

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Renato Rodrigues da Silva

ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE SUPLEMENTAR: compreendendo os atributos
essenciais em uma operadora de plano de saúde da região sudeste do Brasil

Belo Horizonte

2020

Renato Rodrigues da Silva

ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE SUPLEMENTAR: compreendendo os atributos essenciais em uma operadora de plano de saúde da região sudeste do Brasil

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Área de Concentração: Gestão de Serviços de Saúde

Linha de Pesquisa: Política, Planejamento e Avaliação em Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mônica Viegas Andrade

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Kenya Valéria Micaela de Souza Noronha

Belo Horizonte

2020

FICHA CATALOGRÁFICA

Silva, Renato Rodrigues da.

SI586a Atenção Primária na Saúde Suplementar [manuscrito]: compreendendo os atributos essenciais em uma operadora de plano de saúde da região sudeste do Brasil. / Renato Rodrigues da Silva. - - Belo Horizonte: 2020.
98 f.

Orientador (a): Mônica Viegas Andrade.

Coorientador (a): Kenya Valéria Micaela de Souza Noronha.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Modelos de Assistência à Saúde. 3. Cobertura de Serviços Privados de Saúde. 4. Saúde Suplementar. 5. Seguro Saúde. 6. Dissertação Acadêmica. I. Andrade, Mônica Viegas. II. Noronha, Kenya Valéria Micaela de Souza. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: W 84.6

Bibliotecária responsável: Fabiene Letizia Alves Furtado CRB-6/2745



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE/MP

UFMG

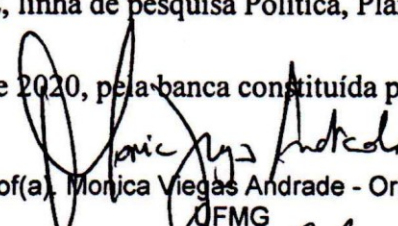
FOLHA DE APROVAÇÃO

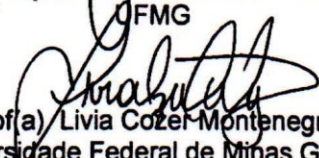
ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE SUPLEMENTAR: compreendendo os atributos essenciais em uma operadora de plano de saúde da região sudeste do Brasil

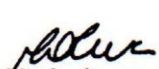
RENATO RODRIGUES DA SILVA

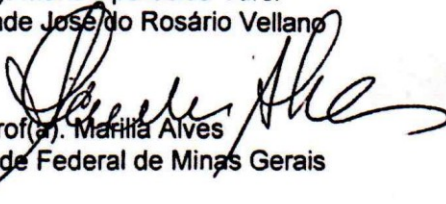
Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre em GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE, área de concentração GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE, linha de pesquisa Política, Planejamento e Avaliação em Saúde.

Aprovada em 26 de março de 2020, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Monica Viegas Andrade - Orientador
UFMG


Prof(a). Livia Cozer Montenegro
Universidade Federal de Minas Gerais


Prof(a). Maria Aparecida Turci
Universidade José do Rosário Vellano


Prof(a). Marília Alves
Universidade Federal de Minas Gerais

Belo Horizonte, 26 de março de 2020.


Davidson Luis Braga Lopes
Escola de Enfermagem/UFMG
SIAPE 2410180
Matrícula 311758

SECRETARIA

Dedico esse trabalho a Deus, aos meus pais, à minha noiva e a todas as pessoas que estão em contato diário com o sistema de saúde, nas mais diversas perspectivas.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo amor e cuidado em todos os momentos da vida. Por me sustentar e guardar meu coração nos dias em que sozinho eu não conseguiria ir adiante. Por ser esperança e luz no caminho. Sua misericórdia renovou-se em todos os dias da minha existência. Continuarei dependente e confiante em ti, pois só o Senhor é Deus acima de todas as coisas. Honra e glória para todo sempre, Amém!

Aos meus pais, Izailton e Leopoldina. Palavras não conseguem descrever a emoção que sinto em ter vocês na minha vida. O investimento constante na minha formação humana e profissional permitiu-me chegar até aqui! O exemplo de vocês é fonte constante de inspiração para mim. Amo vocês para sempre!

À minha noiva e, em breve, esposa, Karen Gomes, pelo carinho e apoio na realização desse trabalho. Por se envolver na realização dos meus sonhos! Destaco que sua compreensão na reta final desse trabalho tornou os dias mais leves e prazerosos. Te amo!

À minha família, pelos momentos que passamos juntos e pela compreensão de algumas ausências que foram necessárias.

Aos amigos, pelo companheirismo, lealdade e por proporcionarem momentos de lazer tornando a caminhada mais leve e descontraída. Ter vocês ao meu lado fazem a vida valer muito mais a pena.

