

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

ROCHELE LEMOS PAIVA

**SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA IMPLANTADOS NA SAÚDE
SUPLEMENTAR EM PORTO ALEGRE/RS**

Porto Alegre, 2021

ROCHELE LEMOS PAIVA

**SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA IMPLANTADOS NA SAÚDE
SUPLEMENTAR EM PORTO ALEGRE/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Saúde Pública – Faculdade de Medicina – da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Porto Alegre, 2021

CIP - Catalogação na Publicação

Paiva, Rochele Lemos
SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA IMPLANTADOS NA SAÚDE
SUPLEMENTAR EM PORTO ALEGRE/RS / Rochele Lemos Paiva.
-- 2021.
40 f.
Orientador: Ronaldo Bordin.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade
de Medicina, Especialização em saúde Pública, Porto
Alegre, BR-RS, 2021.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Saúde Suplementar.
3. Administração e Planejamento em Saúde. 4. Saúde
Pública. I. Bordin, Ronaldo, orient. II. Título.

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido, Anderson, pelo apoio, pela compreensão e pela parceria durante todo o curso de especialização.

À minha filha, Marina, que, mesmo tão pequena, soube compreender quando a mamãe dizia que precisava estudar e, com o máximo esforço, tentava manter silêncio durante as aulas online.

Aos meus pais, Cecília e Universino (em memória), pelos ensinamentos em toda trajetória da minha vida, pelo exemplo de garra e determinação, e pelo incentivo durante minha vida estudantil.

Aos meus amigos e colegas da CASSI, que sempre me incentivaram e motivaram a seguir em frente e a nunca desistir dos meus objetivos.

Ao meu orientador, Ronaldo Bordin, por todo apoio e competência, por escolher as palavras certas para me mostrar que, mesmo quando as coisas não acontecem da maneira que planejamos, existe um caminho para alcançarmos nossos objetivos.

Aos familiares e amigos que compreenderam minha ausência em muitos momentos, entendendo e valorizando a importância desta especialização.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) tem tido importante papel como fomentadora da mudança no modelo assistencial das operadoras de planos de saúde, estimulando a migração para um modelo centrado na organização do cuidado em saúde dos beneficiários. **OBJETIVO:** Descrever os serviços de atenção primária à saúde (APS) implantados pelas operadoras de planos de saúde no município de Porto Alegre/RS. **MÉTODOS:** Busca bibliográfica de artigos publicados no período de 2004 a 2018 nas bases de referências *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Biblioteca da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Periódicos Capes, Google Acadêmico e LUME UFRGS, com os descritores "atenção primária à saúde" e "saúde suplementar"; entrevistas com gestores de saúde e pesquisas em sites de operadoras de planos de saúde. **RESULTADOS:** As diretrizes que se relacionam ao cuidado centrado na pessoa, resolutividade e coordenação do cuidado, aparecem divulgadas em todas as empresas estudadas como estratégia para tornar a APS atrativa aos clientes e se configuram como a grande aposta da saúde suplementar, na busca pela melhor eficiência na alocação das despesas assistenciais. **CONCLUSÃO:** Embora a Atenção Primária à Saúde venha se consolidando como a grande estratégia para organizar a assistência e o fluxo terapêutico dos pacientes no sistema de saúde, e assim contribuir para a sustentabilidade do setor, as peculiaridades de cada operadora levam a uma customização dos serviços, com configurações diferentes das preconizadas pela Política Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Saúde Suplementar. Administração e Planejamento em Saúde. Saúde Pública.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The National Supplementary Health Agency (ANS) has played an important role in promoting changes in health care operators' health care model, stimulating a migration to a model centered on the organization of health care for beneficiaries. **OBJECTIVE:** The objective is to describe primary health care services (PHC) implemented by health plan operators in the city of Porto Alegre/RS, 2020. **METHODS:** Bibliographic search of articles published from 2004 to 2018 in Scientific Electronic Library reference bases Online (SciELO), Virtual Health Library (VHL), Library of the National Supplementary Health Agency (ANS), Capes Periodicals, Google Scholar and LUME UFRGS, with the descriptors "primary health care" and "supplementary health"; interviews with health managers and research on health insurance operators' websites. **RESULTS:** The guidelines that relate to person-centered care, resolvability and coordination of care, appear published in all companies studied as a strategy to make PHC attractive to customers and are configured as the great bet of supplementary health, in order to promote the best efficiency in the allocation of assistance expenses. **CONCLUSION:** Although Primary Health Care has been consolidating itself as the great strategy to organize assistance and therapeutic flow of patients in health system, and thus to contribute for the sustainability of the sector, the peculiarities of each operator lead to a customization of services, with different configurations from those recommended by the Ministry of Health's National Primary Care Policy of Health.

Keywords: Primary Health Care. Supplementary Health. Health Management and Planning. Public Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Iniciativas de atenção primária à saúde do Sistema Unimed	26
--	----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	OBJETIVOS.....	9
2.1	OBJETIVO GERAL.....	9
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	10
4	DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO	13
4.1	A SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL	13
4.2	A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR.....	18
4.3	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	19
4.4	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SUS	21
5	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	24
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
	REFERÊNCIAS.....	34
	APÊNDICE A – PESQUISA DE CAMPO FASE 2: QUESTIONÁRIO.....	39
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO.....	40
	ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	42

1 INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, o mercado de saúde vem sofrendo grandes mudanças, cedendo espaço a uma assistência à saúde cada vez mais especializada e intervencionista, e, em consequência, muito mais cara.

Aliado a esse fator, temos ainda o aumento da expectativa de vida no Brasil, a qual, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018), deverá ser de 77,9 anos para homens e 84,23 anos para mulheres em 2060. Tal situação vem alterando o perfil epidemiológico do país, com aumento expressivo das doenças crônicas não transmissíveis – DCNT, que demandam tratamentos longos e podem gerar agravos com que consomem mais recursos do sistema de saúde, sendo responsáveis em 2010 por 73,9% dos óbitos no Brasil. (Duarte e Barreto, 2012)

O aumento dos custos na saúde suplementar, alavancado pelos fatores acima, bem como a diminuição no número de beneficiários, em função do aumento das taxas de desemprego da população, têm levado as operadoras a um desequilíbrio financeiro que as faz refletir sobre novas formas de “cuidar” dos seus beneficiários. Nesse sentido, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem se mostrado uma alternativa para conter os gastos, garantindo através da porta de entrada um direcionamento adequado e evitando que os beneficiários cheguem aos serviços de maior complexidade para situações que poderiam ser resolvidas no nível primário de atenção.

De acordo com Starfield (2002), a APS deve ser o nível de atenção que atua como porta de entrada do sistema de saúde, com grande resolutividade, atuando através do cuidado centrado na pessoa e não na doença, e mantendo a coordenação do cuidado da população, integrando os diversos níveis de atenção.

Tal medida vem sendo incentivada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que, em 13 de dezembro de 2018, instituiu, através da Resolução Normativa nº 440, o Programa de Certificação em APS, para certificar as operadoras que implementam programas de saúde baseadas nos principais pilares de estruturação dos cuidados primários em saúde previstos na literatura científica nacional e internacional: acolhimento, acompanhamento do paciente, coordenação e integralidade do cuidado, reconhecimento da heterogeneidade das demandas,

centralidade na família e orientação comunitária. Complementar a esse movimento, no mesmo período a ANS lançou a Carteira de Serviços em atenção primária à saúde, uma publicação que tem como objetivo servir de referência para as operadoras de planos privados de assistência à saúde. (ANS, 2018)

Segundo a instituição,

A implementação da APS na saúde suplementar induz à mudança do modelo de atenção e à adoção de modelos de remuneração para geração de valor, com pagamento das operadoras de planos aos prestadores de serviços de saúde (hospitais, clínicas, profissionais etc.) de acordo com os resultados de saúde verificados. (ANS, 2018)

Tal modelo viria a substituir ou regular o atualmente utilizado, chamado *fee for service* (taxa de serviço), o qual remunera por quantidade de serviços realizados. Esse, pode levar as instituições a solicitar procedimentos que não são essenciais, sem base em evidências científicas ou protocolos clínicos, já que elas recebem por produtividade.

