

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MIRTES CLAVISSO FONTES

A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO SUS E NA SAÚDE: SUPLEMENTAR:  
COMPARAÇÕES E PROPOSTAS

CURITIBA  
2013

MIRTES CLAVISSO FONTES

A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO SUS E NA SAÚDE SUPLEMENTAR:  
COMPARAÇÕES E PROPOSTAS

Projeto Técnico apresentado ao Departamento de Administração Geral e Aplicado do Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão Saúde.

Orientador: Prof. Lillian Daisy Gonçalves Wolf

CURITIBA  
2013

### **Dedicatória**

Dedico aos meus queridos pais, Cassimiro e Aparecida, que sempre me apoiam, às minhas lindas filhas Ana Julia e Manuela, e ao meu companheiro Vilmar, que me incentivam sempre no desenvolvimento pessoal e profissional.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus e aos que me acompanharam por toda a minha trajetória pessoal e profissional.

## RESUMO

O presente projeto tem como objetivo descrever os conceitos da Estratégia Saúde da Família (ESF) e os seus processos de trabalho no SUS e na empresa de Saúde Suplementar, comparando as diferenças entre o que é preconizado pelo SUS e pela autogestão. Assim como o SUS, na autogestão estudada, a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI), a Estratégia Saúde da Família é uma forma de operacionalizar o processo de trabalho local de saúde baseado no modelo de Atenção Integral à Saúde. No que diz respeito à saúde suplementar poucas são as ações focadas em atenção primária à saúde, sendo a CASSI a primeira autogestão do Brasil a desenvolver na prática serviços voltados à atenção primária, mediante a organização de suas Unidades sob a orientação da ESF. A CASSI atua baseada nos princípios da atenção primária e da ESF que são: acesso, primeiro contato, acolhimento, coordenação de cuidados, longitudinalidade, resolutividade, vínculo, responsabilização e autonomia. As diferenciações da ESF do SUS referem-se a que a autogestão não utiliza seus serviços próprios como porta de entrada obrigatória, e não utiliza o conceito territorialidade, sendo que os pacientes escolhem seu médico de família. A ESF tem se mostrado, tanto para o SUS quanto para a autogestão, um modelo de atenção à saúde eficaz, efetivo e eficiente, sendo necessária a sua continuidade, com a implementação deste modelo nestas organizações. Identificou-se, com este projeto, a necessidade de propor um Projeto de Educação Permanente em Saúde para os profissionais da ESF a fim de atender o dinamismo dos problemas da população, possibilitar uma reflexão crítica das ações em saúde, rever conceitos e sua aplicabilidade prática, proporcionando a ressignificação dos processos de trabalho, melhorando assim a atuação da equipe e os resultados sanitários em saúde.

Palavras-chave: Saúde suplementar, Sistema Único de Saúde, Saúde da Família.

## LISTA DE SIGLAS

**ACS** – Agente Comunitário de Saúde

**APS** – Atenção Primária à Saúde

**ANS** – Agência Nacional de Saúde

**CEREST** – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador.

**CAPP** – Ciclo de aperfeiçoamento da prática profissional

**CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial

**CONASS** – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

**DAB** – Departamento de Atenção Básica

**ESF** – Estratégia Saúde da Família

**MS** – Ministério de Saúde

**NASF** – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**OPAS** – Organização Panamericana de Saúde

**PDP** – Plano de Desenvolvimento Profissional

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**UNIDAS** – União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde

# SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
	1.2 OBJETIVO DO TRABALHO .....	2
	1.3 JUSTIFICATIVAS DO OBJETIVO .....	3
<b>2</b>	<b>REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA.....</b>	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>11</b>
<b>4</b>	<b>AS ORGANIZAÇÕES .....</b>	<b>12</b>
	4.1 DESCRIÇÃO GERAL DA CASSI .....	12
	4.2 - DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA .....	13
<b>5</b>	<b>PROPOSTA.....</b>	<b>16</b>
	5.1 DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA.....	17
	5.2 PLANO DE IMPLANTAÇÃO .....	18
	5.3 RECURSOS .....	18
	5.4 RESULTADOS ESPERADOS .....	19
	5.5 - RISCOS OU PROBLEMAS ESPERADOS E MEDIDAS PREVENTIVO-CORRETIVAS.....	19
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>20</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>22</b>

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem se apresentado, universalmente, como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada a responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades, sendo adotada pelo sistema público de saúde no Brasil (MATTA; MOROSINI, 2007, p.23).

Após analisar várias revisões sistemáticas relacionadas à APS, Mendes (2012) afirmou que os sistemas de atenção à saúde baseados numa forte orientação para a APS, em relação aos sistemas de baixa orientação para a APS, são: mais adequados uma vez que se organizam a partir das necessidades de saúde da população; mais efetivos pois são a única forma de enfrentar, conseqüentemente, a situação epidemiológica de hegemonia das condições crônicas, e por impactar, significativamente, os níveis de saúde da população; mais eficientes por apresentarem menores custos e reduzirem procedimentos mais caros; mais equitativos porque discriminam positivamente grupos e regiões mais pobres e diminuem o gasto do bolso das pessoas e famílias; e de maior qualidade porque colocam ênfase na promoção da saúde e na prevenção das doenças e porque ofertam tecnologias mais seguras aos usuários e aos profissionais de saúde.