Às minhas orientadoras, Mônica Viegas e Kenya Noronha, admiro vocês desde a época da graduação, pelo saber, pelo amor de ensinar e por desejarem tanto tornar a gestão em saúde cada vez melhor. O suporte, as cobranças e o estímulo de vocês foram fundamentais ao longo da construção desse trabalho. Minha eterna gratidão, respeito e inspiração.

Aos professores envolvidos no curso de Gestão de Serviços de Saúde, na graduação ou no mestrado, o incentivo de vocês fez muita diferença no profissional que sou, e em que espero me tornar. O empenho de vocês na formação de gestores é incrível e me faz querer continuar estar sempre próximo a vocês, seja aprendendo ou compartilhando as experiências. Minha

vontade nesse momento é citar o nome de cada um de vocês, mas para não ser injusto prefiro me referir e agradecer a toda equipe de docentes.

Aos meus alunos, da graduação e da pós-graduação, a cada disciplina que tenho o privilégio de trabalhar com vocês, sou eu quem aprendo e me torno melhor.

À Michelle Nepomuceno e Yara Cardoso, colegas de profissão e amigas de longa data, pelo apoio durante a realização desse estudo.

Ao Francisco Tavares, ou simplesmente Chico, pelas palavras de encorajamento com foco no meu crescimento pessoal e profissional. Desde quando o conheci, ainda na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, na Assessoria de Gestão Estratégica e Inovação, você tem marcado muito minha forma de compreender os sistemas de saúde e pensar a gestão “fora da caixa.” Você é um exemplo de líder e fonte de inspiração constante para mim.

Aos profissionais, Silvana, Fernando A. e Fernando B., pelas conversas e apoio para delimitação do escopo e do objetivo, além do suporte com materiais e experiências que tornaram esse trabalho único e especial.

Aos membros da banca de qualificação e defesa final, por suas importantes contribuições que tornaram esse trabalho melhor e digno de ser entregue à universidade e aos serviços de saúde. Sem o olhar cuidadoso de vocês, com certeza esse trabalho estaria muito aquém do que se espera nesse nível de formação.

Aos meus colegas de mestrado, pelo aprendizado e pelas trocas que fizemos ao longo desses dois intensos anos das nossas vidas. Juntos superamos desafios, enfrentamos os medos e comemoramos nossas conquistas. Olhar para trás e ver que tudo valeu muito a pena não tem preço que pague. Construímos tudo isso juntos. Agora somos mestres e, muito mais do que um título, ganhamos muita experiência e estamos mais preparados para os desafios que a vida com certeza trará no seu curso.

Ao Davidson, que sempre esteve disposto a ajudar e solucionar as mais diversas questões. Você fez essa grande engrenagem que é o curso de Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde funcionar.

Aos meus colegas de trabalho, pelo convívio diário e pelo privilégio de aprender com vocês. Passamos a maior parte do dia juntos e posso dizer que tenho muito prazer nisso, afinal somos mais do que uma equipe, nos comportamos como num verdadeiro time! Ao meu líder, pela compreensão e estímulo que foram imprescindíveis na concretização desse trabalho.

Às equipes que trabalham com atenção primária à saúde na instituição objeto desse estudo, o apoio de vocês foi indispensável para a concretização dessa pesquisa.

Aos participantes do estudo, pela disponibilidade e pela contribuição, meu carinho especial, pois sem vocês não seria possível chegar a lugar nenhum.

À todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para que essa dissertação fosse escrita.

*O SENHOR é o meu pastor, nada me faltará.
Deitar-me faz em verdes pastos, guia-me mansamente a águas tranquilas.
Refrigera a minha alma; guia-me pelas veredas da justiça, por amor do seu nome.
Ainda que eu andasse pelo vale da sombra da morte, não temeria mal algum, porque tu
estás comigo; a tua vara e o teu cajado me consolam.
Preparas uma mesa perante mim na presença dos meus inimigos, unges a minha cabeça
com óleo, o meu cálice transborda.
Certamente que a bondade e a misericórdia me seguirão todos os dias da minha vida; e
habitarei na casa do Senhor por longos dias.
(Salmos 23, Bíblia Sagrada)*

RESUMO

SILVA, Renato Rodrigues. **ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE SUPLEMENTAR: compreendendo os atributos essenciais em uma operadora de plano de saúde na região sudeste do Brasil**. 2020. 98p. Dissertação (Mestrado Profissional de Gestão de Serviços de Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais.