Considerando esse cenário, o presente estudo descreve os serviços de atenção primária à saúde implantados como estratégia de negócio pelas operadoras de planos de saúde no município de Porto Alegre/RS, 2020.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever os serviços de atenção primária à saúde implantados pelas operadoras de planos de saúde no município de Porto Alegre/RS, 2020.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- i. Mapear as operadoras de planos de saúde que implantaram serviços de atenção primária à Saúde em Porto Alegre/RS.
- ii. Descrever o funcionamento e os objetivos estratégicos desses serviços.
- iii. Comparar as diferentes configurações existentes com as definições do Ministério da Saúde para a Atenção Primária no Sistema Único de Saúde (SUS).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A contextualização teórica foi realizada através de pesquisa documental sobre a atenção primária à saúde e o Setor de Saúde Suplementar. A pesquisa foi feita na base de referências da Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Biblioteca da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Periódicos Capes, Google Acadêmico e LUME UFRGS, nos quais foram empregados descritores de forma combinada para a busca de referências, quais sejam: atenção primária à saúde e saúde suplementar. Além desses, foram utilizadas as publicações do Ministério da Saúde relacionadas à atenção básica/atenção primária e pesquisas nos arquivos públicos relacionados ao setor de saúde suplementar, tais como *site* e publicações da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), das operadoras de planos de saúde, entre outros.

Em um segundo momento, estava prevista a realização de entrevistas semiestruturadas com dirigentes das operadoras de planos de saúde privados que possuem serviços de atenção primária à saúde em Porto Alegre/RS ou que planejam implantá-los. As entrevistas apresentavam como foco conhecer o funcionamento e os objetivos estratégicos desses serviços bem como compará-los com as definições do Ministério da Saúde e atributos encontrados na literatura. Devido ao período de distanciamento social, o qual prejudicou fortemente a realização de entrevistas presenciais, essas foram substituídas por contato telefônico e envio de formulários por e-mail.

Para Triviños (1987), a entrevista semiestruturada parte de questionamentos básicos, que são apoiados em teorias e hipóteses relacionadas ao tema da pesquisa, e que, no decorrer da entrevista, poderão dar espaço a outros questionamentos advindos de novas hipóteses geradas a partir das respostas recebidas, fazendo com que o informante se torne colaborador na elaboração do conteúdo de pesquisa.

May (2004) refere que, entre os métodos de pesquisa estruturados e os focalizados, existe a entrevista semiestruturada, a qual utiliza técnicas de ambos, permitindo ao entrevistador que se tenha mais espaço para abordar além das respostas, estabelecendo um diálogo com o entrevistado.

Na ausência de um relatório das operadoras de planos de saúde ativas por município, a busca dos informantes-chave se deu através de consulta aos *websites* e chegou a nove operadoras: Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI), Caixa de Assistência dos Empregados do Banco do Estado do Rio Grande do Sul (CABERGS), Postal Saúde, Unimed, Amil, Bradesco Saúde, Doctor Clin, Sul América e Centro Clínico Gaúcho (CCG), para mapeamento quanto às iniciativas relacionadas à atenção primária à saúde.

O resultado dessa busca foi a identificação de que cinco das nove operadoras possuem iniciativas voltadas para a atenção primária, quais sejam: CASSI, Unimed, Bradesco Saúde, CCG e Amil, sendo que esta última disponibiliza tais serviços apenas em São Paulo e Rio de Janeiro.

Buscou-se também contato com gestores das clínicas NOVAMED e SALUTE, que operacionalizam os serviços de atenção primária à saúde para operadoras, como é o caso da Bradesco Saúde.

Para realização das entrevistas, foi realizado contato telefônico com as cinco operadoras e duas clínicas referidas acima, a fim de contextualizar os gestores quanto à pesquisa e acordar quanto à melhor forma de resposta ao questionário, se através de entrevista ou por e-mail, sendo que a exceção da gestora da CASSI e do gestor da Salute, os demais optaram pelo correio eletrônico como forma de contato. A efetivação da entrevista ocorreu com apenas dois gestores, pois os demais justificaram falta de tempo em função dos desafios impostos pela pandemia ou incompatibilidade com as regras de *compliance* das empresas, mesmo em se tratando de pesquisa científica.

Pela operadora de autogestão da Caixa de Assistência dos funcionários do Banco do Brasil (CASSI), a entrevista foi realizada com a Gerente de Divisão de Atenção à Saúde do Rio Grande do Sul. Uma segunda entrevista foi realizada com o ex-Secretário Nacional de atenção primária à saúde do Ministério da Saúde (2018-2019) e atual Gestor de atenção primária à saúde da SALUTE. Embora a empresa não seja uma operadora de plano de saúde, iniciou em 2020 a prestação de serviços em APS para outras operadoras.

Com a dificuldade obtida para retorno dos questionários e realização das entrevistas, para estas instituições o estudo se baseou no emprego de seus dados públicos, buscando caracterizar os serviços implantados. O fato se converteu em

algumas lacunas no estudo, principalmente na descrição dos objetivos estratégicos que levaram as instituições a investir em APS.

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (anexo 1), obtendo aprovação para sua execução (protocolo nº 38.665). Os entrevistados leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido prévio à realização das entrevistas.

Quanto ao seu potencial em causar danos maiores ao participante do que os existentes na vida cotidiana, a pesquisa pode ser graduada com risco em nível mínimo, visto que não foram abordados aspectos pessoais ou informações que sejam consideradas sigilosas pelas instituições de saúde.

4 DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO

Nesta seção, desenvolver-se-á o conteúdo do trabalho, desde a apresentação do referencial teórico até as demais informações relevantes para a contextualização do assunto da presente pesquisa.

4.1 A SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

O sistema de saúde brasileiro é classificado como misto, no qual a assistência é provida pelo Estado de forma universal, no entanto há livre operação da iniciativa privada nas ofertas de serviços assistenciais, constituindo assim os subsistemas público, suplementar e privado. Embora a saúde suplementar não receba financiamento direto do Estado, é considerada de interesse público, por isso recebe subsídios fiscais além da renúncia tributária dos cidadãos, e se mantém sob regulação dele, seguindo as diretrizes estabelecidas na legislação vigente (ACIOLE, 2006).

Para Santos et al. (2008), o formato final dos sistemas nacionais de saúde resulta da história da construção deles. No caso do sistema de saúde brasileiro, o processo iniciado pelo movimento da reforma sanitária culminou na Constituição Federal de 1988 com a opção por um modelo inspirado nos sistemas nacionais de saúde de acesso universal e cobertura integral. Entretanto, o Brasil já contava com um setor privado robusto tanto no campo da prestação de serviços, como por exemplo o parque hospitalar do país, predominantemente privado, com 63% dos estabelecimentos com internação e 63,5% dos leitos do país em 2019 (FBH/CNSAúde, 2019). Já as operadoras e seguros de saúde detêm ¼ da população brasileira.

Diferentemente dos países europeus, no Brasil o setor privado da saúde antecede historicamente a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Ao longo da história brasileira, observam-se diversos arranjos diferentes de financiamento e provisão de serviços de saúde para dar conta da saúde pública e privada, plantando as bases para um sistema de saúde extremamente fragmentado. A saúde privada,

que conforme a constituição deveria ser complementar, tornou-se ferramenta para preencher as lacunas de acesso deixadas pela saúde pública (GERSCHMAN, 2007).

Santos et al. (2008) reforçam que um dos resultados da história da constituição do sistema de saúde brasileiro diz respeito ao fato de que, apesar de se tratar de um sistema nacional de saúde, com cobertura universal e integral, a prestação de serviços é predominantemente privada, com 68% dos leitos e 92% dos prestadores de serviços de diagnose e terapia (SADT).

