

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS

UNIDADE ACADÊMICA DE EDUCAÇÃO ONLINE

MBA EM GESTÃO DE PROJETOS

GABRIELA HERRMANN CIBEIRA

Desenvolvimento de um Modelo de Cuidado baseado na Atenção Primária à Saúde

Porto Alegre

2020

GABRIELA HERRMANN CIBEIRA

Desenvolvimento de um Modelo de Cuidado baseado na Atenção Primária à Saúde

Artigo apresentado como requisito parcial para
obtenção do título de Especialista em Gestão
de Projetos, pelo Curso de MBA em Gestão de
Projetos da Universidade do Vale do Rio dos
Sinos – UNISINOS

Orientador(a): Profa. Dra. Viviane Inês Weschenfelder

Porto Alegre

2020

Desenvolvimento de um Modelo de Cuidado baseado na Atenção Primária à Saúde

Gabriela Herrmann Cibeira

Resumo

Há necessidade de serem desenvolvidos Modelos de Cuidado em Saúde inovadores e que auxiliem as indústrias a realizarem, com maior efetividade, a gestão da saúde de seus funcionários. Neste contexto, a utilização de processos estruturados de Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação nas empresas aliada aos métodos de Gestão de Projetos podem apoiar iniciativas de desenvolvimento de novos serviços para os portfólios. Diante disso, o objetivo deste trabalho é descrever a implementação de um novo modelo de Gestão de Saúde baseado nos princípios da Atenção Primária à Saúde. O Modelo proposto foi concebido a partir de workshops de escuta com indústrias gaúchas e validado com uma pesquisa bibliográfica. O Modelo foi testado em uma empresa de grande porte, localizada na grande Porto Alegre, sendo do segmento de metal mecânico. Como resultados, foi observado que 35% dos trabalhadores apresentavam Hipertensão Arterial, o que definiu a linha de cuidado prioritária a ser implementada. Além disso, apenas 1,8% foi encaminhado ao especialista, reforçando a eficácia do programa implementado. Conclui-se que o Modelo foi eficaz, embora ainda em andamento. Reforça-se que o processo de concepção de novos serviços, especialmente aqueles com foco na saúde, deve ser realizado junto com o cliente, objetivando atingir maior assertividade.

Palavras chave: Atenção Primária à Saúde, Inovação, Pesquisa e Desenvolvimento, Saúde.

Abstract

It is necessary to develop innovative Health Care Models which help industries to carry out the health management of their employees more effectively. In this context, the use of structured Research, Development and Innovation processes in companies combined with Project Management methods can support initiatives for the development of new portfolio services. Therefore, the aim of this work is to describe the implementation of a new model of Health Management, based on the principles of Primary Health Care. The proposed model was developed based on listening workshops accomplished with industries in the state of Rio Grande do Sul and validated with a bibliographic search. The Model was tested in a large company from the mechanical metal segment, located in the great Porto Alegre. As a result, it

was observed that 35% of workers had high blood pressure, which was defined as the priority line of care to be implemented. In addition, only 1.8% was referred to the specialist, reinforcing the effectiveness of the implemented program. It is concluded that the Model was effective, although still in progress. It is reinforced that the process of designing new services, especially those focused on health, must be carried out together with the client, aiming to achieve greater assertiveness.

Key words: Primary Health Care, Innovation, Research and Development, Health

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo descrever a concepção de um novo serviço de saúde para a Indústria gaúcha, desenvolvido pelo Serviço Social da Indústria do Rio Grande do Sul (SESI-RS), seguindo as premissas da sua organização de Pesquisa e Desenvolvimento (P&D). O SESI-RS, vinculado à Federação das Indústrias do Rio Grande do Sul (FIERGS), atua desde 1946, apoiando a indústria brasileira a reduzir gastos com saúde e a diminuir os índices de absenteísmo e presenteísmo, bem como a promover a qualidade de vida no trabalho. Juntas, federações estaduais e sindicatos patronais da indústria formam o Sistema Indústria, uma rede nacional de caráter privado responsável por iniciativas de apoio ao setor industrial brasileiro (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA INDÚSTRIA, 2018). A partir das demandas identificadas nas empresas pelas federações e sindicatos industriais, o Sistema oferece educação básica, formação profissional, capacitação empresarial e soluções técnicas e tecnológicas às indústrias.

Com o intuito de buscar o pioneirismo e a liderança tecnológica no desenvolvimento de novos serviços aderentes às demandas das indústrias gaúchas, o SESI-RS passou, especialmente a partir de 2017, com a concepção de uma Gerência específica de Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação, a investir em P&D. A partir de então, possui uma estrutura específica destinada às atividades de inovação, com uma equipe de técnicos e pesquisadores qualificados e recursos financeiros com esse fim. Por meio da instituição de um Ciclo de Inovação estruturado voltado à concepção de novos serviços para comporem seu portfólio, o SEI-RS ampliou sua atuação, inaugurando novos mercados antes ainda não explorados. Sabe-se que a estruturação da inovação na organização amplia seu lucro, na medida em que a empresa estará com monopólio temporário do mercado até que os concorrentes consigam produzir alternativas para competir com a inovação (SCHUMPETER, 1942).