A atenção primária à saúde tem, no sistema público de saúde brasileiro, uma longa história que se iniciou nos anos 20 do século passado, sendo a principal estratégia de configuração da APS no Brasil a ESF, que vem recebendo aportes financeiros importantes que visam à ampliação da cobertura populacional e à reorganização da atenção à saúde (MENDES, 2012, p.59-66).

Para o Ministério da Saúde, a ESF no Sistema Único de Saúde (SUS) é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação,

reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (DAB, 2013).

O sistema de saúde brasileiro é caracterizado como um sistema misto, em que o setor público e privado atuam no provimento e no financiamento dos bens e serviços de saúde. A constituição de 1988 garante acesso aos serviços de saúde como um direito universal e igualitário para todos, mas permite a coexistência ao sistema público de saúde, de um sistema de saúde suplementar (UNIDAS, 2007).

Nos sistemas de saúde suplementar verificam-se poucas iniciativas de sistematizar o serviço de saúde baseado na Atenção Primária. Entretanto, a autogestão CASSI, estudada neste projeto técnico, tem como diretriz a Estratégia de Saúde da Família para o atendimento de seus participantes.

A autogestão é um dos segmentos da saúde suplementar, cujo modelo consiste em que a própria organização administra o programa de assistência à saúde dos seus empregados ou associados nas categorias de ativos, aposentados e pensionistas e de seus dependentes. O objetivo é proteger e promover a saúde dos beneficiários, com recursos e serviços credenciados, mediante contratos ou por meio do sistema de livre escolha, com o reembolso de algumas despesas efetuadas pelos usuários (UNIDAS, 2007).

Na autogestão estudada a Estratégia Saúde da Família é uma forma de operacionalizar o processo de trabalho local de saúde baseado no modelo de Atenção Integral à Saúde, a partir da eleição do indivíduo, de sua família e de seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento, promovendo assistência integral contínua, resolutiva e de boa qualidade, de acordo com a NR 30.0001 (CASSI, 2012).

## 1.2 OBJETIVO DO TRABALHO

- Descrever os conceitos da ESF e características do seu processo de trabalho no SUS e na CASSI.
- Comparar as diferenças entre a ESF preconizada pelo SUS e pela CASSI.
- Elaborar uma proposta a ser implementada na ESF no SUS e na CASSI.

### 1.3 JUSTIFICATIVAS DO OBJETIVO

Desconstruir o modelo de saúde vigente é enfrentar o desafio de construir novas bases para o desenvolvimento de novas práticas sanitárias. A busca por uma forma adequada para o enfrentamento das questões prevalentes de saúde requer constantes ajustes à realidade da população atendida.

Apesar de os avanços conquistados com o SUS, no que diz respeito à ampliação do acesso a ações e serviços de saúde, e da expressiva ampliação da atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família, com o objetivo de reorientar a forma como vinha sendo produzida a saúde, o modelo de atenção à saúde predominante no Brasil ainda é centrado no hospital e no saber médico, é fragmentado, é biologicista e mecanicista (BRASIL, 2012 p.37).

No que diz respeito à saúde suplementar, principalmente, poucas são as ações focadas em atenção primária à saúde, sendo a autogestão estudada, a CASSI, a primeira do Brasil a desenvolver na prática serviços voltados à atenção primária, mediante a organização de suas Unidades sob a orientação da ESF.

Revisitar os processos de trabalho dessas duas diferentes realidades na ESF, sendo SUS e autogestão, pode evidenciar possibilidades e complementações de ações que permitam o desenvolvimento de práticas mais eficientes, eficazes e efetivas para ambos os serviços.

## 2 REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA

Desde a Conferência de Alma-Ata, em 1978, diversos autores vêm propondo definições sobre a Atenção Primária à Saúde (APS). A APS Renovada, segundo a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), deve constituir a base dos sistemas nacionais de saúde por ser a melhor estratégia para produzir melhorias sustentáveis e maior equidade no estado de saúde da população. (BRASIL, 2004)

A APS pode ser definida como: um conjunto de valores: nível de saúde, solidariedade e equidade; um conjunto de princípios: responsabilidade governamental, sustentabilidade, intersetorialidade, participação social, entre outros; e como um conjunto indissociável de elementos estruturantes, atributos do sistema de serviços de saúde: acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação, orientação familiar e comunitária e competência cultural (BRASIL, 2004).

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. (BRASIL, 2011).