Como marco de surgimento da saúde suplementar no Brasil, pode-se considerar que, já na década de 1940, foram criadas as primeiras Caixas de Assistência, dedicadas a financiar os gastos com saúde dos funcionários de determinadas instituições. Em 1950, os planos de saúde comerciais, com clientelas abertas, também surgem como planos coletivos empresariais através da modalidade medicina de grupo no ABC Paulista (ANS, 2020).

Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal no Congresso Nacional, entre os assuntos existentes na Carta Magna incluía-se a Saúde, a qual, com base no artigo 196, foi declarada como dever do Estado. No entanto, o artigo 199 do mesmo documento liberava o exercício da iniciativa privada complementarmente (ZIROLDO, GIMENES e CASTELO Jr., 2013).

A Lei nº 9.656, editada em junho de 1998, regulamentou a atuação dos planos de saúde, e, em 28 de janeiro de 2000, pela Lei nº 9.961, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar, como instância reguladora de um setor da economia sem padrão de funcionamento até então (ANS, 2020).

Conforme a ANS (2019), as operadoras são classificadas, de acordo com seu estatuto jurídico, nas seguintes modalidades:

- Administradora de benefícios (RN n.º 196, de 2009): pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos, desenvolvendo atividades previstas em regulamentação específica.
- Cooperativa médica (RDC n.º 39, de 2000): sociedades sem fins lucrativos que operam planos de saúde, coordenadas por médicos e que ofereçam serviços

médicos. São constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de dezembro de 1971.

- Cooperativa odontológica (RDC n.º 39, de 2000): sociedades sem fins lucrativos, que operam planos de saúde exclusivamente odontológicos, coordenadas exclusivamente por dentistas. São constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de dezembro de 1971, que operam exclusivamente planos odontológicos.
- Medicina de grupo (RDC n.º 39, de 2000): operam planos de saúde, cujas características não se adequem às outras definições.
- Odontologia de grupo (RDC n.º 39, de 2000): operam exclusivamente planos odontológicos, excetuando-se aquelas classificadas na modalidade de cooperativa.
- Autogestão (RN n.º 137, de 2006 alterada pela RN n.º 148, de 2007): de uma forma ampla, classificam-se nesta modalidade as operadoras que oferecem planos de assistência à saúde a um grupo fechado de pessoas que, obrigatoriamente, devam pertencer à mesma classe profissional ou terem vínculo empregatício com a empresa instituidora e/ou patrocinadora e/ou mantenedora da operadora de planos de assistência à saúde.
- Filantropia (RDC n.º 39, de 2000): entidade sem fins lucrativos que opera planos privados de assistência à saúde e que tenha o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social emitido pelo Ministério competente, dentro do prazo de validade, bem como a declaração de utilidade pública federal junto ao Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal junto aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais.
- Seguradoras especializadas em saúde (Lei n.º 10.185, de 2001): sociedades com fins lucrativos que comercializam seguros de saúde e que oferecem, obrigatoriamente, reembolso das despesas médico-hospitalares ou odontológicas. Os consumidores de seguros de saúde têm definido em contrato

(denominado apólice) as condições e os limites de reembolso, cobertura, abrangência geográfica, entre outras.

Cerca de 47 milhões de beneficiários desse setor são assistidos por 741 operadoras de planos médico-hospitalares reguladas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2019). A maior concentração de beneficiários está nas operadoras classificadas como Medicina de Grupo, cerca de 38,9% do setor, seguida das cooperativas médicas, com cerca de 36,9% dos beneficiários. As seguradoras concentram cerca de 13% dos beneficiários, e as operadoras de autogestão, em torno de 9,2%. Uma pequena parcela dessa população, cerca de 2%, encontra-se vinculada às empresas de Filantropia.

Conforme dados do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, houve um crescimento expressivo no número de beneficiários dos planos de assistência médica entre os anos de 2009 a 2014, com um incremento de 18,5%, chegando a mais de 50 milhões de beneficiários. No entanto, a partir de 2015, as operadoras passaram a ter uma perda importante no número de vidas, o que representou uma queda 6,9% até o final de 2019.

De acordo com o mapa assistencial da saúde suplementar (ANS, 2020), em 2019 foram realizadas pelos beneficiários do setor mais de 277 milhões de consultas médicas, gerando mais de 900 milhões de exames, cerca de 150 milhões de terapias seriadas e 8,6 milhões de internações, fatos que movimentaram mais de R\$ 200 bilhões em despesas assistenciais.

Os dados de agosto de 2020 da sala de situação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2020) mostram que o Rio Grande do Sul possui mais de 2,5 milhões de beneficiários vinculados aos planos de assistência médica, representando uma taxa de cobertura de 23,38% da população do Estado.

Sobre o sistema de saúde suplementar, os dados não contemplam as autarquias, as quais são regidas por leis estaduais específicas e, por isso, não estão sujeitas à regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A exemplo disso tem-se o Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Estado do Rio Grande do Sul, seus dependentes e pensionistas, o IPE Saúde, que conta com mais de 1 milhão de beneficiários (IPE Saúde, 2020).

Conforme Santos et. al. (2008), diversos subsídios se dão entre o Estado e o setor privado no âmbito da saúde, como é o caso do “gasto tributário”, que se refere aos recursos tributários que o Estado deixa de arrecadar por conta das desonerações fiscais concedidas à Saúde Suplementar. Ainda, no que se refere aos subsídios cruzados entre o SUS e os prestadores privados, os autores mencionam a “dupla porta de entrada” de hospitais privados que também atendem a pacientes do SUS e muitas vezes estabelecem uma relação questionável, uma vez que pacientes realizam por esse Sistema Único procedimentos que não são cobertos pelos planos privados, tendo de alguma forma seu acesso favorecido.

De acordo com o Instituto de Estudos da Saúde Suplementar (IESS, 2020), o ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) é um instrumento regulatório e está disposto no artigo 32 da Lei nº 96.562 de 1998, a qual obriga as operadoras de planos privados de saúde (OPS) a realizarem o reembolso ao SUS das despesas referentes ao atendimento de serviços que estejam previstos para cobertura pelo plano de saúde, conforme diretrizes contratuais e rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Em síntese, ao utilizar o sistema público de saúde, o beneficiário de uma OPS é identificado ao se fazer o relacionamento das bases de dados de atendimentos do SUS com os dados dos beneficiários de planos de saúde (SIB). Posteriormente, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) notifica às OPS sobre os valores que devem ser ressarcidos.

No entanto, a OPS ainda pode iniciar um processo administrativo para impugnar a cobrança e, em segunda instância, entrar com recurso. Sendo comprovada a utilização, e caso o recurso tenha sido indeferido, a ANS realiza a notificação de cobrança dos valores devidos, e a OPS ainda tem a possibilidade de parcelar o pagamento, o qual será recolhido e repassado ao Fundo Nacional de Saúde.

4.2 A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

O modelo “curativista” de organização da atenção praticado pela Saúde Suplementar, praticamente hegemônico no sistema de saúde brasileiro, possui, entre outras características, a livre demanda dos usuários e um atendimento voltado para especialidade que culmina em um cuidado procedimento-centrado (ZIELINSKI, 2016).

Para Malta et al. (2004), esse modelo assistencial vem demonstrando não ter capacidade para suportar as mudanças demográficas e epidemiológicas da população, o que sobrecarrega o sistema de saúde. Os autores consideram que o modelo centrado na ação prescritiva e produtora de procedimentos gera alto custo, pois foca em tecnologias duras de intervenção, tais como procedimentos, exames e medicamentos, além de demonstrar baixa eficiência, já que a intervenção não é articulada e coordenada.

Para Merhy (apud SILVA JÚNIOR, 1998), o “modelo tecnoassistencial” caracteriza-se por três tipos de arranjos tecnológicos para o trabalho em saúde: tecnologias leves, leve-duras e duras. As necessidades de mudanças do modelo biomédico e “curativista” sinalizam que é preciso investir nas tecnologias leves do tipo relacionais, focadas nas necessidades das pessoas, alterando o investimento nas tecnologias duras ou leve-duras, cujo contexto está centrado em normas, equipamentos e materiais.

