial, temos o Programa de Atenção Domiciliar o PAD, ele dá o suporte ao cuidado em casa, tem o TABAS, que é o do tabagismo. Aí tem a PAF, Programa de Assistência Farmacêutica, ela reduz o custo do medicamento. Tem o Viva Coração. Para cada programa desse há um roteiro de conduta, uma rotina, em alguns tem protocolos a serem seguidos”. xgu.

“O Bem Viver que aceita os pacientes que tem dificuldade de locomoção. O programa Viva Coração, o TABAS dos fumantes, tem o de saúde mental”. xpb

Os programas referidos acima são pautados considerando a prevenção de doenças e agravos, pois se baseiam na epidemiologia e agravos específicos<sup>3</sup>. Dessa forma, são capazes de reduzir a vulnerabilidade dos sujeitos, trazendo para si os conceitos de vínculo e acolhimento, mas não operam na lógica da PS<sup>18</sup>.

A organização de programas desenvolvidos na ESF, conforme as entrevistas, utilizando ciclo de vida, doenças específicas ou por importância sanitária, surge na década de 1990, quando foram elaboradas várias propostas em consonância com o projeto de Reforma Sanitária Brasileira, como tentativa de reorganização dos serviços ofertados para mudança do modelo assistencial no sistema público<sup>4</sup>.

As reformulações pautadas na mudança assistencial no setor de saúde suplementar, paulatinamente tornam-se meios que visam a melhor qualidade de vida dos usuários, por primarem pela atenção integral, que possibilita a autonomia dos sujeitos e consolida as políticas públicas e iniciativas que incentivam as melhores condições de vida da população<sup>17</sup>.

### Considerações finais

A adoção da ESF no setor suplementar representa um avanço na tentativa de implantação de uma assistência voltada para a promoção da saúde, em detrimento da atenção médica tradicional prestada entre os planos privados de saúde. Apesar de baseada no modelo de saúde da família já empregado pelo sistema público, para que se mostrasse eficaz na operadora, foi essencial a adequação às necessidades provenientes dos usuários de planos privados de saúde.

A operadora estudada priorizou a integralidade das ações desenvolvidas pela equipe multidisciplinar de saúde, direcionando suas práticas às parcelas de usuários consideradas de risco, ou seja, que apresentavam maior carência relacionada à atenção/acompanhamento da saúde. Nesse sentido, a criação de critérios para o cadastramento contribui para o processo organizativo de implantação e continuidade da ESF no setor suplementar, como o objetivo de reduzir os gastos assistenciais

relacionados aos agravos evitáveis à saúde, e ainda conduzir para a melhor qualidade de vida de grupos específicos.

Por outro lado, a falta de consenso ou padronização para o cadastramento também revela dificuldades na organização da ESF. A coesão entre os profissionais sobre as propostas e os fundamentos da ESF constitui um aspecto fundamental, visto que o processo de trabalho é o resultado das ações de cada profissional de saúde na assistência aos usuários.

É importante considerar que a ausência da observação das atividades desenvolvidas na ESF se constituiu como limitação deste estudo, embora não tenha comprometido a análise dos dados e a discussão da questão norteadora.

Este estudo pode contribuir para a adoção de estratégias semelhantes por outras operadoras, ao passo que aprofundam e demonstram os pontos positivos no desenvolvimento de uma assistência à saúde integral e capaz de fomentar a autonomia dos usuários.

### Colaboradores

Mayara Lima Barbosa e Suely Deysny de Matos Celino trabalharam na concepção do projeto de pesquisa, na coleta de dados, na concepção do texto final e na revisão final. Gabriela Maria Cavalcanti Costa trabalhou na concepção do projeto de pesquisa, na concepção do texto final e na revisão final.