É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da

humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2011)

Nos últimos anos, principalmente no Brasil, a definição operacional da APS sistematizada por Starfield (1992) vem sendo muito utilizada, inclusive pelo Ministério da Saúde. A partir desta definição, a autora conceitua os quatro atributos essenciais (STARFIELD, 2004) dos serviços de APS:

**Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde:** acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas.

**Longitudinalidade:** existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde.

**Integralidade:** leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequada ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros.

**Coordenação da atenção:** pressupõe alguma forma de continuidade seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços. (DAB, 2013, p.55)

No SUS, o trabalho de equipes da Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe, e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde. As equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental (DAB, 2013 p.56).

Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de, no máximo, 4 mil habitantes, sendo a média recomendada de 3 mil habitantes de uma determinada área, e essas passam a ter corresponsabilidade no cuidado à saúde. A atuação das

equipes ocorre, principalmente, nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco, aos quais, a população está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde.

E, ainda, cada equipe é responsável: por estabelecer vínculos de compromisso e de corresponsabilidade com a população; por estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; por utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões; por atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade (BRASIL, 2012).

De acordo com a Portaria nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011(BRASIL, 2012), a Estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. São itens necessários à estratégia Saúde da Família:

I - existência de equipe multiprofissional (equipe saúde da família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal;

II - o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe;

III - cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando

critérios de equidade para esta definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe;

IV - cadastramento de cada profissional de saúde em apenas 01 (uma) ESF, exceção feita somente ao profissional médico que poderá atuar em no máximo 02 (duas) ESF e com carga horária total de 40 (quarenta) horas semanais; e

V - carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da equipe de saúde da família, à exceção dos profissionais médicos, cuja jornada é descrita no próximo inciso. A jornada de 40 (quarenta) horas deve observar a necessidade de dedicação mínima de 32 (trinta e duas) horas da carga horária para atividades na equipe de saúde da família podendo, conforme decisão e prévia autorização do gestor, dedicar até 08 (oito) horas do total da carga horária para prestação de serviços na rede de urgência do município ou para atividades de especialização em saúde da família, residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade, bem como atividades de educação permanente e apoio matricial (BRASIL, 2013)

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados pelo Ministério da Saúde em 2008, com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações.

Atualmente regulamentados pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (ESF), as equipes de atenção básica para populações específicas, como (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais,) e com o Programa Academia da Saúde (BRASIL, 2012). Os NASF fazem parte da atenção básica, mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes de atenção básica). Devem, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes e/ou Academia da saúde, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços (ex.: CAPS, CEREST, Ambulatórios Especializados etc.) além de outras redes como suas redes sociais e comunitárias (BRASIL, 2012).

Os NASF devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. São exemplos

de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes e etc.

Por sua vez, na CASSI, o modelo de atenção integral à saúde caracteriza-se pela abordagem global da saúde dos indivíduos, em sua dimensão biopsicossocial, intervindo nos diversos estágios e nas múltiplas dimensões do processo saúde /doença, visando à satisfação das necessidades individuais e coletivas da saúde da população. (CASSI, 2012).

A Estratégia Saúde da Família na CASSI é uma forma de operacionalizar o processo de trabalho local de saúde baseado no Modelo de Atenção Integral à Saúde, a partir da eleição do indivíduo, de sua família e de seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento, promovendo assistência integral contínua, resolutiva e de boa qualidade (CASSI, 2012).

A NR-30001 (CASSI, 2012) que dispõe sobre a Estratégia de Saúde da Família na CASSI, preconiza que a essa deve, essencialmente, promover o estabelecimento de vínculos, ou seja, a criação de laços de compromisso e de responsabilidade entre os profissionais da autogestão e os participantes, para contribuir para a adequada coordenação de cuidados.

A CASSI está atuando na lógica desse Modelo Assistencial e da APS, e tem seus serviços organizados com base nos seguintes princípios (CASSI,2012):

**Acesso:** facilitar o acesso aos participantes, buscando a redução de barreiras burocráticas, culturais, geográficas e outras;

**Primeiro Contato:** a aplicação desse princípio significa que o participante deve reconhecer a CASSI como local indicado para atendimento, a cada novo problema;

**Acolhimento:** tratar de forma humanizada toda a demanda, disponibilizar escuta apropriada na identificação da necessidade trazida pelo participante, respondendo ao individual e/ou coletivo. Discriminar os riscos, as urgências e emergências, encaminhando os casos às opções de tecnologias de intervenção mais apropriadas a cada situação;

**Coordenação de Cuidados:** é o processo mediante o qual a equipe de saúde e o serviço conhecem e acompanham os principais problemas de saúde do participante ou beneficiário, fazendo interlocução com os demais níveis do sistema. Pressupõe a responsabilidade que a CliniCASSI tem no gerenciamento dos problemas de saúde dos participantes, a partir do conhecimento de suas necessidades e demandas de saúde, com o objetivo

de prestar assistência integral resolutiva. Sua operacionalização envolve ações como: levantamento de informações, planejamento, monitoramento, referenciamento e acompanhamento nos diversos níveis e avaliação;

**Longitudinalidade:** é a atenção orientada para o participante, fornecida ao longo da vida e que se dá por intermédio de uma relação de longa duração entre os profissionais da CliniCASSI e os participantes. A CliniCASSI deve prover o participante de cuidados de saúde ao longo do tempo em todas as fases da vida, e para isso, pressupõe-se uma fonte regular de atendimento e a construção do vínculo. Esses aspectos são fundamentais para facilitar a compreensão do problema, a intimidade para revelá-los e a busca de solução.