Pesquisas, previamente realizadas com trabalhadores da indústria da construção civil, demonstraram que há necessidade de serem desenvolvidas ações de prevenção e promoção em saúde para melhorar sua condição global (LIMA, 2013). Outro estudo realizado com 1.057 trabalhadores avaliou especificamente condições de urgência odontológica associadas aos fatores sócio demográficos. Os resultados demonstraram que a menor escolaridade foi positivamente associada a menores condições de saúde ($p=0,04$). Neste estudo, contudo, não foram obtidas associações significativas entre condição de urgência odontológica e renda. No entanto, as maiores necessidades de urgência foram observadas em grupos de trabalhadores com remuneração mensal até 3 salários mínimos. Resultados similares também foram

observados em estudo realizado por Pinto (2006) com trabalhadores da indústria brasileira, em que as piores condições de saúde foram observadas em trabalhadores com menor faixa salarial.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Atenção Primária à Saúde (APS) pode ser definida como o primeiro ponto de contato entre o paciente e o médico, oferecendo atendimento abrangente e acessível. Além disso, a APS pode atender de 80% a 90% das necessidades de saúde de uma pessoa ao longo de sua vida (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008). A APS visa promover a organização dos serviços de saúde, sendo-lhe amplamente atribuída a função de primeiro contato para o cuidado e proporcionar o acesso integrado a outros recursos no sistema de serviços de saúde (DONALDSON, 1996; SALTMAN, 2006, STARFIELD, 2002). A APS deve responder à maior parte das necessidades em saúde de uma população, devendo ainda conduzir ações de saúde articuladas a outras abordagens políticas mais ampla (STARFIELD, 2002; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008). Estudos demonstram que uma APS bem estruturada, com serviços de primeiro nível integrados ao sistema e uma ampla oferta de ações de saúde, impacta positivamente nos indicadores de situação de saúde e produzem aumento da eficiência e qualidade com menor uso de medicamentos (DELNOIJ, 2000; MACINKO, 2003).

Internacionalmente, em países que possuem sistemas de saúde de caráter universal, observa-se que os serviços de APS são realizados por serviços clínicos ambulatoriais, em que o médico generalista exerce a função de *gatekeeper* (porta de entrada obrigatória e filtro para os serviços especializados), impactando positivamente na redução do uso das especialidades médicas oferecidas pelos planos de saúde, bem como das emergências (SALTMAN, 2006). No Brasil, desde o surgimento dos Centros de Saúde Escola nos anos 1920 até a atualidade, há várias tentativas de se organizar a APS especialmente vinculada ao Sistema Único de Saúde. Contudo, dada a desorganização e má gestão política e de repasses ineficientes de recursos, não se tem ainda um modelo consolidado. A exemplo do que ocorre em sistemas de saúde de vários países no mundo, o SUS apresenta-se hoje como um sistema fragmentado, que dificulta o acesso, gera descontinuidade assistencial e compromete a integralidade da atenção ofertada. Em outras palavras, com o sistema de saúde fragmentado, o SUS não dá conta de responder adequadamente às exigências colocadas por esse quadro de necessidades de saúde.

Ao longo do tempo, a APS tem se estabelecido como uma prática de gestão em saúde, especialmente no âmbito comunitário e na saúde coletiva. Os modelos de serviço na atenção primária aparecem, cada vez mais, como estratégias efetivas para melhorar o acesso de

pessoas que necessitam de cuidados e, ao mesmo tempo, para estimular o trabalho em equipe e a continuidade dos serviços.

Estudos realizados pela OMS demonstraram que os programas in loco – ou seja, estruturados com ambulatorios dedicados dentro da empresa ou em um local definido por ela – conseguem trazer resultados significativos. Dentre as mudanças estão reduções de 25% a 30% nos custos médicos e nas taxas de absenteísmo, em períodos médios de 36 meses (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Além disso, intervenções preventivas realizadas nos ambientes de trabalho, além de produzirem resultados sanitários, têm um efeito econômico muito positivo: redução de 27% no absenteísmo por doença, redução de 26% nos custos com atenção à saúde e um retorno econômico de 5,81 dólares para cada dólar investido (WORLD HEALTH ORGANIZATION E WORLD ECONOMIC FORUM, 2008).

Diante do exposto acima, o presente artigo visa descrever a implementação de um Modelo de Cuidado baseado nas premissas da Atenção Primária em Saúde em uma indústria gaúcha, respondendo a seguinte questão: Como ocorreu o processo de desenvolvimento de novo modelo de Gestão de Saúde baseado nos princípios da Atenção Primária em Saúde (APS) e quais os principais resultados que esse modelo trouxe para a empresa?

Essa pesquisa torna-se relevante na medida em que auxiliará as indústrias gaúchas a reduzirem seus gastos em saúde a partir da concepção de um Modelo de Cuidado baseado na Atenção Primária em Saúde. Há necessidade de serem desenvolvidas estratégias efetivas de contenção de custos com saúde, apoiando as organizações na gestão da saúde de seus funcionários. Além disso, a promoção da qualidade de vida no ambiente de trabalho impacta positivamente na produtividade, garantindo melhores resultados econômicos para a empresa.

Neste contexto, o presente trabalho está estruturado em seis tópicos. Primeiramente é apresentada uma fundamentação teórica acerca do tema na qual será apresentado o processo de consolidação de P&D no SESI-RS e a identificação da demanda. Após, são introduzidos os aspectos teóricos do projeto. Em seguida, é descrita a metodologia utilizada no desenvolvimento do piloto de teste da solução criada. Logo, são abordados os resultados obtidos e os principais achados durante o processo de pilotagem da nova solução de P&D. Por fim, é apresentada a discussão dos resultados comparando-os a outros estudos previamente realizados e a conclusão.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Processo de Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação nas Organizações

O processo de Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação nas organizações é fundamental para dar força competitiva às empresas. A relação entre inovação e organizações tem estado sempre presente em discussões estratégicas sobre posicionamento de mercado e ações de concorrência. A inovação pode se referir a um novo produto ou serviço, uma nova tecnologia de processo de produção, uma nova estrutura ou um sistema de gestão, ou um novo plano ou programa desenvolvido pelos membros da organização. A implementação de ideias para gerar procedimentos, práticas e melhores produtos - inovação - tornou-se uma ferramenta essencial para o sucesso, o desempenho e a sobrevivência organizacional. Inovações são frequentemente motivadas por intenções empreendedoras que visam atender novas demandas de mercado, agregar valor a bens e serviços já oferecidos ao mercado ou desenvolver novos. Esses processos refletem competências organizacionais que renovam a aptidão competitiva e contribuem para a longevidade da empresa (LEIPONEN & HELFAT, 2010).

Para que a inovação ocorra e gere seus frutos de modo otimizado em uma empresa, é necessário que se desenvolvam sistemas de gestão e de exploração do conhecimento das pessoas, bem como que as demandas de seus clientes sejam conhecidas. A partir disso, o uso dos recursos organizacionais podem ser investidos de forma mais assertiva, bem como o processo de desenvolvimento de novos produtos poderá ser melhor gerenciado (MUSIOLIK ET AL., 2012).