A atenção primária à saúde pode ser compreendida como primeiro nível de atenção em um sistema de saúde. O conceito de atenção primária foi evoluindo ao longo do tempo e o desenvolvimento das práticas assistenciais foi adquirindo características específicas nos sistemas de saúde implantadas. Os estudos atuais mostram que a atenção primária deve orientar o modelo assistencial nos sistemas de saúde e deve ser pautada nos atributos essenciais de Starfield: acesso, longitudinalidade, coordenação, integralidade. Estudos recentes apontam que uma atenção primária forte e resolutiva é capaz de resolver cerca de 75% dos problemas de saúde da população. No Brasil, a Atenção Primária à Saúde foi implementada, inicialmente, no Sistema Único de Saúde, a partir de 1994. Observa-se que, durante os anos, importantes evoluções foram experimentadas no modelo adotado no Sistema Único de Saúde. No setor privado a preocupação com essa temática é relativamente recente. Em uma operadora de plano de saúde localizada em um município da região sudeste, algumas foram as práticas relacionadas aos cuidados primários de atenção à saúde desenvolvidas ao longo dos últimos anos, porém a adoção da APS de forma explícita ocorreu apenas em 2013. O objetivo desse trabalho é compreender as experiências de cuidados primários em uma operadora de plano de saúde a partir dos atributos essenciais, sob a ótica de clientes, cooperados e colaboradores. Trata-se de um estudo qualitativo, de abordagem exploratória do tipo estudo de caso. O método de coleta de dados foi a entrevista com utilização de roteiro semiestruturado. Os participantes foram clientes, colaboradores e cooperados da operadora em estudo. Utilizou-se da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2016) para tratamento dos dados. Cada atributo foi considerado uma categoria de análise e, além disso, considerou-se questões específicas do modelo e aspectos gerais para contribuir com as discussões. Os resultados evidenciam que os atributos da APS estão presentes na operadora em estudo e são percebidos de forma diferente pelos grupos entrevistados. As respostas foram divididas em aspectos positivos, negativos, neutros e ausentes. A categoria que os clientes mais conseguem perceber e trazer em seus discursos é o acesso e a que menos aparece é a longitudinalidade. Em algumas categorias é possível notar uma quantidade importante de ausências de respostas, o que demonstra a baixa percepção dos atributos pelos entrevistados. De maneira geral, os atributos precisam ser desenvolvidos para que a APS passe a entregar os resultados esperados no contexto da saúde suplementar. Foi proposto o Relatório Técnico de Ações de Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, como produto técnico do mestrado em Gestão de Serviços de Saúde, para contribuir com a implementação e a melhoria da atenção primária no sistema de saúde, especialmente nas operadoras de planos de saúde.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Modelos de atenção à saúde. Planos privados.

ABSTRACT

SILVA, Renato Rodrigues. **PRIMARY CARE IN SUPPLEMENTARY HEALTH: understanding the essential attributes of a health plan operator in southeastern Brazil.** 2020. 98p. Dissertation (Professional Master in Health Services Management) - School of Nursing, Federal University of Minas Gerais.

Primary health care can be understood as the first level of care in a health system. The concept of primary care has evolved over time and the development of care practices has acquired specific characteristics in the operating health systems. Nowadays studies say primary health care should guide the care model in health systems and should be based on the essential attributes of Starfield: access, longitudinality, coordination, integrality. Recent studies suggest a strong and resolute primary care is capable of solving about 75% of the population's health problems. In Brazil, Primary Health Care was initially implemented in the Unified Health System, starting in 1994. It is observed that, over the years, important developments have been experienced in the model adopted in the Unified Health System. In the private sector, the concern with this theme is recent. In a health plan operator located in a city in the southeastern region, some practices related to primary health care have been developed over the past few years, however the adoption of PHC explicitly occurred only in 2013. The objective of this work is to understand the experiences of primary care in a health plan operator according to the essential attributes, from the perspective of customers, members and employees. This is a qualitative study, with an exploratory approach: a case study. The method of data collection was the interview using a semi-structured script. Participants were customers, employees and members of the operator under study. The content analysis technique proposed by Bardin (2016) was used for data treatment. Each attribute was considered a category of analysis and, in addition, specific model points and general aspects were considered to contribute to the discussions. The results show that the attributes of PHC are present in the health plan operator under study and are perceived differently by the interviewed groups. The responses were divided into positive, negative, neutral and absent aspects. The category that clients are most able to perceive and bring in their speeches is access and the one that appears least is longitudinality. In some categories, it is possible to notice an important number of missing answers, which demonstrates the low perception of attributes by the interviewees. In general, the attributes need to be developed so that PHC starts to deliver the expected results in the context of supplementary health. The Technical Report on Actions to Strengthen Primary Health Care was proposed, as a technical product of the Master in Health Services Management, to contribute to the implementation and improvement of primary care in the health system, especially in health plan operators.