Mendes (2012) afirma que a causa fundamental da crise dos sistemas de atenção à saúde reside na discrepância entre os seus fatores contextuais e internos. Os sistemas de atenção à saúde movem-se numa relação dialética entre fatores contextuais (transição demográfica, transição epidemiológica, avanços científicos e incorporação tecnológica) e fatores internos (cultura organizacional, recursos, sistemas de pagamento e de incentivos, estrutura organizacional e estilos de liderança e de gestão). Com vistas a qualificar o cuidado ao paciente que utiliza a Saúde Suplementar, bem como conter os custos através de gerenciamento do cuidado e reorganização da porta de entrada do sistema de saúde, a ANS vem incentivando as operadoras a investir na atenção primária à saúde através do Programa de Certificação em APS (ANS, 2018). Segundo a Agência, o programa propõe uma

reorganização da maneira como o beneficiário acessa o sistema, incentivando a mudança do modelo de atenção e de remuneração, apostando na cadeia de valor.

4.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A promoção da saúde foi nominada, pela primeira vez, pelo sanitarista Henry Sigerist, no início do século XX. Ele elaborou as quatro funções da Medicina: promoção da saúde, prevenção das doenças, tratamentos dos doentes e reabilitação. Segundo a sua concepção, a promoção da saúde envolveria ações de educação em saúde e ações estruturais do Estado para melhorar as condições de vida da população (DEMARZO, 2008).

Em 1965, Leavell & Clark propuseram o modelo da história natural da doença, o qual seria composto por três níveis de prevenção, denominados prevenção primária, secundária e terciária (apud DEMARZO, 2008). Nesse modelo, o nível de prevenção primária seria responsável pela promoção da saúde e da proteção específica, com ações de educação em saúde que objetivassem melhorar a resistência e o bem-estar geral dos indivíduos através do estímulo a melhores hábitos de vida; o nível secundário, por diagnóstico, tratamento precoce e limitação da invalidez; e o nível terciário, pela reabilitação dos indivíduos.

No entanto, o marco histórico que apresenta a definição de atenção primária à saúde (APS) para o mundo foi realizado na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, promovida pela Organização Mundial de Saúde, em Alma-Ata, no Cazaquistão. De acordo com a declaração, a APS corresponde aos cuidados essenciais à saúde, baseados em tecnologias acessíveis, que levam seus serviços o mais próximo possível dos lugares de vida e trabalho das pessoas, constituindo, assim, o primeiro nível de contato com o sistema nacional de saúde e o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (OMS, ALMA-ATA, 1978).

Segundo a OPAS (2019), a atenção primária à saúde (APS) é geralmente o primeiro ponto de contato do usuário com o sistema de saúde, oferecendo atendimento abrangente, acessível e baseado na comunidade, com resolutividade para 80% a 90% das necessidades de saúde de uma pessoa ao longo de sua vida.

Na sua essência, a APS cuida das pessoas, e não apenas trata doenças ou condições específicas.

A atenção primária à saúde possibilita um melhor fluxo e itinerário do paciente entre os demais níveis de atenção, fundamentado nas necessidades de saúde apresentadas, nos seus mais diversos graus de complexidade. A disponibilidade de serviços de cuidados primários na saúde suplementar no Brasil, embora apresente desafios inerentes à atual lógica organizativa da rede de serviços ofertados pelas operadoras de planos privados de saúde, oferece oportunidade ímpar de melhoria da qualidade e redesenho do arranjo assistencial caracterizado hoje pela fragmentação e pela descontinuidade dos cuidados existentes no setor (ANS 2019).

Segundo Starfield (2002), os serviços orientados pela atenção primária à saúde devem apresentar quatro atributos essenciais:

- a) Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde: o serviço de saúde deve ser acessível e utilizado como principal fonte de cuidado a cada necessidade de saúde do usuário do sistema.
- b) Longitudinalidade: o serviço deve ser fonte contínua de atenção à saúde em todas as fases da vida do indivíduo.
- c) Integralidade: ações do serviço de saúde devem ser focadas no indivíduo e não na doença, tanto do ponto de vista biopsicossocial do processo saúde-doença quanto de ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação.
- d) Coordenação da atenção: o provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação dos cuidados prestados em todos os níveis de atenção, ofertando ao usuário o cuidado certo, no momento e local corretos.

A APS é uma forma de organização que prioriza o cuidado à saúde e ao indivíduo de uma forma integral, não apenas o tratamento das doenças. Assim, com o objetivo de atuar de forma preventiva e não reativa, tem impacto direto na sustentabilidade das instituições e na qualidade de vida das pessoas.

4.4 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SUS

No sistema público de saúde (SUS), para denominar a atenção primária à saúde também se emprega o termo Atenção Básica à Saúde. Segundo Giovanella (2018), esse termo passou a ser utilizado pelo Movimento Sanitário Brasileiro buscando uma diferenciação ideológica em relação ao reducionismo presente na ideia de atenção primária, com o objetivo de construção de um sistema público universal baseado em uma concepção de cidadania ampliada.

A Política Nacional de Atenção Básica traz a seguinte definição:

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (PNAB, 2017)

A portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, a qual aprova a Política Nacional de Atenção Básica, traz os seguintes princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Rede de Atenção à Saúde, a serem operacionalizados pela atenção básica:

A. Princípios:

- I. Universalidade: cuidado acessível a toda a comunidade;
- II. Equidade: adaptado às necessidades de cada indivíduo/comunidade;
- III. Integralidade: Atendimento às questões biopsicossociais dos indivíduos, por meio de todos os pontos de atenção da rede;

B. Diretrizes:

- i. Regionalização e Hierarquização: Organização da rede de cuidados, tendo a atenção básica como ponto de ligação dos diferentes níveis de atenção;
- ii. Territorialização e População Adscrita: Definição da área de atuação da equipe de atenção básica, possibilitando planejamento do cuidado;
- iii. Cuidado centrado na pessoa: Foco no indivíduo e não na doença;
- iv. Resolutividade: Capacidade do serviço em solucionar as demandas de saúde da população;
- v. Longitudinalidade do cuidado: Acompanhamento através das diversas fases do ciclo de vida dos indivíduos;
- vi. Coordenação do cuidado: Organização do fluxo de cuidado de forma a acompanhar o percurso terapêutico do usuário nos diferentes níveis de atenção;
- vii. Ordenação da rede: Organização e articulação com os demais pontos de atenção da rede de atenção à saúde;
- viii. Participação da comunidade: Estimular a participação social como forma de ampliar a autonomia e capacidade de construção do cuidado à saúde, das coletividades do território.

Conforme Massuda (2020), face à crescente elevação dos custos no setor de saúde, os modelos de financiamento de sistemas de saúde e de pagamento por serviços são temas debatidos no mundo todo. Além disso, ambos têm forte poder indutor sobre o modo de organização do acesso a serviços e tecnologias, uso de recursos disponíveis, com impacto sobre resultados no segmento.

Para o SUS, o governo brasileiro se inspirou em experiências loco-regionais bem-sucedidas, e definiu a distribuição dos recursos para financiamento da APS em 1996 através da Norma Operacional Básica (NOB-96), em repasses dirigidos para municípios implantarem programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Saúde da Família (PSF). Entretanto, foi a implementação do Piso de Atenção Básica

(PAB), em 1998, a mais importante iniciativa para impulsionar a expansão da APS no país (MASSUDA,2020).

O Decreto Presidencial nº 10.530, de 26 de outubro de 2020, mostra um novo movimento no SUS, inspirado no sistema de saúde britânico, o National Health Service - NHS, onde o Brasil começa a discutir a entrada da iniciativa privada na prestação de serviços da atenção básica.

Há que se destacar que a assistência à saúde no Brasil teve início antes da concepção do Sistema Único de Saúde, sendo que este já nasceu se relacionando com a iniciativa privada para toda a rede terciária e uma parte da rede secundária, sem nenhum tipo de monitoramento quanto à qualidade da atenção de cuidados de saúde dos serviços privados contratados, tendo apenas a atenção primária à saúde totalmente prestada pelo Estado (GERSCHMAN, 2008).