### Referências

1. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências [Internet]. Brasília; 2000 [acesso 2011 Jun 2]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9961.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9961.htm).
2. Pietrobon L, Prado ML, Caetano JC. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. *Physis* [Internet]. 2008 [acesso 2013 Feb 9]; 8(4):767-83. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312008000400009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312008000400009&script=sci_arttext)
3. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar. 4a ed. Rio de Janeiro: ANS; 2011.
4. Andrade LOM, Barreto ICHO, Cavalcanti CGCS. Modelos assistenciais em Saúde no Brasil. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho M, organizadores. *Epidemiologia e saúde*. 7a ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2013. p. 473-9.
5. Gil AC. Amostragem na pesquisa social. In: Gil AC, organizador. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6a ed. São Paulo: Atlas; 2010. p. 90-109.
6. Turato ER. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. 5a ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2011.
7. Ribeiro CDM. *Promoção e prevenção na saúde suplementar [dissertação]*. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal Fluminense; 2007 [acesso 2011 Jun 2]. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/pesquisas/ppss/index.php>
8. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Reto LA, Pinheiro A, tradutores. São Paulo: Edições 70; 2011.
9. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial União*. 22 Out 2011.

10. Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil. Equipes de Saúde da Família [Internet]. Bauru; 2013 [acesso 2013 Mar 13]. Disponível em: [http://www.cassi.com.br/site/pagina\\_int.asp?codConteudo=81](http://www.cassi.com.br/site/pagina_int.asp?codConteudo=81)
11. Afonso RR, Lemos A. Adesão nos grupos educativos em contracepção em uma área programática do Rio de Janeiro. Rev Enferm Cent O Min [Internet]. 2011 [acesso 2014 Mar 12]; 1(2):238-47. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/64/115>
12. Carvalho SR. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. Cienc Saude Colet [Internet]. 2004 [acesso 2014 Mar 12]; 9(3):669-78. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a13v09n3.pdf>
13. Barcellos C, Monken M. O território e o processo saúde-doença. In: Fonseca AF, Corbo ANDA, organizadores. Instrumentos para o diagnóstico sócio-sanitário no Programa Saúde da Família. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz; 2007. p. 225-65.
14. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília (DF): CONASS; 2011.
15. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1997.
16. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Cobertura assistencial: contratos, tipos de plano, coberturas obrigatórias, planos novos e adaptados. 3a ed. Rio de Janeiro: ANS; 2005.
17. Freitas PSS, Schwartz TD, Ribeiro CDM, Franco TB, Maciel ELN, Lima RCD. A percepção dos usuários sobre a oferta de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças: o caso de uma operadora de autogestão. Physis [Internet]. 2011 [acesso 2013 Maio 12]; 21(2):449-59. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312011000200007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000200007)
18. Reis ML. Estratégia de Saúde da Família no sistema de saúde suplementar: convergências e contradições de uma nova proposta [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2008.

Barbosa ML, Celino SDM, Costa GMC. La Estrategia de Salud de la Familia en el sector suplementario: la adopción del modelo de atención primaria en la empresa de auto-gestión. Interface (Botucatu). 2015; 19(55):1101-8.

El objetivo fue analizar la puesta en operación de la Estrategia de Salud de la Familia en una empresa del sistema de salud suplementaria. Un estudio de caso realizado en unidades clínicas estaduais de la operadora de seguro salud, en las ciudades de João Pessoa, Recife y Natal, nordeste de Brasil. Se realizaron entrevista semi-estructuradas con gerentes y profesionales de la salud. Para el análisis de los datos, se utilizó la técnica de análisis de contenido. Se realizaron 24 entrevistas, de las cuales surgieron dos categorías. La organización asistencial que aborda la composición/atribuciones de los profesionales y el catastro de los participantes, y también procesos asistenciales, compuesta por las sub-categorías: vínculo, cobertura asistencial/integralidad y programa de promoción de la salud. La iniciativa de la empresa constituye un avance para las prácticas desarrolladas en el sector y también es capaz de mejorar la salud de los usuarios.

*Palabras clave:* Salud de la familia. Salud suplementaria. Atención Primaria de la Salud.

Recebido em 06/01/15. Aprovado em 17/01/15.