**Resolutividade:** colocar à disposição as condições necessárias à condução adequada a cada caso, abordando as dimensões individuais e coletivas do seu problema de saúde. A resolutividade não está ligada apenas à oferta ou não de tecnologias, mas principalmente ao processo de trabalho que as articula. Pressupõe a possibilidade de se “conduzir” casos na busca de resolução (interna ou externa) com intervenções terapêuticas específicas, percorrendo os vários níveis de assistência do sistema de saúde e garantindo a integralidade;

**Vínculo:** estabelecer relações claras e próximas com o participante e com a sua família, visando transformar-se em referência nas suas questões de saúde sem esquecer, contudo, de ajudá-lo a construir sua autonomia. A aplicação desse princípio pressupõe que o participante reconhece a equipe como fonte de solução para seus problemas de saúde e a equipe se corresponsabiliza pela saúde dos participantes.

**Responsabilização:** refletir sobre as responsabilidades e o compromisso que a equipe tem com cada participante/famílias e os problemas que estes apresentam. Assumir as responsabilidades de condução e acompanhamento dos casos em que é necessária intervenção tecnológica mais complexa;

**Autonomia:** Estimular a autonomia dos participantes por meio do incentivo ao autocuidado, oferecendo informações sobre os processos de adoecimento e o papel dos serviços de saúde na preservação da saúde, promovendo a construção da consciência sanitária. Estimular também a autonomia dos profissionais de saúde, principalmente no trabalho em equipe, para que possam construir processos de trabalho mais efetivos e com mais satisfação. Evitar a alienação decorrente da divisão do trabalho e manter a consciência do todo. Adotar normas flexíveis que não inibam a criatividade da equipe (CASSI, 2012, p.07).

As equipes de Saúde da Família da CASSI são compostas por um médico de família, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, e cada três equipes ESF contam com uma equipe de apoio composta por um assistente social, um psicólogo e um nutricionista. Cada equipe é responsável por 1200 pessoas ou 400 famílias, o cadastramento é realizado por livre escolha do participante, de acordo com sua preferência, não existe área de abrangência.

Dessa forma, a CASSI deve possuir estrutura própria de atenção em saúde voltada para assumir as seguintes responsabilidades, segundo normativa interna que define as ações da ESF (CASSI, 2012):

- a) Configurar-se, preferencialmente, como porta de entrada para o Sistema de Serviços de Saúde da CASSI, oferecendo atenção primária com serviços qualificados e resolutivos colocados ao alcance da população da área de abrangência;
- b) Oferecer atenção integral à saúde desenvolvendo Programas de Saúde dirigidos a grupos populacionais específicos, com vistas a organizar a atenção à saúde;
- c) Estruturar a demanda por meio da Oferta Organizada, ou seja, organizar a oferta das ações de saúde em função dos principais agravos e de grupos prioritários, enfatizando as necessidades de saúde da população, a partir de estudos epidemiológicos;
- d) Coordenar os cuidados da população adscrita por meio das ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação de saúde em estreita interlocução com todos os recursos envolvidos.
- e) Planejar, organizar e avaliar as ações de saúde com base no Modelo Assistencial, objetivando aspectos assistenciais e gerenciais (CASSI,2012).

No contexto da CASSI, considera-se Área de Abrangência a área sob a responsabilidade de determinada CASSI, ou seja, de acordo com o número de equipes ESF de cada cidade, que deve trabalhar para uma atenção adequada em saúde à população adscrita.

Diferente da organização do SUS onde a ESF é porta de entrada obrigatória para seus usuários, na CASSI a rede de serviços é utilizada livremente, e os usuários podem ingressar no serviço de saúde através da rede credenciada.

As unidades de serviço próprio da CASSI, onde se encontram as equipes ESF, são chamadas de CliniCASSI, e estão localizadas nas capitais e em poucas cidades do interior. O Paraná conta com três CliniCASSI, Curitiba, Londrina e Maringá.

### 3 METODOLOGIA

O presente projeto técnico foi desenvolvido em 03 etapas:

- Pesquisa bibliográfica e documental: leitura e seleção de referencial teórico da ESF no SUS e na autogestão CASSI; definições de características dos processos de trabalho descritos nas duas entidades.
- Análise e comparações de dados encontrados referentes às duas instituições: através dos dados colhidos em ambas as instituições, verificando as atividades e estratégias utilizadas.
- Proposta a ser implementada nos serviços, em busca da efetividade dos serviços voltados à ESF.