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Foi possível identificar que cinco das nove operadoras mapeadas vêm investindo na organização dos sistemas de saúde através da atenção primária, fortemente incentivadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que desde 2018 vem promovendo programas de incentivo e acreditação relacionada ao tema, com importantes resultados apresentados por operadoras de outros Estados.

A ANS tem tido importante papel como fomentadora da mudança no modelo assistencial das operadoras de planos de saúde, estimulando a migração para um modelo centrado na organização do cuidado em saúde dos beneficiários. Um exemplo é a criação do Laboratório de Inovação (LI) sobre Experiências de Atenção Primária na Saúde Suplementar Brasileira, realizado em 2018, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS. Na primeira versão, o laboratório recebeu a inscrição de 41 experiências, sendo 12 delas consideradas como inovadoras na organização de seus serviços a partir da identificação dos atributos da atenção primária (APS), e que apresentaram indicadores de processo e resultados. Também foram selecionadas 6 experiências com atributos da APS, porém ainda sem resultados demonstrados devido ao curto tempo de implementação. Das 18 iniciativas selecionadas, vale ressaltar que apenas a CASSI possuía serviços implantados em Porto Alegre (ANS, 2018).

No entanto, há que se levar em consideração as peculiaridades do setor de saúde suplementar brasileiro, com um perfil diversificado de operadoras, diferentes portes, abrangência territorial e tipo de operação, que pode ser verticalizada através de seus serviços próprios ou através de rede credenciada ou referenciada. Somam-se ainda a essas características o enfoque na gestão econômico-financeira em detrimento da gestão assistencial e a carência de informações em saúde dos beneficiários, além da flutuação da carteira deles, o que ocorre menos nas empresas de autogestão. Esse quadro representa grande dificuldade para que haja a incorporação da APS, com todos os seus atributos, pelas operadoras e para todos os beneficiários.

Durante o período de mapeamento, foram identificados serviços descritos como de atenção primária ou de medicina preventiva nos mais diversos tipos de operadoras,

como autogestão, cooperativa médica, medicina de grupo e seguradoras, na cidade de Porto Alegre.

Entre as empresas de Medicina de Grupo do Rio Grande do Sul encontramos o Centro Clínico Gaúcho, com 176 mil beneficiários e presente em 12 cidades, o qual, através do programa Estar Bem, busca promover o acompanhamento multidisciplinar de pacientes portadores de doenças crônicas.

A Bradesco Saúde, operadora do segmento de seguradoras, que atua desde 1984 e conta com cerca de 4 milhões de segurados, sendo mais de 96% deles beneficiários de planos coletivos, através do programa Meu Doutor, vem apostando na contratação de clínicas terceirizadas em diversos pontos do país para atendimento em atenção primária à saúde.

No Rio Grande do Sul, as clínicas Novamed ofertam, através do convênio, consultas médicas básicas e especializadas, exames laboratoriais e de imagem, descrevendo como sua principal missão oferecer aos seus pacientes um atendimento diferenciado, visando ao seu cuidado integral e à busca pela promoção e pela prevenção de sua saúde. Em função das regras de *compliance* da Novamed, não foi possível obter informações precisas quanto à forma de organização dos serviços, restringindo-se a análise apenas às disponibilizadas no site da instituição.

O sistema Unimed, que conta com 345 cooperativas médicas e 17 milhões de beneficiários no Brasil, tem sua atuação segmentada por regiões com diferentes configurações de atuação. A gestão nacional do sistema estimula a implementação do modelo de Atenção Integral à Saúde nas cooperativas, disponibilizando um Comitê de Atenção à Saúde (CAS), para apoio aos gestores na implantação dos serviços, e diversas iniciativas de capacitação em sua universidade corporativa, desde cursos de pós-graduação em Atenção Integral à Saúde voltado aos profissionais de saúde até cursos de curta duração, tais qual a Oficina Sensibilização para a Atenção Primária, para gestores e dirigentes.

A figura abaixo demonstra as cooperativas do sistema Unimed que já dispõe de iniciativas de atenção primária à saúde, as quais, conforme descrição da instituição, abrangem a promoção e a prevenção em diferentes níveis, que vão desde educar a todos sobre a melhor forma de cuidar da saúde até o acompanhamento contínuo por médico e equipe multidisciplinar.

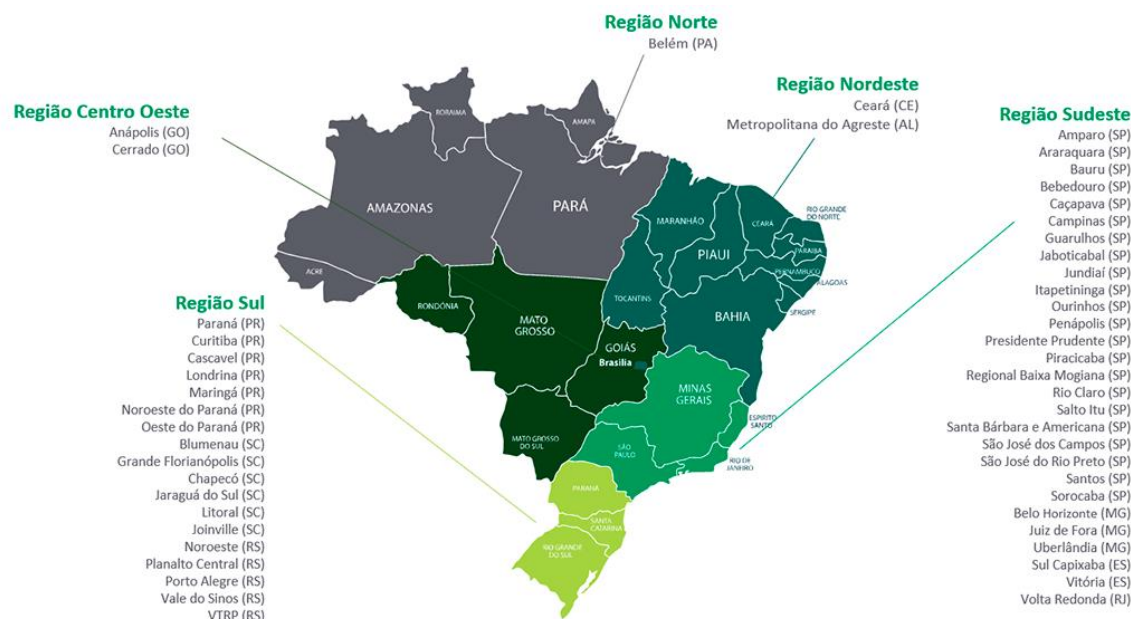


Figura 1 - Iniciativas de atenção primária à saúde do Sistema Unimed

Dentre as operadoras de autogestão que optaram por modelos de assistência pautados na atenção primária à saúde, destaca-se a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI), de abrangência nacional e maior autogestão do país, com mais de 900 mil beneficiários, sendo cerca de 38 mil apenas no Rio Grande do Sul. Desde 1996 a CASSI vem atuando através do modelo de atenção integral à saúde. E, a partir de 2004, passou a investir em equipes multidisciplinares de Estratégia de Saúde da Família em suas clínicas próprias, denominadas CliniCASSI, que se encontram situadas nos municípios com maior concentração de beneficiários.

A Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, estabelecida pela Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, define a equipe de saúde da família como estratégia prioritária de atenção à saúde. E, como composição mínima dessa equipe, estão o médico, o enfermeiro, o técnico em enfermagem e o agente comunitário de saúde, configuração que não foi encontrada em nenhum dos serviços de saúde suplementar estudados, principalmente no que se refere ao agente comunitário de saúde.

Na comparação de arranjo dos serviços implantados pelo Centro Clínico Gaúcho e pelo Bradesco Saúde, na composição das equipes multidisciplinares foram identificados componentes da atenção secundária, agregando atenção especializada e exames para apoio diagnóstico, na aposta da ampliação de resolutividade desses serviços.