Key words: Primary health care. Models of health care. Private plans.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Análise da expectativa de vida <i>versus</i> presença de médicos de atenção primária nos 50 estados dos EUA. 1999.....	29
Gráfico 2 - Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil – 2009-2019) (em milhões).....	33
Gráfico 3 - Número de operadoras de planos privados de assistência à saúde (1999 a 2019). 34	
Quadro 1 - Experiências reconhecidas como inovadoras no Laboratório de Inovação de APS – ANS e OPAS (2018)	39
Quadro 2 – Objetivos estratégicos da APS no mapa estratégico da operadora Alfa, 2013 a 2018.	45
Quadro 3 – Programas de Atenção à Saúde. Alfa. 2019	46
Quadro 4 – Grupos de promoção da saúde. Alfa. 2019.....	50
Figura 1 – Mapa da Cadeia de Saúde Suplementar. Instituto de Estudos da Saúde Suplementar. 2016	35
Figura 2 - Níveis de certificação no Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde – ANS, 2019	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição de beneficiários por modalidade de operadora de plano de saúde. 2019.	35
Tabela 2 – Distribuição de clientes das Clínicas Alfa-APS, por sexo. Alfa, 2019.....	52
Tabela 3 – Codificação dos clientes participantes, segundo sexo, formação/profissão, tempo de contato com o Alfa-APS e com outros produtos. Alfa. Município da Região Sudeste, 2020..	57
Tabela 4 – Codificação dos colaboradores participantes, segundo sexto, formação, tempo de atuação, contato com o Alfa-APS e experiência prévia com APS no SUS. Município da Região Sudeste, 2020.....	58
Tabela 5 – Codificação dos cooperados participantes, segundo sexo, especialidade, tempo na Alfa, contato com o Alfa-APS e experiência prévia com APS. Município da Região Sudeste, 2020.	58
Tabela 6 – Distribuição de respostas por categorias de análise identificadas. Município da Região Sudeste, 2020.	61
Tabela 7 – Distribuição das respostas por classificação positiva, negativa, neutra e ausência, por tipo de participante e categoria. Alfa. Município da Região Sudeste, 2020.	64

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome da imunodeficiência adquirida (Sigla traduzida)
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CF	Constituição Federal
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DIOPE	Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras
DIPRO	Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos
ESF	Estratégia Saúde da Família
GPABA	Gestão Plena de Atenção Básica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
IDSS	Índice de Desempenho da Saúde Suplementar
IN	Instrução Normativa
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana para a Saúde
OPS	Operadora de Plano de Saúde
PAB	Piso Assistencial Básico
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PCA TOOL	Ferramenta de avaliação da Atenção Primária à Saúde (Sigla traduzida)
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RN	Resolução Normativa
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 OBJETIVOS	21
2.1 Objetivo geral	21
2.2 Objetivos específicos	21
3 REFERENCIAL TEÓRICO	22
3.1 O sistema de saúde no Brasil: conceitos e ideias iniciais	22
3.2 Atenção primária: conceitos, principais definições e histórico	23
3.3 Atenção primária: os atributos essenciais e derivados	26
3.4 Atenção primária: resultados relevantes para o sistema de saúde no brasil	27
3.5 Atenção primária: resultados relevantes para o sistema de saúde no mundo	29
3.6 Atenção primária no Brasil: evolução no SUS	30
3.7 Saúde Suplementar: caracterização do mercado	32
3.8 Saúde Suplementar: as questões econômicas envolvidas	35
3.9 ANS: o estímulo a programas de promoção da saúde	37
3.10 Saúde suplementar: as experiências de APS no setor	42
3.11 Alfa: a operadora de plano de saúde do estudo	43
3.12 Operadora Alfa: a trajetória da atenção primária à saúde	45
3.13 Alfa-APS: a estratégia de consolidação da atenção primária	51
4 METODOLOGIA	54
4.1 Caracterização do estudo	54
4.2 O cenário de estudo	55
4.3 Procedimentos prévios à realização da pesquisa	55
4.4 Participantes do estudo	56
4.5 Instrumento para coleta de dados	59
4.6 Tratamento e análise de dados	60
4.7 Aspectos éticos da pesquisa	61

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	63
5.1 Análise geral das categorias identificadas	63
5.2 O primeiro atributo: acesso.....	66
5.3 O segundo atributo: integralidade.....	69
5.4 O terceiro atributo: coordenação do cuidado.....	70
5.5 O quarto atributo: longitudinalidade.....	73
5.6 Modelo assistencial	75
5.7 Aspectos gerais	77
5.8 Perspectivas de fortalecimento	79
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAS	84
APENDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM COLABORADORES.....	88
APENDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM COOPERADOS	89
APENDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM CLIENTES	90
APENDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE.....	91
APENDICE E - RELATÓRIO TÉCNICO DE AÇÕES DE FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – RTAF APS.....	94
ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFMG	96
ANEXO B - CARTA DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL – ALFA	98

APRESENTAÇÃO

Essa dissertação é produto do Trabalho de Conclusão de Mestrado (TCM) realizado no curso de Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal de Minas Gerais.