## 4 AS ORGANIZAÇÕES

Análise da Estratégia de Saúde da Família nos serviços de saúde supracitados.

### 4.1 DESCRIÇÃO GERAL DA CASSI

A Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI) é uma empresa de autogestão em saúde fundada em 27 de janeiro de 1944 por um grupo de funcionários do BB. O objetivo era ressarcir as despesas de saúde dessa população. Com 69 anos de existência, a CASSI é hoje uma das maiores instituições sem fins lucrativos administradoras de planos de saúde do País. Atualmente, tem mais de 700 mil participantes.

A CASSI, como uma autogestão do setor de saúde suplementar tem suas atividades reguladas e fiscalizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar(ANS), pela Lei 9656/98. Além disso, a ANS recomenda às operadoras de saúde que ofereçam no seu rol de serviços, aqueles relativos à promoção da saúde e prevenção de agravos (ANS,2011).

Em setembro de 2003, foi realizado o lançamento oficial da Estratégia Saúde da Família, em Brasília. A CASSI assumiu a missão de "prestar assistência integral à saúde do participante com ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação, para a melhoria da qualidade de vida" desde sua reforma estatutária, em 1996. A partir daí, a Entidade se propôs a reorganizar seu Sistema de Saúde, focando na atenção primária e na coordenação dos cuidados dos participantes pelos seus Serviços Próprios.

A CASSI encerrou o ano de 2006 com mais de 100 mil participantes cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF) e um total de 478 mil atendimentos prestados pelas 107 equipes de Saúde da Família

O nível de excelência também foi alcançado pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Em entrevistas realizadas ao longo de 2009 com associados cadastrados na Estratégia, 88% disseram estar satisfeitos ou muito satisfeitos com a ESF e 80% afirmaram que os profissionais das CliniCASSI conseguem resolver os problemas de saúde apresentados pelos associados (CASSI, 2013).

A CASSI encerrou o ano de 2012 com 164.807 participantes cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF), aumento de 3,67% em comparação com 2011, quando tinha 158.977 participantes (CASSI, 2013).

#### 4.2 - DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

Os fundamentos e conceitos da ESF preconizados pelo SUS estão bem embasados e atualizados. Após análise da ESF no SUS e na autogestão, constata-se que a ESF traz para ambas as organizações estudadas uma mudança de processos, mas também de paradigmas, uma vez que retira a atenção da doença e a coloca na pessoa e sua família, em sua integralidade biopsicossocial.

Segundo Gil (2005), para uma atuação mais voltada às atividades clínico assistenciais no cuidado direto aos indivíduos e famílias em seu ambiente familiar e social, por parte de profissionais de saúde inseridos na ESF nestes locais, faz-se constante a necessidade de revisitarem os conceitos, provocando reflexões sobre sua prática profissional.

A qualificação dos trabalhadores de saúde, principalmente os da ESF, é de fundamental necessidade, devido aos avanços teóricos, organizacionais, tecnológicos e políticos ocorridos e a diversidade, tanto do campo da atenção, como da gestão no território, o que impõe, diariamente, novas situações a serem enfrentadas (XIMENES;SAMPAIO, 2007).

As capacitações existentes persistem distante das necessidades da população, de integração de conhecimentos clínicos e de saúde coletiva. É urgente, também, a necessidade de qualificação do processo de educação permanente dentro da perspectiva de atendimento à demanda social, de um sistema de saúde resolutivo e eficiente (BRASIL, 2007, p.28).

O processo de capacitação e educação dos profissionais deve ser contínuo, atendendo às necessidades que o dinamismo dos problemas traz às equipes. Além de possibilitar o aperfeiçoamento profissional, a educação continuada e permanente é um mecanismo importante no desenvolvimento da própria concepção de equipe e da criação de vínculos de responsabilidade com a população assistida, que fundamenta todo o trabalho da ESF (BRASIL, 2007).

Atualmente, o conhecimento científico vem sendo produzido em crescimento exponencial no campo da saúde. Tais conhecimentos são colocados à disposição dos profissionais em tempo real através dos potentes mecanismos de comunicação

contemporâneos especialmente a rede mundial de computadores. Muitos desses conhecimentos são rapidamente transformados em equipamentos, medicamentos, insumos, processos ou técnicas e colocados à disposição dos profissionais muitas vezes sob pressão explícita ou tácita para incorporação à sua prática com os pacientes (MG, 2011 p.8).

O conhecimento é, apenas, um dos componentes da competência. A capacidade para fazer exige do profissional de saúde muito além do conhecimento declarativo, exige habilidades, atitudes e comportamentos apropriados a cada situação. Muitas vezes o fracasso do profissional de saúde não se deve à falta de conhecimentos, mas a deficiências no seu repertório de habilidades, especialmente de comunicação ou a atitudes, e comportamentos inadequados. Esses aspectos agregam outros desafios para o profissional (MG, 2011 p. 9).