Diante do atual mercado competitivo que empresas, empresas, tanto de grande quanto de médio e pequeno portes, tem, cada vez mais, se dedicado a aprimorar seu portfólio a partir do aprimoramento de seus processos de Pesquisa e Desenvolvimento (RODRIGUES ET AL., 2011). Nos diversos setores da economia, a inovação tem orientado os esforços das estratégias pelo domínio de seus modelos (ANDERSON & TUSHMAN, 1990). Desse modo, a consciência de que a inovação é essencial para as empresas parece não ser novidade, contudo são poucas aquelas que conseguem associar a inovação ao modelo de gestão de negócios, fazendo com que este seja mais lucrativo e impacte positivamente em sua sustentabilidade.

2.2 Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação no SESI-RS

Os processos de desenvolvimento da inovação podem variar de empresa para empresa, sendo influenciados, entre outras coisas, pelo setor de atuação e pelo porte da empresa (CONDE & ARAÚJO-JORGE, 2003). No SESI-RS, esse processo foi iniciado em 2017, quando foi estruturada uma gerência específica de Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação. Além disso, em 2016, foi estruturado o Escritório de Projetos Corporativo com o intuito de

abarcam os projetos de P&D. Esse movimento foi decorrente da necessidade de o SESI-RS rever seu portfólio de serviços em saúde que até então eram prestados para os trabalhadores da indústria gaúcha.

A partir disso, foi estruturado um ciclo de desenvolvimento de novos produtos e serviços em saúde do SESI-RS, conforme demonstrado no Anexo I. O fluxo construído consistia em, primeiramente, identificar a demanda e necessidade do cliente. Após esse primeiro passo, o SESI-RS iniciava um processo de pesquisa básica, aproximando-se de startups, universidades e/ou consultores com expertise na temática em questão. Após, construía-se um protótipo do serviço a ser pilotado junto com a indústria parceira. Com o piloto finalizado, ajustes na solução eram realizados e, somente após esse processo finalizado, o serviço era incorporado ao portfólio e se encontrava pronto para ser oferecido a outras indústrias. Ressalta-se que todos os projetos de desenvolvimento de novos serviços foram vinculados ao Escritório de Projetos do SESI-RS, que desempenhou um papel de apoio na execução de todas as etapas do processo.

2.2 Contexto de Saúde na Indústria

Dados oriundos da Confederação Nacional das Indústrias (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA INDÚSTRIA, 2018), obtidos em 2017, apontaram que os trabalhadores consideram a saúde como elemento fundamental para seu bem-estar e para a produtividade no trabalho. Do ponto de vista das empresas, garantir a saúde dos trabalhadores é um aspecto importante de sua função social. É por essa razão que desafios relacionados à manutenção de ambientes de trabalho saudáveis, bem como o custo da saúde do trabalhador, têm sido ponto de discussão em fóruns que envolvam diferentes *stakeholders*, incluindo empregadores, operadoras de planos de saúde e trabalhadores.

A necessidade referida pelos participantes vai ao encontro do fato de que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) têm sido cada vez mais estudadas, devido às prevalências alarmantes evidenciadas em todo o mundo (WHO, 2014). São consideradas como DCNT doenças como as doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes mellitus e neoplasias. A epidemia de DCNT resulta em consequências devastadoras para os indivíduos, famílias e comunidades, além de sobrecarregar os sistemas de saúde (MALTA, 2014). Estudos apontam que as DCNT afetam mais populações de baixa renda, por estarem mais vulneráveis, mais expostas aos riscos e terem menor acesso aos serviços de saúde e às práticas de promoção à saúde e prevenção das doenças (MALTA, 2014;

ÁLVAREZ, 2012; BBEAGLEHOLE, 2011). A Organização Mundial da Saúde (OMS) avalia que pessoas com DCNT têm sua situação de pobreza agravada pelos maiores gastos com a doença devido à procura de serviços (WHO, 2014). Os custos socioeconômicos associados com DCNT impactam na economia dos países, sendo estimados gastos ao redor de US\$ 7 trilhões, durante 2011-2025, em países de baixa e média renda. Assim, a redução global das DCNT é uma condição necessária para o desenvolvimento econômico do século 21 (WHO, 2014).

Considerando que metade das pessoas no mundo é economicamente ativa e passa pelo menos um terço do seu tempo no local de trabalho, a produtividade torna-se, cada vez mais, uma medida da eficiência de uma pessoa, negócio ou país. O Brasil conta com 9.589.806 trabalhadores na indústria e cujas condições de saúde estão diretamente relacionadas à produtividade industrial e desenvolvimento econômico do país (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA INDÚSTRIA, 2018). Evidências reforçam que as DCNT resultam em um aumento nas taxas de afastamento e absenteísmo ao trabalho. Embora metade dos países tenha dados sobre saúde ocupacional e acidentes no trabalho, registros sobre riscos de DCNT e aspectos de estilo de vida dos trabalhadores ainda são informações escassas. Tem-se, portanto, o desafio de gerar informações para direcionar ações efetivas e de contenção dos sistemas de saúde, bem como o de preservar e restaurar a capacidade dos trabalhadores de se manterem economicamente ativos.