Como bacharel em Gestão de Serviços de Saúde, formado em 2013, deparei-me com diversos desafios que os sistemas de saúde enfrentam no Brasil e no mundo. Ora esses desafios são similares, ora são antagônicos. Dentre as agendas que precisam ser enfrentadas observa-se a mudança do modelo assistencial e tudo que isso significa no contexto de gestão em saúde. A mim e aos meus colegas foram empenhados diversos esforços para que pudéssemos fazer a diferença na saúde, afinal o objetivo do curso é formar bacharéis para atuar na gestão de sistema e serviços de saúde, de maneira inovadora, humanista e eticamente comprometida com as necessidades de saúde da população, por meio de ferramentas para identificar, diagnosticar e propor soluções criativas em áreas críticas, ampliando a capacidade de resposta dos serviços de saúde. O profissional é habilitado para atuar na gestão de serviços de saúde, em todos os níveis de complexidade, como hospitais, centros de saúde, serviços de urgência, saúde suplementar e secretarias municipais e estaduais. Para tanto, é esperado que o gestor seja crítico, empreendedor e tenha uma ampla visão do contexto social, político e econômico do país.

Durante certo tempo, atuei no setor público na área de planejamento e monitoramento dos assuntos de saúde no Governo de Minas. Há 5 anos, passei a atuar em uma operadora de plano de saúde e os desafios passaram a fazer parte do cotidiano. Em que pese minha atuação profissional não estar ligada à formulação, planejamento e implementação de programas de saúde ou à gestão de serviços assistenciais, a inquietação sobre alguns dilemas fez parte da minha rotina, afinal pensar a sustentabilidade, sob diversos aspectos, é inerente à profissão que escolhi seguir.

Nessa perspectiva, surgiu o interesse em fazer o mestrado para aprender e conduzir uma pesquisa aplicada na realidade que me era peculiar - a atenção primária no contexto da saúde suplementar. Fiz a escolha pela linha de Política, Planejamento e Avaliação em Saúde que abrange estudos que subsidiam o estabelecimento de marcos regulatórios e de políticas de saúde. Além disso, contempla a avaliação da cobertura, qualidade, impacto e eficiência da prestação de serviços de saúde, bem como a análise de custos e de financiamento público para a determinação da prioridade na alocação de recursos na área.

Preciso confessar que foram diversos os desafios vivenciados desde a concepção do estudo até a análise dos resultados encontrados. A cada passo sentia-me ainda mais estimulado a conseguir encontrar as respostas que levariam a compreender os atributos essenciais da atenção primária no contexto da saúde suplementar. Mais do que uma simples compreensão, minha vontade é contribuir para fortalecer o sistema de saúde com foco na melhoria de processos e no valor que se pode gerar para o cliente, tendo-o como centro do cuidado e numa perspectiva de saúde, conforme estabelece a Organização Mundial de Saúde.

Esse curso proporcionou experiências incríveis que levarei comigo na certeza de que me tornei um profissional mais bem preparado para lidar com os desafios mencionados. Tive a oportunidade de ser o coordenador da Comissão Científica do I Congresso Internacional de Gestão de Serviços de Saúde, realizado em 2018, atuar como professor voluntário no curso de graduação em Gestão de Serviços de Saúde e de cursos de pós-graduação em instituições particulares no estado de Minas Gerais, ser membro avaliador das bancas de TCC da graduação, e coorientar uma monografia realizada no curso de Gestão de Serviços de Saúde.

Por tudo isso e por muito mais, digo que é grande minha responsabilidade em pensar o sistema de saúde de maneira inovadora e eticamente comprometido com as pessoas.

Essa dissertação foi organizada em seis capítulos. O primeiro aborda a introdução do assunto, as principais perspectivas do estudo, o problema de pesquisa e a justificativa. O segundo detalha os objetivos da pesquisa. O capítulo acerca do referencial teórico está subdividido em treze partes e contém os principais conceitos, a evolução do assunto ao longo do tempo e a descrição do local onde a pesquisa foi realizada. A metodologia está descrita no quarto capítulo desse trabalho e contempla todo o percurso realizado na produção do mesmo. O quinto capítulo detalha os resultados e os discute à luz da literatura e, por fim, o sexto capítulo contém as considerações que puderam ser feitas ao final dessa dissertação. Cabe destaque para o Apêndice E, que contém o Relatório Técnico de Ações de Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde que, em síntese, contempla ações que podem ser desenvolvidas pela operadora em estudo para fortalecer a presença dos atributos da APS em seu produto que possui o foco na atenção primária.