Estudos têm demonstrado que o desempenho do profissional de saúde não melhora, necessariamente, com o tempo. Ao contrário, ambos o conhecimento atualizado e desempenho clínico deterioram com a idade e os pacientes, a sociedade e os próprios profissionais pagam um preço por essa obsolescência. Um volume expressivo de recursos financeiros tem sido investido nas últimas décadas com o objetivo de superar essa situação. Entretanto, as intervenções tradicionalmente utilizadas não têm se mostrado efetivas para mudar as práticas, melhorar os desempenhos e qualificar os cuidados de saúde prestados à população pelos profissionais de saúde (MG/2011).

Uma intervenção educacional efetiva para adquirir novas competências e aperfeiçoar a prática dos profissionais de saúde deve incorporar da concepção à execução e avaliação alguns elementos essenciais da aprendizagem de adultos, entre outros: aprendizagem significativa, aprendizagem permanente, aprendizagem a partir da experiência, aprendizagem autodirigida de longo prazo, aprendizagem cognitiva factual, aprendizagem de habilidades, prática reflexiva, metacognição e feedback educacional (MG/2011).

No campo mais operativo, essas intervenções precisam ser multifacetadas; enfatizar a aprendizagem em pequenos grupos de pares; contemplar conteúdos de atitudes e comportamentos além do conhecimento científico factual; orientar-se por recomendações baseadas em evidências; enfatizar as habilidades de comunicação; centrar-se em dados da realidade da prática profissional; estimular o hábito da aprendizagem autodirigida de longo prazo; estimular o hábito de avaliação da prática

profissional e de mensuração de desfechos; vincular novos conhecimentos à melhoria de desempenho; orientar-se para a qualidade do cuidado e a centralidade na pessoa (MG/2011).

A Educação Permanente em Saúde permite a ressignificação do processo de trabalho, por sua prática ser desenvolvida em serviço, trazendo as experiências do dia a dia e as necessidades de aprendizagem para reflexão junto à teoria.

Diante disto a proposta principal é a implantação de um programa de educação permanente em saúde voltada para ESF e atenção primária, para todos que atuam na ESF na CASSI e no SUS.

## 5 PROPOSTA

Os fundamentos da Estratégia de Saúde da Família preconizados pelo SUS estão bem embasados em conceitos atualizados. Portanto, comparar a ESF na autogestão e no SUS, bem como à luz das diretrizes da ESF no SUS faz-se necessário, com o objetivo de garantir a efetividade dos serviços da CASSI e atendimento à legislação vigente da referida agência reguladora.

Após análise da ESF no SUS e na autogestão, pode-se afirmar que a ESF traz para ambas as organizações estudadas uma mudança não só de processos, mas também de paradigmas, posto que retira a atenção da doença e a coloca na pessoa e sua família, em sua integralidade biopsicossocial.

Segundo Gil (2005), para uma atuação mais voltada às atividades clínico assistenciais no cuidado direto aos indivíduos e famílias em seu ambiente familiar e social, por profissionais de saúde inseridos na ESF nestes locais, faz-se constante a necessidade de revisitarem os conceitos, provocando reflexões sobre sua prática profissional. Diante disto a proposta principal é a implantação de um programa de educação permanente em saúde voltada para ESF e atenção primária, para todos que atuam na ESF na CASSI e no SUS.

O problema para o qual se busca uma solução nesta pesquisa é como aprimorar a ESF no contexto da CASSI e do SUS. Parte-se do princípio de que nada é tão perfeito que não possa ser aprimorado.

Para o Programa de Educação continuada na CASSI, especificamente, propõe-se a formação de grupos locais com a participação dos profissionais de saúde e o gestor do serviço.

Será necessária a capacitação para os coordenadores de grupo, que devem ser eleitos na própria Unidade. O coordenador de grupo deve ser membro da equipe e ter disponibilidade para condução dos processos grupais. Esta capacitação poderá ser feita mediante videoconferência, abordando as estratégias educacionais que serão utilizadas para o desenvolvimento dos grupos.

Quanto aos temas, eles deverão ser definidos pelo grupo anualmente, fazendo um cronograma dos assuntos mais relevantes, levando em consideração a epidemiologia da população atendida, focados na necessidade do Serviço e na revisão dos processos de trabalho. As atividades serão desenvolvidas presencialmente em grupos, e por meio de atividades EAD pré-programadas.

Estas atividades levam os participantes do grupo, a uma perspectiva de um trabalho mais integrado, em equipe, com troca mais efetiva de saberes e práticas. (GIL, 2005).

## 5.1 DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA

Será realizada reunião com gestores de ambos os locais analisados para apresentar a proposta de Educação permanente e continuada, que será realizada no formato de oficina com os temas selecionados pelos educadores e educandos.

Os grupos poderão definir, além dos temas voltados à necessidade de conhecimento, processos de trabalho que necessitam de revisão. Podem também ser eleitos temas através de situações problemas ou cases, que serviram de troca de experiência e para definições de possíveis adequações de fluxo destes processos.