Certos riscos ocupacionais, como lesões, ruído, agentes carcinogênicos, partículas transportadas pelo ar e riscos ergonômicos são responsáveis por uma parte substancial da carga de doenças crônicas: 37% de todos os casos de dor nas costas, 16% de perda auditiva, 13% de obstrução crônica doença pulmonar, 11% de asma, 8% de lesões, 9% de câncer de pulmão, 2% de leucemia e 8% de depressão (WHO, 2013). Problemas de saúde relacionados ao trabalho resultam em uma perda econômica de 4-6% do PIB para a maioria dos países. Os serviços básicos de saúde para prevenir doenças ocupacionais e relacionadas ao trabalho custam, em média, entre US \$ 18 e US \$ 60 (paridade de poder de compra) por trabalhador. Neste contexto, cerca de 70% dos trabalhadores não possuem nenhum seguro para compensar o empregador em caso de doenças ocupacionais e lesões (WHO, 2013). No Brasil, os custos com doenças do trabalho chegam a R\$ 71 bilhões por ano, o equivalente a quase 9% da folha salarial do país, da ordem de R\$ 800 bilhões (MALTA, 2017). Atualmente, a competitividade do setor produtivo no Brasil vem sendo impactada pela elevada incidência de acidentes e lesões de trabalho, pelo aumento da prevalência de doenças musculoesqueléticas e pela crescente carga de adoecimento e morte decorrente de DCNT. Além desses custos mais

concretos e monetariamente tangíveis, há também os custos não percebidos e que são gerados por tais agravos à saúde, evidenciados por meio da perda de produtividade do funcionário e redução da capacidade de trabalho.

Por mais que fosse clara a alta prevalência de DCNT no mundo do trabalho, em 2017 o SESI-RS ainda tinha dúvidas quanto à abordagem a ser utilizada no desenvolvimento de seu modelo. Para tanto, iniciou-se a etapa de pesquisa, com o objetivo de subsidiar a construção de um protótipo para posterior pilotagem. Tinha-se consciência de que esse novo Modelo de Cuidado que apoiasse às empresas na gestão da saúde de seus trabalhadores e consequentemente reduzisse suas despesas de saúde teria de dar conta das DCNT. Contudo, ainda não estava definida qual seria a estratégia adotada no desenvolvimento desta solução inovadora.

Dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no Brasil, as grandes empresas gastavam em média 10,4% das suas folhas de pagamentos em 2012 com planos de saúde. Já em 2016, essa média havia subido para 11,6%. Em 15 anos, a previsão é que atinja 16,3%. Outros dados publicados em junho de 2017 também pela ANS, os médicos de planos de saúde brasileiros já pedem mais exames de tomografia e ressonância do que profissionais de países desenvolvidos. O número desses procedimentos cresceu 22% em apenas dois anos – o que, segundo a agência, pode ser um indicativo de que muitas solicitações estejam sendo feitas indevidamente. O resultado é inevitavelmente o aumento no custo das despesas de saúde pagas pelas indústrias que possuem plano de saúde para seus empregados. Além de custos crescentes, a ineficiência do sistema atual gera outros gastos para as empresas: afastamentos, perda de produtividade e insatisfação da equipe estão entre eles.

Na próxima seção, está descrita a metodologia de trabalho para o desenvolvimento do modelo de cuidado desenvolvido.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa, iniciado em 2019, e que possui resultados parciais que são apresentados na seção seguinte. O presente projeto foi realizado pelo Serviço Social da Indústria do Rio Grande do Sul e contou com a parceria de uma empresa de grande porte do setor calçadista, localizada na grande Porto Alegre. O desenvolvimento da solução Modelo de Cuidado SESI de Atenção Primária seguiu o protocolo de desenvolvimento de novas soluções do portfólio de serviços do SESI-RS que sustenta todo o processo de desenvolvimento de novos produtos na instituição (Anexo I).

Esse protocolo prevê seis etapas, que são: identificação da demanda, realização de pesquisa, criação do protótipo, pilotagem, realização de ajustes após o piloto e inserção no portfólio de serviços do SESI-RS. A seguir, apresentamos a descrição de cada uma das etapas:

1º) Identificação da demanda:

Ciente da necessidade em apoiar as indústrias no desenvolvimento de estratégias efetivas de gestão de saúde, o SESI-RS realizou workshops de escuta de empresas do Rio Grande do Sul. Diante disso e com o intuito de validar a problemática, o SESI-RS realizou dois workshops de escuta com representantes de empresas do estado. Foram utilizadas técnicas de *Design Thinking* e casos reais de empresas, em ambos os encontros, com o objetivo de fomentar a discussão sobre quais as principais dificuldades que as empresas enfrentavam no que diz respeito à saúde de seus trabalhadores.

2º) Pesquisa bibliográfica:

De posse da necessidade validada pelo cliente (indústria), uma equipe multidisciplinar de profissionais do SESI-RS realizou uma pesquisa na literatura científica com as palavras “Saúde Corporativa” e “Trabalho”, bem como “Healthcare” e “Work”. A pesquisa resultou em 84 textos elegíveis (incluindo artigos, dissertações e teses), dos quais 62 eram focados nas premissas da Atenção Primária em Saúde.

3º) Protótipo

De todas as metodologias encontradas na literatura, as premissas da Atenção Primária à Saúde foram consideradas as mais adequadas e capazes de contemplar as necessidades expostas pelo cliente. A escolha se deu especialmente pelo fato de a APS representar um conjunto de ações de cuidados essenciais à saúde, baseados em tecnologias acessíveis e que poderiam levar os serviços de saúde o mais próximo possível do trabalhador da indústria, constituindo, assim, o primeiro nível de contato com um médico de família e o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção.

Por ser considerada a porta de entrada do paciente para todas as necessidades com ações resolutivas e coordenação com os demais níveis de complexidade, considerou-se ser o método mais simples e de menor investimento para a empresa. Em contrapartida, gerando um melhor monitoramento da saúde de seus trabalhadores e uma maior economia nos gastos com planos de saúde.

Partindo de que a Atenção Primária à Saúde seria a base teórica de desenvolvimento da solução, criou-se um protótipo, conforme é mostrado no Anexo III. Seguindo os atributos da Atenção Primária, o protótipo deveria garantir:

- a) acessibilidade ao trabalhador;

- b) integralidade no cuidado;
- c) longitudinalidade das linhas de cuidado e;
- d) integração da gestão assistencial da saúde com a medicina ocupacional da empresa.

Além disso, o protótipo previa o estabelecimento das Linhas de Cuidado por gravidade de doença, bem como a criação de um *Concierge* em Saúde. Na literatura, a maior parte das evidências previa um modelo em que o paciente (ou trabalhador) deveriam procurar o atendimento quando tivessem algum problema. Contudo, dado que outros estudos demonstram que o monitoramento preventivo da saúde do trabalhador garante maior monitoramento e conseqüentemente ações de contingência podendo ser mais rapidamente implementadas.