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) fundamenta-se na adoção de práticas de cuidados em saúde baseados em tecnologias, com foco na atuação multiprofissional e atenção aos aspectos sociais e científicos, para atenção à saúde das pessoas e da comunidade. Constitui também, ou deve constituir, o primeiro nível de atenção do sistema de saúde, ou seja, o ponto de contato das pessoas com os demais elementos da rede de assistência em saúde. Para execução dos objetivos que lhe são atribuídos, considera-se a utilização de atividades clínicas de baixa densidade tecnológica, mas com potencial de impacto na saúde das populações. A APS tem sido amplamente discutida nos serviços e sistemas de saúde por todo mundo por envolver uma lógica que altera a forma como a atenção à saúde é ofertada à população, seja nos setores público ou privado (LAVRAS, 2011).

No Brasil, a Constituição Federal (CF), promulgada em 1988, facultou à iniciativa privada a assistência à saúde, conforme o art. 199 (BRASIL, 1988). Anteriormente à sua promulgação, diversas atividades relacionadas à prestação de serviços na saúde eram praticadas pelo setor privado com livre atuação no mercado. A lei 9.656/98, que regulamentou os planos privados de assistência à saúde, e a 9.661/00, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foram importantes marcos na regulação do setor privado de assistência à saúde no Brasil (MALTA *et al.*, 2004). Atualmente, estão cobertos por planos privados de assistência à saúde 47,3 milhões de brasileiros (ANS, 2019a), representando cerca de 25% da população, conforme o Censo 2010 (IBGE, 2010). Esse cenário permite compreender a magnitude do setor de saúde suplementar no Brasil, cujo financiamento ocorre por meio de um plano de saúde ou por desembolsos diretos realizados pelas famílias.

O sistema de saúde vem, ao longo dos anos, enfrentando desafios para a gestão da saúde de suas populações. Entre esses, pode-se mencionar a transição epidemiológica caracterizada pela redução de morte por doenças infecciosas e o crescimento das doenças crônicas degenerativas. A situação epidemiológica da população brasileira é formada por tripla carga de doenças: infectocontagiosas, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva, além das causas externas e as condições crônicas (MENDES, 2011). Por outro lado, as condições demográficas têm impactado a estrutura etária do país, com o aumento do número de idosos e a tendência a um crescimento cada vez mais acelerado nos próximos anos. Esse cenário, além de impactar o custo do sistema, exige que o cuidado seja ofertado sob outras perspectivas.

O atual modelo de atenção à saúde apresenta sinais de que não está preparado para atender às demandas da população a partir das transições demográfica, epidemiológica e

nutricional que o país enfrenta pois, em muitos casos, está organizado de forma fragmentada, com foco na produção de serviços e falta de integração do cuidado entre os diversos pontos de atenção. A produção do cuidado, presente no modelo atual, é voltada para a atenção reativa e por episódios, ou seja, quando há demanda por parte do usuário e com a utilização dos serviços sem ordem ou devido acompanhamento, especialmente para os beneficiários de planos de saúde. Essas condições fazem com que o sistema não gere, para o beneficiário, o valor que espera do sistema de saúde e, ainda, compromete sua sustentabilidade a longo prazo.

No SUS, a partir da proposta da Estratégia de Saúde da Família (ESF), os pacientes são acompanhados pelas equipes de saúde da família na perspectiva do cuidado integral e longitudinal. Esse cenário não é muito comum na saúde suplementar, já que a adoção de estratégias para o cuidado centrado no paciente e longitudinal é recente.

Para ser capaz de atender às necessidades de saúde da população é importante definir a atribuição dos serviços, avaliar seu desempenho frente aos objetivos esperados, definir responsabilidades, além de orientar os usuários sobre o cuidado com a saúde e a forma de uso de cada serviço disponível para que o sistema funcione gerando melhores resultados para as partes envolvidas (ANS, 2018).

Para avançar no modelo de cuidado e superar os desafios da atenção fragmentada e do envelhecimento populacional presentes no sistema, a APS tem sido a estratégia para a conformação de um novo modo de produzir cuidados em saúde. No SUS, a adoção da APS já tem contribuído com resultados efetivos em saúde (MENDES, 2011).

A discussão do modelo assistencial tem sido feita em diversos espaços, tais como universidades, serviços de saúde, governos, operadoras e órgãos reguladores. É consenso que o modelo médico-centrado, focado nas demandas espontâneas e nas condições agudas, não é suficiente para que os sistemas ofereçam respostas adequadas às pessoas e às suas necessidades.