Em relação aos serviços próprios da CASSI, nas CliniCASSI há a presença de enfermeiro, médico de família e clínico geral. Algumas contam ainda com técnico de enfermagem, médico do trabalho, nutricionista, psicólogo e assistente social.

Voltando à Unimed, não foi possível mapear a composição das equipes dos serviços implantados pela empresa em Porto Alegre.

Fazendo uma comparação entre as práticas analisadas e os princípios e diretrizes da atenção primária à saúde, definidos pela Política Nacional de Atenção Básica, no que se refere a universalidade e territorialização, observa-se que as operadoras em geral estabelecem serviços de atenção primária à saúde que possuem portas abertas aos beneficiários, sendo acessíveis à maior parte da população assistida, com diferentes programas de saúde voltados às condições crônicas instaladas. Nas empresas estudadas, a atuação das equipes não se dá vinculada a um território geográfico, mas existe a identificação de uma população beneficiária vinculada a uma área de abrangência, com organização através de listas de pacientes.

No Centro Clínico Gaúcho, conforme informações disponíveis no site da empresa, o programa Estar Bem, com enfoque em pacientes portadores de doenças crônicas, é formado por equipes especializadas, dedicadas à atenção integral à saúde, que, através de consultas, atividades educacionais e monitoramento telefônico das condições de saúde, realizam acompanhamento continuado e integral para o tratamento das doenças e a melhoria da qualidade de vida. Não há uma lista de pacientes por profissional de saúde ou por território, mas, sim, a definição de um profissional de referência. Os agendamentos de atendimentos são realizados pelo paciente com seu médico de referência, e através de monitoramento telefônico é feita a coordenação de cuidados pela equipe multidisciplinar.

Na CASSI, cada equipe nuclear é responsável por cerca de 1300 beneficiários (denominados pela empresa como participantes), sendo inicialmente definida através

de uma área de abrangência territorial, mas que não é restritiva ao acesso, pois os usuários de outras localidades também podem se cadastrar às equipes.

No caso de Unimed e Bradesco Saúde, não foi possível obter dados que demonstrassem como se dá o acesso da população aos serviços ou de que forma a população está distribuída junto às equipes de atenção primária.

Em 2020, a telemedicina se mostrou como uma ferramenta potente para ampliar acesso e cobertura de atenção primária aos beneficiários das operadoras, possibilitando a expansão de seu território de abrangência.

Nas empresas estudadas, a telemedicina teve início com foco no atendimento às demandas relacionadas à COVID-19, mas, com o passar dos meses, foi estendida à atenção primária e, em algumas delas, para atendimento de outras especialidades médicas.

No Centro Clínico Gaúcho e na Unimed, os beneficiários podem acessar sua equipe de referência da APS para agendamento de consultas de rotina no formato *online*.

A CASSI aposta na telemedicina para ampliação de sua área de cobertura de atenção primária à saúde, através de uma empresa contratada para atender 14,4 mil beneficiários em 117 cidades que não contam com serviços próprios. Além dela, a operadora vem ampliando o acesso através de investimento na contratação de clínicas terceirizadas de APS, com o mesmo objetivo. Os serviços próprios e terceirizados são monitorados através de indicadores que vão desde o monitoramento das despesas assistenciais ao monitoramento das taxas de controle de doenças crônicas.

Com relação às diretrizes da PNAB que tratam da organização e da articulação dos diferentes pontos na rede de atenção à saúde (regionalização, hierarquização e ordenação da rede), é possível observar que ainda se trata de um grande desafio a ser superado pela saúde suplementar, conforme cita a gerente de divisão de atenção à saúde da CASSI, em entrevista realizada.

Algumas empresas, como é o caso do Centro Clínico Gaúcho e da Unimed, apostam na verticalização da sua rede para superar esse desafio, investindo em pontos próprios de atendimento nas mais diversas complexidades assistenciais.

As diretrizes que se relacionam ao cuidado centrado na pessoa, resolutividade e coordenação do cuidado, aparecem divulgadas em todas as empresas estudadas

como estratégia para tornar a APS atrativa aos clientes e se configuram como a grande aposta da saúde suplementar na APS, na busca pela melhor eficiência na alocação das despesas assistenciais.

A diretriz de longitudinalidade se mostra como outro grande desafio para a saúde suplementar, uma vez que os beneficiários podem passar por diferentes operadoras ao longo da vida. Tal condição foi intensificada pela Resolução Normativa nº 438/2018, a qual estabelece as regras de portabilidade, permitindo aos beneficiários que possam mudar de operadora sem a necessidade de cumprimento de novos períodos de carência.

Cabe ressaltar que as operadoras de autogestão possuem maior capacidade com relação a essa diretriz, já que o beneficiário costuma ingressar no plano no início de sua trajetória profissional e permanecer vinculado à mesma operadora até o final da vida, agregando a ela os demais membros da família.

Com relação à participação da comunidade, na maior parte das operadoras estudadas essa diretriz não se encontra presente, pois o vínculo dos beneficiários com o plano se dá através de uma relação de consumo, arbitrada pelas cláusulas do contrato estabelecido entre as partes. As empresas de autogestão têm característica singular com relação à participação dos beneficiários na gestão da operadora, com membros eleitos pelos beneficiários do plano, na diretoria e no conselho deliberativo. A CASSI conta ainda com a atuação de um conselho de usuários, criado em 1999, que tem função consultiva na operadora.

Para avaliar os princípios de equidade e integralidade, considera-se a necessidade de avaliação qualitativa da assistência prestada pelas equipes de APS, bem como sua articulação com os demais pontos da rede de atenção à saúde. Para avaliação assertiva com relação a esses princípios, é necessário considerar a percepção da equipe e do usuário aos moldes de ferramentas de avaliação de acesso e qualidade, tal qual o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool).

Na comparação entre as empresas, observa-se que a CASSI estruturou serviços que se assemelham mais com os encontrados na rede pública, amparados na resolutividade da Estratégia de Saúde da Família e nas definições da Política Nacional de Atenção Básica.

A discussão sobre a oferta de atenção primária à saúde pela iniciativa privada, na saúde suplementar, conduz à reflexão sobre as alterações que podem se mostrar presentes nos próximos anos, sobretudo com relação ao formato de oferta desse tipo de cuidado no Sistema Único de Saúde. Além disso, conduz a refletir também sobre a manutenção ou não de financiamento e prestação de serviços exclusivos pelo Estado.

Para o gestor de atenção primária da SALUTE, a discussão se fortalece em melhorar a distribuição do orçamento anual da APS, de R\$ 22 bilhões, saindo da lógica de distribuição territorial e trabalhando com equipes de referência, as quais estejam acessíveis à população e utilizem tecnologia como prontuário integrado e telemedicina, para estarem presentes nos momentos de maior necessidade em saúde, direcionando o paciente de forma assertiva dentro do sistema. Ele destaca que, embora essas equipes possam ser contratadas através da iniciativa privada, em sua avaliação, o financiamento e a regulação de qualidade permaneceriam sendo realizadas pelo Estado. Ele reforça a importância de uma APS que esteja disponível em todos os dias e horários, com pontos de referência presencial e complemento do atendimento especializado, quando necessário e indicado pelo médico de referência, para ampliação da resolutividade.

Ainda, para o referido gestor (da SALUTE), a inclusão da iniciativa privada oportunizaria que o serviço prestado à população tivesse sua atuação pautada nos princípios de acesso, longitudinalidade, coordenação de cuidado, ampla carteira de serviços e tecnologia para ser resolutivo, antecipando o cuidado e direcionando o paciente ao nível terciário apenas no momento oportuno. Ele reforça que o modelo atual tem baixa resolutividade e apresenta importantes dificuldades quanto ao acesso, face ao modelo descentralizado, com mais de 5.000 municípios, o que faz com que não se garanta a adequada assistência à população e nem sempre seja a primeira escolha para entrada do paciente no sistema de saúde.