A etapa de cocriação do protótipo contou com a contratação de uma consultoria médica e de enfermagem. A necessidade de estes profissionais serem inseridos nesta etapa foi oriunda da necessidade de se ter a visão de dois especialistas com experiência em Atenção Primária. Dado que se tratava de uma temática nova para o SESI-RS, investir em recursos técnicos havia sido apontado como uma premissa do projeto. Os consultores auxiliaram a equipe do SESI-RS na definição do perfil de profissionais a serem contratados para o desenvolvimento do piloto. Percebeu-se a necessidade de inserir no quadro de funcionários da empresa um Médico de Família e uma enfermeira com experiência em saúde coletiva. Além disso, o médico e a enfermeira consultores desenvolveram os protocolos médico e de enfermagem, respectivamente, bem como realizaram o treinamento dos novos membros da equipe de profissionais envolvidos no projeto.

4º) Pilotagem

O piloto foi iniciado em Junho de 2020 e realizado em uma empresa de grande porte, sendo que o Modelo contemplou o atendimento apenas dos trabalhadores, não sendo estendido a seus familiares. A pilotagem contou com a realização de um Mapeamento Epidemiológico o qual consistiu na aplicação de um questionário de 20 questões relacionadas às condições de saúde e perfil sócio econômico dos trabalhadores com um tempo estimado de resposta de 10 minutos. O questionário era auto aplicado e foi utilizando um questionário online, elaborado pela equipe do SESI-RS. A pesquisa ocorreu na empresa, sendo que a estrutura para os participantes responderem foi de responsabilidade da indústria parceira. Todos os funcionários foram convidados a participarem.

O Modelo de Cuidado estabelecido pelo SESI-RS baseava-se no princípio da alta resolubilidade dos problemas de saúde dos trabalhadores em seu local de trabalho,

encaminhando para atendimento de especialistas apenas quando houvesse necessidade. Diante disso, a acessibilidade aos serviços médicos e de enfermagem deveria ser fácil e a empresa piloto deveria oferecer a infraestrutura de um ambulatório, seguindo as normas e requisitos da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. No ambulatório, serão realizadas consultas e pequenos procedimentos médicos bem como de enfermagem.

Na próxima sessão, serão apresentados os resultados do trabalho. Os dados que serão apresentados são resultados parciais do projeto, tendo em vista que o mesmo ainda não foi concluído. A previsão de conclusão será em Março de 2021.

4 RESULTADOS

A partir dos dois workshops realizados e que reuniram 32 pessoas oriundas de oito empresas de todos os portes e dos mais variados segmentos (Anexo II), ficou claro que a utilização da metodologia preconizada pela Atenção Primária em Saúde seria a base para a construção do Modelo de Cuidado em Saúde a ser desenvolvido.

Diante disso, a primeira ação desenvolvida junto com a empresa foi um plano de comunicação da nova estratégia de gestão da saúde dos funcionários, com o intuito de sensibilizar os trabalhadores a utilizar o ambulatório da empresa como porta de entrada de qualquer queixa de saúde. A partir disso, foi possível iniciar o mapeamento epidemiológico que consistia em realizar uma avaliação de saúde de todos os trabalhadores. Após, foram estabelecidas as linhas de cuidado em saúde priorizando o atendimento à demanda de doentes reprimida e, na sequência, o desenvolvimento de um plano de ação de promoção de saúde aos trabalhadores sadios.

Além disso, foi estruturado um Concierge¹ em saúde baseado na atuação pró ativa da equipe de enfermagem. Conceituou-se como Concierge todas as ações de monitoramento do trabalhador, tanto em relação ao acompanhamento e feedback do tratamento prescrito, bem como a busca ativa de empregados que não realizaram quaisquer avaliações em saúde pela equipe do novo Modelo instituído pela empresa junto ao SESI-RS. Além disso, a equipe de enfermagem possuía a função de, a partir do mapeamento epidemiológico e junto com o médico de família, estruturar e desenvolver ações específicas motivacionais e de promoção da saúde na empresa com o intuito de minimizar faltas e afastamentos.

¹ Concierge em Saúde: estrutura de um ou mais profissionais responsáveis pelo monitoramento do trabalhador para que medicamentos sejam utilizados, consultas sejam agendadas e exames de monitoramento sejam cumpridos

Os resultados do Mapeamento Epidemiológico realizado indicaram que, dos 987 funcionários da empresa, 645 responderam à pesquisa. Verificou-se que 74% eram homens e 26% eram mulheres. A partir do mapeamento, evidenciou-se que 35% do total de empregados eram hipertensos e, pelo menos, 23% referiram fazer uso de algum medicamento de forma contínua. A maior parte das informações obtidas no mapeamento encontra-se na Tabela 1.

Tabela 1. Resultado do Mapeamento Epidemiológico

Variável	Categoria	N	%
Sexo	Feminino	168	26
	Masculino	477	74
Escolaridade	Fundamental	438	68
	Médio	187	29
	Superior	20	3
Tabagismo	Sim	77	12
	Não	568	88
Hipertensão Arterial	Sim	226	35
	Não	419	65
Diabetes	Sim	226	35
	Não	419	65
Uso de medicação	Sim	149	23
	Não	496	77
Peso corporal	Adequado	232	36
	Inadequado	413	64
Prática de atividade	Sim	77	12

física	Não	568	88
--------	-----	------------	-----------

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

De posse desses resultados, priorizou-se, junto à empresa, atuar na reversão dos quadros de hipertensão arterial prioritariamente. Estabeleceu-se então uma linha de cuidado para a reversão de duas Doenças Crônicas: Hipertensão Arterial e Obesidade.