Nessa perspectiva, sempre me deparei com a inquietação acerca das questões relacionadas ao modelo assistencial ao longo da minha formação e atuação como gestor de serviços de saúde.

Faz-se necessária uma atenção especial ao âmbito dos serviços privados, já que a APS vem sendo discutida há pouco tempo de forma mais intensa e propositiva. As cooperativas médicas enfrentam outros desafios, como a questão do alto grau de especialização que pode contribuir para que se mantenha o modelo assistencial vigente.

Considerando esse contexto, instiga-me entender as dificuldades e fenômenos que estão relacionados à consolidação de um modelo assistencial em que a APS coordene o percurso assistencial, que haja vínculo entre o profissional e o beneficiário e responsabilização pelos

resultados alcançados. Dessa forma, o problema da presente pesquisa constitui em como os atributos essenciais da APS, sob a ótica de Starfield (2002), são desenvolvidos e como potencializá-los em uma operadora de plano de saúde na região sudeste do Brasil?

Nesse quadro, o estudo justifica-se pela necessidade de compreender como os atributos essenciais da APS estão sendo desenvolvidos na operadora de plano de saúde em estudo. Além disso, a pesquisa possibilitará a geração de novos conhecimentos que contribuirão para a formação dos profissionais do setor de saúde, já que a APS tem sido posicionada como a estratégia garantidora da sustentabilidade do sistema.

As análises iniciais, feitas a partir da literatura disponível, apontaram lacunas nas publicações científicas que tratam dos aspectos próprios da APS no mercado privado no Brasil e no mundo, especialmente no arranjo do sistema de saúde que possuímos no país.

Parte da proposta desse trabalho inclui a elaboração de um relatório técnico, conforme exigências da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), com destaque para as ações a serem desenvolvidas pela operadora em estudo na direção do fortalecimento dos atributos da APS.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Compreender as experiências de cuidados primários em uma operadora de plano de saúde a partir dos atributos essenciais, sob a perspectiva de clientes, cooperados e colaboradores.

2.2 Objetivos específicos

- a) Analisar como se organiza a atenção primária a partir dos atributos essenciais (acesso, coordenação, integralidade e longitudinalidade) propostos por Starfield;
- b) identificar potencialidades e desafios na implantação de estratégias de organização da atenção primária na experiência de uma operadora de plano de saúde;
- c) elaborar um relatório técnico contendo a descrição das experiências da operadora visando a proposição de estratégias viáveis para fortalecimento da APS na saúde suplementar.

3 REFERECIAL TEÓRICO

3.1 O sistema de saúde no Brasil: conceitos e ideias iniciais

O sistema de saúde brasileiro é composto por dois grandes setores. O primeiro é representado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que possui cobertura universal, financiamento público e participação das três esferas de gestão na sua operacionalização. É garantido na Constituição Federal em seu art. 196:

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Seus princípios doutrinários são: universalidade, integralidade e equidade. Já do ponto de vista da organização, são considerados os seguintes princípios: regionalização e hierarquização, descentralização, comando único e participação popular. O SUS é conhecido mundialmente pelo êxito em várias de suas propostas e ações tais como imunização, controle da tuberculose, do tabagismo e da AIDS (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008).

O segundo setor é o privado, sendo dividido “em saúde suplementar e o subsetor liberal clássico” (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008, p. 768). O subsetor liberal clássico é organizado pela formação própria de carteira e por processos informais em que o profissional estabelece com seus pacientes as condições e a remuneração pelos serviços.

O setor suplementar, foco desse estudo, é composto por uma complexa rede de componentes. Nessa rede estão presentes operadoras de planos de saúde que atuam como intermediadores financeiros do processo de atenção à saúde, os clientes, individuais ou coletivos, empresas ou entidades representativas e os prestadores de serviços de saúde. A complexidade dessa rede advém dos incentivos que existem para aos diversos atores do sistema (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008).

A presença dos planos de saúde antecede a criação do SUS, em 1988. Em 1923, foi promulgada a Lei Eloy Chaves considerada, hoje, a base da previdência social no Brasil. Essa lei criava “[...] em cada uma das estradas de ferro existentes no país, uma Caixa de Aposentadorias e Pensões para os respectivos empregados” (ANS, 2019, p. 1). Esses fundos tinham por objetivo garantir o financiamento das aposentadorias e pensões daqueles profissionais, mas, também, financiar os serviços médico-hospitalares dos funcionários e dependentes. Tendo em vista os dias atuais, esse modelo pode ser comparado com um plano de saúde da modalidade auto-gestão (ANS, 2019b).