Giovanella et al. (2016) alertam que, no Reino Unido, essa transição demonstrou algumas fragilidades para a manutenção da universalidade do acesso, visto que as teorias de compartilhamento de risco e solidariedade foram diminuindo e a finalidade lucrativa de algumas instituições foi imperativa para definição do território de atuação. Assim, resultaram a inviabilidade financeira e o fechamento de serviços, comprometendo a garantia de acesso à população.

Com relação à experiência do Reino Unido, os autores complementam que ocorreram mudanças importantes na coleta e no processamento de dados epidemiológicos, afetando o planejamento, a avaliação e a produção de indicadores em saúde fundamentais às ações curativas e preventivas, tanto individuais quanto coletivas.

Durante a pesquisa, foi possível observar a consolidação da atenção primária à saúde como a grande estratégia para organizar a assistência e o fluxo terapêutico dos pacientes no sistema de saúde, buscando garantir a sustentabilidade das instituições.

Conforme ANS e OPAS, em sua publicação dos resultados do Laboratório de Inovação sobre Experiências de Atenção Primária na Saúde Suplementar Brasileira,

Não seria correto dizer apenas que determinada rede ou sistema de saúde “tem ou não tem APS”. O mais adequado seria falar de um escore de desempenho, ou seja, se a APS é efetivamente forte, o que acontece quando se transforma, de fato, em instância coordenadora da rede de serviços. A APS, assim, pode ser entendida como um locus dentro de tal rede, no qual está alocada uma equipe de profissionais, entre eles, o médico generalista da APS. (ANS, 2018)

O avanço tecnológico e o surgimento de alternativas de acesso da população, como a telemedicina, possibilitaram a ampliação da cobertura e derrubaram algumas barreiras físicas, abrindo-se uma reflexão quanto ao território manter-se como uma diretriz de organização da APS.

Observa-se a necessidade de construir na APS uma estratégia coordenada, efetiva e sustentável para enfrentar os problemas de saúde atuais e se preparar para novos desafios sanitários. No entanto, segundo a ANS (2018), é necessário refletir sobre o cenário atual de novos desafios epidemiológicos, superar fraquezas e inconsistências de alguns enfoques da APS que vêm sendo praticadas, desenvolver ferramentas e conhecimentos de boas práticas que podem fazer uma APS mais efetiva, e reconhecer a APS como um instrumento capaz de reduzir as iniquidades em saúde e as causas de má-saúde entre os indivíduos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa buscou identificar e descrever os serviços de atenção primária à saúde implantados pelas operadoras de planos de saúde no município de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul. Foi possível demonstrar o quanto ela vem se consolidando como uma das principais alternativas para viabilizar a sustentabilidade da saúde suplementar. Através dela, as operadoras pretendem organizar sua rede assistencial e ter maior controle sobre o percurso terapêutico dos pacientes, reduzindo despesas com intervenções desnecessárias.

No entanto, observa-se que as diferenças entre as operadoras, com tamanhos e perfis de clientes distintos, levam a uma customização dos serviços, apresentando configurações diferentes de o que consta descrito na Política Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

A saúde suplementar ainda encontra profundos desafios para a implementação plena da APS. Além das particularidades de cada operadora, ainda restam muitas indefinições quanto à utilização de equipes próprias ou credenciadas, ao melhor modelo de remuneração para contratação desse tipo de serviço, à articulação com a rede secundária e terciária e, principalmente, quanto a como tornar a APS escolha preferencial para os clientes, indo contra a cultura de valorização da especialidade e das intervenções em saúde.

Ao observar a inserção da iniciativa privada na atenção primária à saúde e sua capacidade de produção de cuidado nas experiências já encontradas, pode-se perceber a privatização da APS no Sistema Único de Saúde como uma alternativa. No entanto, ela deve ser avaliada com atenção, levando em consideração os desafios enfrentados por outros sistemas de saúde para garantir a universalidade de acesso e a integralidade do cuidado.

Com relação aos princípios e diretrizes, identifica-se uma necessidade de revisar como estes estão postos nos serviços implantados na saúde suplementar, bem como se todos devem se colocar da mesma forma que se apresentam para o serviço público atualmente. Pode-se trazer como exemplo a diretriz de territorialização, a qual, em um mundo globalizado e com muitas barreiras superadas pela tecnologia, talvez não se limite ao espaço geográfico onde o serviço esteja inserido.

Um país continental, com tantas mazelas sociais, ainda abre espaço para muitas reflexões quanto às melhores alternativas para prestação da assistência à saúde à população, seja no sistema público, seja no privado. Porém, do que se tem clareza é que a atenção primária à saúde é a estratégia de organização de sistema que se apresenta com melhores resultados para qualificar e garantir a eficiência dos gastos no setor.

Salienta-se que o estudo apresentou limitações impostas pela pandemia de COVID-19 e pela política de *compliance* das empresas mapeadas, contudo ainda assim foi possível alcançar resultados que evidenciam importantes aspectos sobre os serviços de atenção primária implantados na saúde suplementar em Porto Alegre/RS.

REFERÊNCIAS

ACIOLE, G. G. **A saúde no Brasil**: cartografias do público e do privado. São Paulo: Sindimed/Hucitec, 2006.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **ANS TABNET**: informações em saúde suplementar [Internet]. Rio de Janeiro: ANS, 2019a. Disponível em: <http://www.ans.gov.br//anstabnet/>. Acesso em: 13 jan. 2020.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Dados do Setor** [Internet]. Rio de Janeiro: ANS, 2019b. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 13 jan. 2020.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil); ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Laboratório de inovação sobre experiências em atenção primária na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2018. (NAVEGADORSUS, 12). Disponível em: <http://biblioteca-ans/index.php?codigo_sophia=8513>. Acesso em: 7 jan. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Manual de certificação de boas práticas em atenção primária à saúde de operadoras de planos privados de assistência à saúde**. Rio de Janeiro, 2019c.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Histórico** [Internet]. Rio de Janeiro: ANS, 2020a. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/historico>. Acesso em: 13 jan. 2020.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde** [Internet]. Rio de Janeiro: ANS, 2020b. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/certificacao-de-boas-praticas>. Acesso em: 28 dez. 2019.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Mapa Assistencial de Saúde Suplementar 2019** [Internet]. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiZDFkODkxNzMtODgwNC00ZTFiLTg2MzUtZmEwNDViNmU1ZWl4IiwidCI6IjlkYmE0ODBiLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>. Acesso em: 13 out. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde**, Brasília, 2017.

BRASIL. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 80 p.

CASSI. **A sua família merece Atenção integral**. [Internet]. Disponível em https://www.cassi.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=360:a-sua-familia-merece-atencao-integral&catid=77&Itemid=350&uf=PR. Acesso em: 13 out. 2020

CENTRO CLÍNICO GAÚCHO. **Apresentação**. [Internet]. Disponível em <http://www.centroclinicogauchocom.br/apresentacao>. Acesso em: 13 out. 2020

CNSAÚDE; FBH. **Cenário dos Hospitais no Brasil 2019**. Brasília, 2019. Disponível em: <<http://cnsaude.org.br/publicacoes/cenario-dos-hospitais-no-brasil-2019/>>. Acesso em: 15 mar.2021

DEMARZO, M. M. P.; AQUILANTE, A. G. Saúde escolar e escolas promotoras de saúde. **Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade**. Porto Alegre: Artmed, 2008. vol. 3, p. 49-76.

DUARTE, Elisabeth Carmen; BARRETO, Sandhi Maria. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 529-532, dez. 2012. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 16 mar. 2021. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400001>.

FILIPPON, J. et al. A "liberalização" do Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra: trajetória e riscos para o direito à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.32, n.8, e00034716, 2016.

GERSCHMAN, S. Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto de sistemas públicos de saúde: União Europeia e Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1441-1451, out. 2008.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cad. Saúde Pública** [online], v. 34, n. 8, e00029818. Doi: 10.1590/0102-311X00029818.