Após a aplicação da pesquisa, todos os trabalhadores que apresentassem uma das duas doenças deveriam agendar uma consulta no ambulatório da empresa. Após a primeira consulta, esse trabalhador passaria a ser monitorado por meio do *Concierge* instituído. Além disso, seguindo as premissas da APS, a coordenação do cuidado era feita por uma enfermeira que, por meio de tele atendimento, monitorava a saúde deste trabalhador (relatos por telefone da aferição da pressão arterial, confirmação de uso do medicamento diariamente, bem como algumas orientações gerais). A finalidade do estabelecimento da linha de cuidado de hipertensos foi o de fortalecer e qualificar a atenção à pessoa com esta condição crônica, por meio da integralidade, da longitudinalidade e da coordenação do cuidado em todos os pontos de atenção. O mesmo foi desenvolvido para aqueles trabalhadores obesos junto de uma equipe multiprofissional que implementou ações com foco em alimentação saudável e hábitos de vida mais saudáveis na empresa.

Dado que o piloto iniciou em Junho de 2020, os resultados aqui apresentados são parciais. Contudo, já se tem um perfil de saúde da população que será atendida por esse Modelo de Cuidado. Além disso, foi possível perceber até o momento uma redução de 45% das queixas dos trabalhadores em relação a sintomas de hipertensão neste curto período, tendo em vista que o plano de cuidado priorizado, seguindo as premissas da APS, foi o de contenção da hipertensão, especialmente pela elevada prevalência da doença instalada. Além disso, do total de funcionários, 89% já se dirigiram ao ambulatório da empresa para a consulta com o médico de família. Outro dado importante é que somente 1,8% do total de trabalhadores atendidos foram encaminhados a um médico especialista externo à empresa, reforçando a alta resolutividade de problemas sem onerar despesas com o plano de saúde por parte da empresa.

5 DISCUSSÃO

Em apenas dois meses de pilotagem, o presente artigo demonstrou a redução de 45% das queixas de trabalhadores em relação à problemática mais prevalente na carteira de

trabalhadores, sendo que somente 1,8% consultou um especialista. Esses dados corroboram com estimativas da Organização Mundial da Saúde que demonstram que a APS deve resolver 80% dos problemas de saúde da população. Desse percentual, espera-se que somente entre 3% e 5% dos casos sejam encaminhados para médicos especialistas (WHO, 1978). É possível verificar que os resultados aqui apresentados estão em consonância com aqueles demonstrados pela OMS, porém considera-se que em apenas dois meses de piloto pode ser um tempo muito curto para se atingir os parâmetros demonstrados como ideais.

Ressalta-se, neste contexto, que a atenção primária é entendida como o primeiro contato do indivíduo na rede assistencial e surge da necessidade de expandir o acesso aos serviços de saúde a grandes parcelas de populações excluídas da assistência. No presente artigo, a operacionalização de um Modelo de Cuidado baseado na APS implicou em reorganizar o sistema de atendimento de saúde da empresa a partir da ideia de "horizontalidade" que pode permitir, por meio da integração com os outros níveis de cuidado, uma assistência continuada à população de trabalhadores (MENDES, 2011; STARFIELD, 2002). No entanto, garantir assistência continuada à população exige que os sistemas de saúde enfrentem os desafios de um mundo em transformação - mudanças sociais, educacionais, económicas, epidemiológicas e sanitárias (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

A APS deve ser a porta de entrada para o trabalhador, ou seja, o ponto de entrada de fácil acesso ao usuário para o sistema de serviços de saúde. Seguindo o princípio do primeiro contato orientado pela APS (STARFIELD, 2002), percebe-se que o serviço desenvolvido pelo SESI-RS seguiu essa premissa. Na empresa onde o estudo foi realizado, foi implementada uma campanha de sensibilização para os trabalhadores se dirigirem ao ambulatório sempre que precisassem, não devendo ir a um atendimento especializado em situações de urgência/emergência ou eletividade. No presente estudo, fica evidente que a acessibilidade foi favorecida, especialmente devido ao fato de que, em apenas dois meses, 89% de todos os trabalhadores já terem ido realizar, pelo menos, uma consulta na nova estrutura de atendimento implementada na empresa.

Um dos problemas centrais da crise dos modelos de atenção à saúde contemporânea consiste no enfrentamento das condições crônicas na mesma lógica das condições agudas. Neste contexto, a OMS previu, em 2003, que as DCNT seriam responsáveis por 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento no ano de 2020, sendo que a aderência aos tratamentos nesses países seria de apenas 20% (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003). Sabe-se, hoje, que as DCNT são responsáveis por cerca de 70% de todas as mortes no mundo, estimando-se 38 milhões de mortes anuais. Desses óbitos, 16 milhões ocorrem

prematuramente (menores de 70 anos de idade) e quase 28 milhões, em países de baixa e média renda (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). Esses dados estão em consonância com os achados no estudo, especialmente porque a Hipertensão Arterial, uma prevalente DCNT, foi a mais frequente entre os trabalhadores avaliados.

A longitudinalidade, um dos princípios da APS, foi fortemente evidenciado no presente estudo. Esse conceito favorece a menor utilização do plano de saúde disponibilizado na empresa, concentrado a utilização do ambulatório viabilizado na empresa. Essa relação foi evidenciada ao se perceber que somente 1,8% dos trabalhadores foram encaminhados para especialistas externos, reforçando o poder de solução do modelo na empresa. Além disso, a longitudinalidade favorece uma melhor atenção preventiva, melhor reconhecimento dos problemas do usuário, menor número de hospitalizações e, conseqüentemente, custos totais de saúde mais baixos.

O desenvolvimento de serviços de saúde, com integração da APS, aumenta a necessidade de desenvolver mecanismos de transferência de informações a respeito do paciente, dos seus problemas e da atenção recebida, entre os quais se destacam: a formação de equipe de indivíduos cujos canais de comunicação permitam que eles transmitam entre si informações importantes a respeito dos trabalhadores; prontuários médicos contendo informações precisas e completas a respeito do paciente; uso da atenção compartilhada entre médicos de APS e outros especialistas; continuidade dos profissionais ou equipes de profissionais nos serviços; e prontuários médicos ou sistemas de informações computadorizados (PORTELA, 2017). Tal fato corrobora com os achados deste estudo, tendo em vista que a empresa piloto percebeu a necessidade, ao longo do projeto, de modificar a sua estrutura ambulatorial, ampliando-a para o melhor desenvolvimento do modelo de atenção. Além disso, disponibilizou seus canais de comunicação com o trabalhador para que a equipe de APS do SESI-RS pudesse enviar materiais de comunicação e de promoção da saúde que compunham a campanha de sensibilização para o uso do ambulatório.