A metodologia que será utilizada baseia-se nos princípios da aprendizagem de adultos e nas melhores evidências científicas disponíveis na literatura, articulando estratégias educacionais para aprendizagem individual, em pequenos e grandes grupos e de habilidades clínicas.

Individualmente, deverá ser utilizado o Plano de desenvolvimento pessoal (PDP), que segundo Silvério (2008), é um instrumento utilizado para estimular a autoaprendizagem contínua e identificar as áreas de necessidade de desenvolvimento individual, colocando o profissional de saúde no controle de seu próprio crescimento profissional. Conduz o profissional a identificar suas necessidades de educação e treinamento, dando-lhe a oportunidade de visualizar novas formas de aprendizagem e de monitorar sua própria evolução. (SILVÉRIO 2008).

Em pequenos grupos, será utilizado o Ciclo de aperfeiçoamento da prática profissional (CAPP0, que é uma atividade educacional para aprendizagem em pequenos grupos. Esse modelo é conhecido na literatura como revisão entre pares (*peer review*). É definido como um processo permanente e sistemático de reflexão crítica e avaliação da prática profissional (SILVÉRIO, 2008).

Para grandes grupos, serão utilizados módulos de capacitação, os quais são blocos que têm temas definidos a partir de prioridades estabelecidas pelos gestores do sistema de saúde ou das necessidades detectadas entre os profissionais. Constituem uma estratégia educacional para aprendizagem cognitiva de grandes

grupos, destinada ao desenvolvimento de uma base comum de conhecimentos. Podem ser realizados em encontros presenciais por meio de conferências, palestras ou atividades de educação a distância. (SILVÉRIO, 2008).

Quanto ao treinamento de habilidades clínicas, ele compreende o processo de ensino e aprendizagem a ser processado em serviços ambulatoriais de atenção primária, visando às competências em áreas relevantes para a APS, objetivando dotar os profissionais da saúde da família das habilidades requeridas para uma prática clínica efetiva (SILVÉRIO, 2008).

Durante todo o processo de Educação Permanente será necessário estabelecer o monitoramento constante das ações e avaliações sistemáticas dos resultados, que deverão ser apresentados às equipes visando à continuidade do projeto.

## 5.2 PLANO DE IMPLANTAÇÃO

Na Cassi, a implantação do Programa de Educação continuada e permanente, após aprovada, iniciará com a capacitação dos profissionais que conduziram o grupo e a sensibilização dos gestores locais para a liberação dos profissionais e para sua inclusão nos grupos de discussão. Na sequência, será apresentada a proposta ao grupo de profissionais por meio de uma sensibilização desses para participar das atividades que serão propostas. O grupo construirá, baseado em sua prática profissional, o cronograma com os temas das atividades que serão realizadas. Os temas devem ser eleitos priorizando a reflexão sobre a Atenção Primária à saúde e Estratégia de Saúde da Família.

Para auxiliar os grupos locais serão enviados temas relevantes dentro da APS e ESF, no intuito de colaborar com a definição e escolhas, porém esses não terão obrigatoriedade de sequência, a equipe deve eleger as prioridades.

## 5.3 RECURSOS

Recursos humanos capacitados para realizar a implantação e implementação do projeto de Educação permanente no SUS e na CASSI.

#### 5.4 RESULTADOS ESPERADOS

- Propiciar aos profissionais das organizações momentos de reflexão e revisão de conhecimento visando à melhoria da aplicabilidade da teoria.
- Melhorar o desempenho de atuação da equipe de saúde.
- Melhorar os resultados sanitários em Saúde.
- Aumento da aplicabilidade dos princípios da Atenção Primária.
- Redução da utilização inadequada dos serviços de saúde e dos gastos na atenção à Saúde.

#### 5.5 - RISCOS OU PROBLEMAS ESPERADOS E MEDIDAS PREVENTIVO-CORRETIVAS

Em relação à proposta de Educação Permanente e Continuada, na implantação o risco é a não adesão por parte dos gestores na liberação dos profissionais. Visando evitar este problema é necessário realizar uma reunião de capacitação e sensibilização dos mesmos, sobre o tema Educação Permanente em Saúde.

Para os profissionais os riscos são de não adesão e pouca participação, para isto é necessário realizar as capacitações com temas da realidade desses profissionais, trazendo *cases* e buscando a participação, por meio de atividades, oficinas e estratégias baseadas na educação de adultos.

## 6 CONCLUSÃO

Os últimos anos testemunharam grandes mudanças nas políticas de saúde no Brasil, norteadas pela necessidade de ruptura com as formas então vigentes de organização do sistema de saúde. A ESF tem se constituído um dos pilares desse movimento, enquanto proposta de reorganização da atenção básica no SUS.