GIOVANELLA, L. et al. Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde? **Cad. Saúde Pública**, [online], v. 35, n. 10, e00178619, 2019. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001200303&lng=en&nrm=iso. Acesso em 26 jan. 2021. Doi: 10.1590/0102-311x00178619.

IBGE. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação** [Internet]. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao>. Acesso em: 28 dez. 2019.

IESS. **Reflexões sobre a política de ressarcimento ao SUS** [Internet]. Disponível em <https://www.iess.org.br/cms/rep/reflex.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2020.

IESS. **Números do Setor** [Internet]. Disponível em <https://www.iess.org.br/?p=setor&grupo=Numeros>. Acesso em: 15 out. 2020.

IPE SAUDE. **O IPE Saúde**. [Internet]. Disponível em <http://www.ipesaude.rs.gov.br/o-ipe-saude>. Acesso: em 12 out. 2020.

KNAUTH, D. R.; LEAL, A. F. A expansão das Ciências Sociais na Saúde Coletiva: usos e abusos da pesquisa qualitativa. **Interface (Botucatu)** [online], v.18, n.50, p.457-467, 2014. DOI: 10.1590/1807-57622014.0274.

MALTA, D. C.; CECÍLIO, L. C. de O.; MERHY, E. E.; FRANCO, T. B.; JORGE, A. de O.; COSTA, M. A. C. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.2, p. 433-444, 2004.

MANZINI, E. J. **A entrevista na pesquisa social**. São Paulo: Didática, 1990.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da atenção primária à saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, 2020.

MAY, T. **Pesquisa social: questões, métodos e processos**. 3.ed. - Porto Alegre: Artmed, 2004.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR.

OPAS. **Folha informativa – Atenção primária à saúde**. 2019. [Internet]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5858:folha-informativa-atencao-primaria-de-saude&Itemid=843. Acesso em: 01 out. 2020.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

SANTOS, I. S; UGA, M. A. D; PORTO, S. M. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1431-1440, 2008.

SILVA JÚNIOR A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate do campo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1998.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

UNIMED. **Atenção Integral à Saúde: Novas perspectivas para a saúde do futuro** [Internet]. Disponível em: <https://www.unimed.coop.br/home/sistema-unimed/atencao-integral-a-saude>. Acesso em: 10 nov. 2020.

ZIELINSKI, M. M. **Atenção primária na saúde suplementar: perspectivas de implantação no segmento privado**. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso

(Bacharelado em Saúde Coletiva) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

ZIROLDO, R. R.; GIMENES, R. O.; CASTELO JR, C. A importância da Saúde Suplementar na demanda da prestação dos serviços assistenciais no Brasil. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, 216-221, 2013.

APÊNDICE A – PESQUISA DE CAMPO FASE 2: QUESTIONÁRIO RESPONDIDO PELOS DIRIGENTES DE OPERADORAS DE PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE

Nome do entrevistado: _____

Data da entrevista: _____

Nome da Operadora de Plano de Saúde: _____

Cargo ou função: _____

1. Qual a modalidade da Operadora de Plano de Saúde dirigida pelo(a) senhor(a)?
2. Qual o número de beneficiários assistidos?
3. A operadora oferta serviços de atenção primária à saúde para os usuários?
4. De que forma o serviço é ofertado?
5. Qual objetivo estratégico levou a empresa a investir em APS?
6. As definições do Ministério da Saúde para a atenção básica no SUS, foram consideradas para a organização dos serviços?
7. Na sua visão, que outros fatores foram determinantes para definir o formato de oferta desse serviço?
8. Os resultados são monitorados através de indicadores? Quais?
9. Existe um perfil de clientes definido pela operadora como público-alvo da APS?
10. Como o(a) senhor(a) define a percepção dos usuários quanto à oferta de serviços de APS pela operadora?
11. Quais os principais desafios que o(a) senhor(a) identifica para operacionalização da Atenção Primária numa operadora de Saúde Suplementar?

Gostaria de acrescentar algo sobre a oferta de serviços de APS nas operadoras de planos privados de saúde?

APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a),

O (a) Sr. (a). está sendo convidado a participar da pesquisa: “**SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA IMPLANTADOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR EM PORTO ALEGRE/RS**”, que tem por objetivo caracterizar os serviços de atenção primária à saúde que vêm sendo implantados pelas operadoras de planos de saúde no município de Porto Alegre/RS e comparar as diferentes configurações existentes com as definições do Ministério da Saúde para a Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS), bem como com os atributos definidos para a atenção primária à saúde.

Essa pesquisa será realizada com gestores de operadoras de Planos de Saúde Privados de Porto Alegre/RS que possuam serviços de atenção primária à saúde no escopo de serviços ofertados ao consumidor. Sua participação no estudo consistirá em participar de uma entrevista sobre o tema acima, realizada por telefone, e-mail ou presencialmente. A entrevista terá uma duração de mais ou menos 30 (trinta) minutos. O Sr. (a) tem a liberdade de não responder ou interromper a entrevista em qualquer momento. O Sr. (a) tem a liberdade de não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, mesmo após o início da entrevista/coleta de dados, sem qualquer prejuízo. Está assegurada a garantia do sigilo das suas informações. O Sr. (a) não terá nenhuma despesa e não há compensação financeira relacionada à sua participação na pesquisa.

Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa, o Sr. (a) poderá entrar em contato com o coordenador responsável pelo estudo: Prof. Ronaldo Bordin, que pode ser localizado no Departamento de Medicina Social (fone 3308 5327) ou pelo e-mail ronaldo.bordin@ufrgs.br.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CEP UFRGS), também poderá ser consultado caso o Sr. (a) tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ÉTICA da pesquisa, pelo telefone 51 3308 3738 ou pelo email etica@propesq.ufrgs.br.

Este termo será assinado em duas vias, pelo senhor e pelo responsável pela pesquisa, ficando uma via em seu poder.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito do que li, sobre a pesquisa: **“SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA IMPLANTADOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR EM PORTO ALEGRE/RS”**.

Ficaram claros para mim os propósitos do estudo, os procedimentos, garantias de sigilo, de esclarecimentos permanentes e isenção de despesas.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo.

__/__/__

Assinatura do entrevistado

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deste entrevistado OU REPRESENTANTE LEGAL (se for o caso) para a sua participação neste estudo.

__/__/__

Assinatura do responsável pelo estudo

ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Sistema Pesquisa - Pesquisador

www.lufrgs.br/Portals/Servicos/Pesquisa/Pesquisador/form_inclus.php

Sistema Pesquisa - Pesquisador: Ronaldo Borde

Dados Gerais:

Projeto Nº:	2885	Título:	SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA IMPLANTADOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR EM PORTO ALEGRE/RS
Área de conhecimento:	Saúde Pública	Início:	03/02/2020
Situação:	Projeto em Andamento	Previsão de conclusão:	31/03/2021
Origem:	Faculdade de Medicina Departamento de Medicina Social	Projeto de linha de pesquisa:	Gestão do Trabalho em Saúde
Local de Realização:	não informado		
Não apresenta relação com Patrimônio Genético ou Conhecimento Tradicional Associado.			
Objetivo:	Caracterizar os serviços de atenção primária à saúde que vem sendo implantados pelas operadoras de planos de saúde no município de Porto Alegre/RS		
Palavras Chave:	GESTÃO EM SAÚDE		
Equipe UFRGS:	Nome: RONALDO BORDE Coordenador - Início: 03/02/2020 Previsão de término: 31/03/2021 Nome: ROCHÊLE LEDES PAIVA Orientadora de Especialização - Início: 03/02/2020 Previsão de término: 31/03/2021 Nome: ROGER DOS SANTOS ROSA Pesquisador - Início: 03/02/2020 Previsão de término: 31/03/2021		
Avaliações:	Comissão de Pesquisa de Medicina - Aprovado em 29/02/2020 Clique aqui para visualizar a decisão		
Anexos:	Ficha Consultada Relatório de Andamento Período: 03/02/2020 a 02/10/2020 Data de Envio: 23/02/2020 Data de Envio: 02/10/2020		