Percebeu-se que a integralidade no cuidado foi, sem dúvida, o ponto mais importante do serviço desenvolvido. Esse princípio permitiu conhecer as necessidades da carteira de trabalhadores atendida e organizar os recursos mais necessários e estratégicos para abordá-las. A integralidade é um mecanismo importante, porque assegura que os serviços sejam ajustados às necessidades de saúde da população. No presente estudo, ficou evidenciada essa necessidade. Quando foi realizada a reunião de *kickoff* do projeto junto com a alta gestão da empresa, verificou-se que o problema referenciado era o elevado número de afastamentos por

Doenças Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT). Contudo, a partir do princípio de integralidade da APS que prevê o mapeamento da população em estudo, verificou-se uma prevalência de 35% de hipertensos e, pelo menos, 23% referiram utilizar medicações contínuas. Diante dos dados coletados, percebeu-se que o principal problema de saúde da carteira de trabalhadores avaliada não eram as doenças osteomusculares, mas sim a hipertensão arterial e outras possíveis comorbidades associadas como a obesidade. Esse achado evidencia o quanto o Modelo de Cuidado parcialmente implementado já contribui para a gestão de saúde na empresa, uma vez que favorece a implementação de ações em saúde nas lacunas evidenciadas a partir do Mapeamento Epidemiológico. A relevância deste achado se dá na medida em que a empresa pode, a partir deste fluxo de ações, investir em ações de saúde de acordo com o perfil de seus trabalhadores, evitando alocação de recurso em ações desnecessárias.

Um ponto forte a ser considerado neste estudo é a maturidade da empresa parceira e o seu comprometimento no projeto. A implementação de uma estrutura mínima de APS consiste em, pelo menos, um médico de família e um enfermeiro. Considerando-se o custo salarial destes profissionais, percebe-se que há necessidade de a empresa se comprometer com essa estrutura. Por outro lado, uma das fragilidades do Modelo de Cuidado aqui testado é o fato de este Modelo não ser replicável para todas as empresas devido ao seu custo de implementação e manutenção.

Mesmo com dados parciais, pode-se perceber que os princípios da APS sustentam o Modelo de Cuidado desenvolvido pelo SESI-RS e favorecem a obtenção de informações mais relevantes e precisas da população. Espera-se que os diagnósticos precoces de outras DCNT subsidiem a implementação de ações específicas para os trabalhadores monitorados. Além disso, tem-se a expectativa de que a centralização do cuidado reduza ainda mais os encaminhamentos para especialistas do plano de saúde até o fim deste projeto.

6 CONCLUSÃO

O presente trabalho teve como objetivo descrever o desenvolvimento de um Modelo de Cuidado baseado nas premissas da Atenção Primária à Saúde frente às demandas referidas pelas indústrias gaúchas. A partir do fluxo de Pesquisa e Desenvolvimento previamente estruturado no SESI-RS, foi possível a concepção de um protótipo que, cocriado junto com a empresa, poderá ser incorporado a seu portfólio de serviços em saúde e apoiar outras empresas a solucionar elevados custos com a saúde de seus funcionários.

É reconhecido que ainda se tem um longo caminho de conscientização das empresas no que tange a importância de promover ações de promoção da saúde nos locais de trabalho. Contudo, se modelos como o descrito neste trabalho, pautados em dados coletados, forem estabelecidos, as indústrias terão maior subsídio para tomar decisões e alocar recursos financeiros em problemas de saúde verdadeiramente existentes entre seus funcionários.

Neste contexto, este estudo sugere que diferentes serviços de saúde que potencialmente operam em sintonia com os atributos da APS podem resultar em inúmeros benefícios conforme se evidenciou como sendo uma solução efetiva para a gestão da saúde nas indústrias. Por outro lado, o artigo não teve o objetivo de esgotar o tema e sim descrever um projeto de Pesquisa e Desenvolvimento de um Modelo de Cuidado em Saúde baseado na Atenção Primária à Saúde. Devido à importância do tema e da demanda das indústrias por novas soluções que apoiem a gestão corporativa da saúde, espera-se que as discussões aqui apresentadas contribuam para a reflexão sobre a variedade de serviços a serem desenvolvidos.

Diante do que foi exposto, percebe-se que o processo de concepção de novos serviços, especialmente aqueles com foco na saúde, deve ser realizado junto com o cliente. Esse fato contribui para a maior assertividade do produto final, permite ajustes de rota ao longo do processo de inovação e contribui para a agilidade em solucionar problemas, baseando-se em método e dados coletados.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **Mapa assistencial da saúde suplementar**. 2016. http://www.ans.gov.br/images/Mapa_Assistencial_2017.pdf. Acesso em 18 de mai. 2020.

ÁLVAREZ, Arturo. Cuadernos del OSE sobre políticas de salud en la EU. La Gobernanza Hospitalaria en Europa. **Observatorio de Salud en Europa de la Escuela Andaluza de Salud Pública**. Granada: Editora Sánchez IG, 2012. p. 12-25.

ANDERSON, Philip; TUSHMAN, Michael. Technological discontinuities and dominant designs: a cyclical model of technological design. **Administrative Science Quarterly**. v. 35, n. 4, p. 604-633, dez 1990.

BEAGLEHOLE, Robert. Priority actions for the non- communicable disease crisis. **Lancet**, v. 377, n. 9775, p. 1438-1447, mar, 2011.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA INDÚSTRIA. **Mapa estratégico da indústria 2018-2022 / Confederação Nacional da Indústria**. Brasília, 2018.

DELNOIJ, Diana. Does general practitioner gatekeeping curb health care expenditure? **Journal of Health Services Research & Policy**. v. 5, n. 1, p.22-26, set,2000.