Verifica-se mais frequentemente o debate sobre o envelhecimento populacional e o aumento na prevalência de doenças crônicas e suas implicações para a sustentabilidade do setor de saúde suplementar. (ANS, 2011). Diante destas informações, a opção da CASSI em adotar a ESF como modelo assistencial para organizar sua oferta em saúde, pode ser considerada a mais acertada e pioneira entre as autogestões.

Tendo em vista o perfil de morbimortalidade da população; a transição demográfica, epidemiológica e nutricional; o aumento dos custos na assistência à saúde e os potenciais impactos das ações de promoção e prevenção, torna-se de extrema relevância o desenvolvimento de programas no setor suplementar, que atendam às necessidades da população de forma integral e com qualidade.

A ESF tem se mostrado, tanto para o SUS quanto para a autogestão, um modelo de atenção à saúde eficaz, efetivo e eficiente. Sendo necessária a sua manutenção, porém com estratégias de implementação deste modelo nestas organizações.

É indispensável a qualificação dos trabalhadores de saúde da ESF para se atualizarem com os avanços teóricos, organizacionais, tecnológicos e políticos ocorridos, e darem conta de atender às novas situações a serem enfrentadas, diante da diversidade, tanto do campo da atenção, como da gestão no território.

A qualificação do processo de educação permanente dentro da perspectiva de atendimento à demanda social, de um sistema de saúde resolutivo e eficiente deve contemplar conhecimentos clínicos e de saúde coletiva.

O processo de capacitação e educação contínua e permanente dos profissionais deve ser contínuo, para possibilitar-lhes o aperfeiçoamento profissional e desenvolvimento da própria concepção de equipe e de vínculos de responsabilidade com a população assistida..

A Educação Permanente em Saúde permite a ressignificação do processo de trabalho, por sua prática ser desenvolvida em serviço, trazendo as experiências do dia a dia e as necessidades de aprendizagem para reflexão junto à teoria.

Ao considerar o período histórico da ESF como política para a atenção básica em saúde e o tempo de formação dos profissionais que hoje se encontram nos locais de saúde onde a ESF está instituída, é possível compreender a carência de profissionais com o perfil adequado ao novo campo de conhecimento instituído, principalmente no que diz respeito à autogestão.

Para aumentar a efetividade das ações da CASSI, propõe-se ainda, um estudo de viabilidade de ampliação do número de serviços próprios para cidades onde houver o mínimo de vidas necessárias para a formação de uma equipe da ESF, ou seja, 1200 usuários. Além disso, a CASSI poderia sugerir aos seus associados, através da mudança de estatuto, implantar nestas cidades a porta de entrada obrigatória para ingresso nos serviços de saúde, criando assim uma forma de regular o acesso e também garantir qualidade no atendimento ao usuário, dentro do modelo de atenção à saúde escolhido pela CASSI.

A guisa de considerações finais, pode-se dizer que a situação da capacitação dos profissionais de saúde, voltados a APS e ESF, através da proposta apresentada não esgota a complexidade da questão, ao contrário, demonstra que para seu enfrentamento será necessário unir forças, aprofundar as discussões, manter a avaliação constante e monitoramento dos indicadores, com o objetivo de implementação da proposta.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar** / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). – 4. ed. rev. e atual.– Rio de Janeiro: ANS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.2 v.: il.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **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 [da República Federativa do Brasil], Brasília, n.204, p.55, 24 out.2011. Seção 1, pt1.

CASSI. Divisão de Serviços de Saúde. **Características gerais do modelo de atenção integral à saúde e Estratégia de Saúde Família**. 2012.

\_\_\_\_\_. Divisão de Marketing e Comunicação. **História da CASSI**. Disponível em: <http://www.portalcassi.com.br/Paginas/Home.aspx>. 10/12/13.

XIMENES, F. R. G.; SAMPAIO, J. J. C. Gerentes do território na Estratégia Saúde da Família: análise e perfil de necessidades de qualificação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 2007 nov-dez; v.60, n.6, p. 687-95.

MENDES, Eugênio Vilaça **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.512 p.: il.

MINAS GERAIS, Secretaria do Estado de Minas Gerais, Oficina de Educação Permanente. **Planejamento estratégico da Política de Educação Permanente em Saúde no estado de Minas Gerais**. Belo Horizonte, 2011.

MOROSINI, Márcia Valéria G.C. **Modelos de atenção e a Saúde da família**. Organizado por Márcia Valéria G.C. Morosini e Anamaria DíAndrea Corbo. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

GIL, Célia Regina Rodrigues. **Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas** Human resources training in family health: paradoxes and perspectives. Cad. Saúde Pública, v. 21, n. 2, p. 490-498, 2005.

STARFIELD B. **Atenção primária - equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

SILVÉRIO, João Batista. Programa de educação Permanente para médicos de família. **Revista de Medicina Minas Gerais**, 2008; v.18, n.60, Supl 4): p.60-66.

UNIDAS, **Promoção da saúde: meta e compromisso da autogestão** / Coordenador Mário Scheffer; editor Fernando Fulanetti. São Paulo: UNIDAS - União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde, 2007.