DONALDSON, Molla. **Primary care: America's health in a new era**. Washington, DC: National Academy Press, 1996.

LEIPONEN, Aija, HELFAT, Constance. Innovation, objectives, knowledge sources and benefits of breadth. **Strategic Management Journal**, v. 31, n. 2, p. 224-236, set, 2010.

LIMA, Luciana Silva. Condição de urgência odontológica e fatores associados em trabalhadores da construção civil – Bahia, 2008. **Revista de Odontologia** da UNESP. v. 42, n. 1, p. 48-53, jan-fev, 2013.

MACINKO, John. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. **Health Services Research**. v.38, n. 3, p. 831-865, mai, 2003.

MALTA, Deborah Carvalho. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiologia Serviços em Saúde**, v. 23, n. 4, p. 599-608, out, 2014.

MALTA, Deborah Carvalho. Acidentes de trabalho autorreferidos pela população adulta brasileira, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciências e Saúde Coletiva**. v, 22, n. 1, p 5-10, jan, 2017.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde: CONASS. Brasília, DF: All Type Assessoria editorial Ltd, 2011. p. 45-66.

MUSIOLIK, Jörg; MARKARD, Jochen; HEKKERT, Marko. **Networks and Network Resources in Technological Innovation Systems: towards a conceptual framework for**

system building. Technological Forecasting and Social Change v. 79, n. 6, p. 1032-1048, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório anual: cuidados de saúde primários - agora mais que nunca.** Brasília: WHO Press, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação.** Relatório mundial. Brasília: OMS, 2003. p. 34-47.

PINTO, Vera Gonçalves. **Estudo epidemiológico de saúde bucal em trabalhadores da indústria: Brasil 2002-2003** – Serviço Social da Indústria / Departamento Nacional. Brasília, 2006.

PORTELA, Gustavo Zoio. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis Revista de Saúde Coletiva.** v. 27, n. 2, p. 255-276, ago, 2017.

RODRIGUES, L. C., HERINGER, B. H. F., FRANÇA, A. L. Padrões de inovação em multinacional de base tecnológica. **Revista Inteligência Competitiva,** 1(2), p. 198-204, 2011.

SALTMAN, Richard. **Primary Care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care.** European Observatory on Health Care Systems. Berkshire: Open University Press, 2006.

SCHUMPETER, Joseph. **Capitalismo, Socialismo e Democracia.** Editora UNESP. Edição 1. 1942.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Executive Summary and Survey Findings. **Global Plan of Action on Workers' Health (2008-2017): Baseline for Implementation Global Country Survey 2008/2009.** Geneva, 2013. Disponível em: http://www.who.int/occupational_health/who_workers_health_web.pdf. Acesso em 18 de abr. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on noncommunicable diseases. Geneva, 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf. Acesso em 18 de abr. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases 2010.** Geneva: WHO, 2011. Disponível em: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/. Acesso em 18 de abr. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health statistics and information systems: estimates for 2000-2012.** Geneva: WHO, 2014. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html Acesso em 18 de abr. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2008: primary health care now more than ever.** Geneva, 2008. Disponível em: <https://www.who.int/whr/2008/chapter3/en/> Acesso em 18 de abr. 2020.

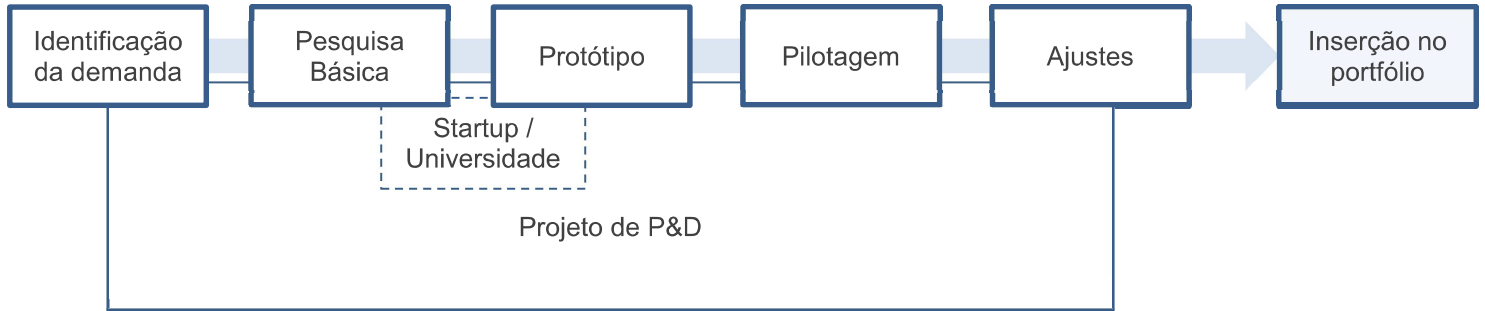
WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary Health Care** Geneva: WHO, 1978.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals.** Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2018. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/vision.pdf>. Acesso em 01 de jul. 2020.

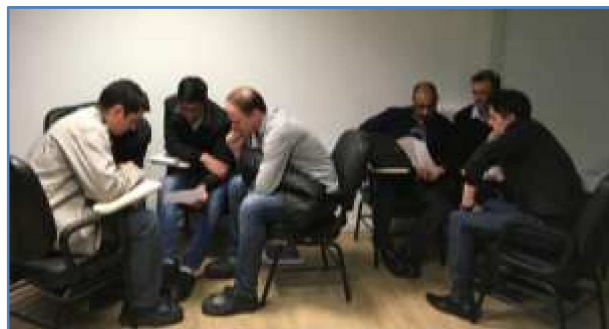
WORLD HEALTH ORGANIZATION & WORLD ECONOMIC FORUM – **Preventing noncommunicable diseases in workplace through diet and physical activity: WHO/World Economic Forum report of a joint event.** Geneva, World Health Organization, 2008.

ANEXOS

Anexo I - Fluxo de Desenvolvimento de Novos Serviços do SESI-RS



Anexo II - Workshop de escuta das indústrias



Anexo III – Protótipo do Modelo de Gestão e Cuidado de Saúde