As Caixas de Aposentadorias e Pensões foram crescendo e se multiplicando ao longo dos anos. A partir de 1930, o Ministério do Trabalho passou a atuar junto às mesmas a fim de que um número maior de trabalhadores pudesse ser assistido. Em 1933, foi criado o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos e, depois, o dos comerciários e bancários (1934) e dos industriários (1936). Em 1938, foi criado o Instituto de Previdência e Assistência aos Servidores do Estado (IPASE), que tinha por objetivo o atendimento à saúde dos servidores públicos. Em 1945, os Institutos de Aposentadorias e Pensões aumentaram seu escopo de atuação e passaram a oferecer serviços voltados para habitação e alimentação. Os anos seguintes foram marcados por turbulências financeiras decorrentes, inclusive, da falta de planejamento central. Em 1966 os institutos foram unificados e deram lugar ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (FGV, 2019).

A regulamentação dos planos de saúde foi estabelecida pela publicação da Lei 9.656/98, considerada um importante marco para o setor já que estabeleceu regras específicas para atuação das operadoras, suas modalidades, critérios de funcionamento, tipos de planos e contratação. Além disso, definiu coberturas mínimas, prazos de carência, aspectos das redes de prestadores de serviços, fiscalização do setor, ressarcimento ao SUS e a criação de órgãos de deliberação, dentre outros aspectos (BRASIL, 1998).

3.2 Atenção primária: conceitos, principais definições e histórico

A atenção primária à saúde materializou-se de diversas formas há muito tempo no mundo. Entre os objetivos pretendidos, destacam-se ações voltadas para o aumento da cobertura, racionalização da assistência, realização de cuidados primários e prevenção de doenças. Citam-se, dentre as diversas iniciativas, a promulgação da Lei dos Pobres, ocorrida na Inglaterra em 1601, os dispensários americanos no século XVIII e o projeto *Zemstvo*, registrado na Rússia em 1864 (AGUIAR, 2010).

Esses marcos formaram a base do que hoje se entende por APS. O termo APS termo usado pela primeira vez no Relatório de Dawson, publicado em 1920, no contexto da organização do sistema de saúde do Reino Unido. Em linhas gerais, a proposta era a organização de uma rede de cuidados estruturada a partir dos Centros de Cuidados Primários à Saúde planejados para estarem o mais próximo possível dos usuários. Nessa forma de cuidado, os médicos seriam clínicos com menor grau de especialização responsáveis pela saúde da população de sua carteira. Caso fosse necessário o direcionamento a profissionais com maior grau de especialização, haveria mecanismos para encaminhamento dos pacientes para serem

atendidos nos Centros de Cuidados Secundários ou nos hospitais de ensino (MENDES, 2015). Assim foram desenvolvidos os conceitos de rede de atenção à saúde onde a APS deveria ser uma das portas de entrada preferenciais do sistema de saúde, sendo responsável por coordenar o percurso do paciente com o apoio de outros níveis de atenção, sistemas logísticos (sistema de transporte em saúde, sistema de acesso regulado à atenção, prontuário clínico e cartão de identificação das pessoas) e sistemas de apoio (diagnóstico e terapias, assistência farmacêutica e sistema de informação) (MENDES, 2011).

Segundo Mendes (2015), nos anos subsequentes diversos movimentos foram realizados, em escala global, para uma reforma nos sistemas de saúde, como a criação do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, em 1948, e a adoção do médico generalista nos centros de cuidados primários. Em 1978, durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela Organização Mundial de Saúde, em Alma Ata, Cazaquistão, o conceito de APS foi estabelecido como sendo

atenção essencial à saúde baseada em tecnologias e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio do seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS, 1978¹ *apud* STARFIELD, 2002, p. 31).

Nessa conferência, além de reafirmar a APS como estratégia para os sistemas de saúde, foi reforçada a meta de Saúde para todos no ano 2000. Foram estabelecidas as funções de governo e das organizações que tinham por objetivo apoiar o desenvolvimento da APS de forma mais ampla. A partir da definição sobre a meta que os sistemas de saúde deveriam perseguir e a troca de experiências realizada na conferência, os diversos países começaram a se organizar para adequar o sistema de saúde tendo em vista a APS. Sendo assim, os elementos considerados essenciais da APS foram sendo discriminados e reforçados: educação em saúde, saneamento básico, cuidados com gestantes, inclusão de crianças na linha da saúde materno-infantil, prevenção de doenças, disponibilização de medicamentos, alimentação saudável e prática de atividades físicas (MENDES, 2015).

¹ OMS. Primary Health Care. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1978.

Para os países desenvolvidos as metas propostas não se apresentaram como desafiadoras, ou seja, estavam perto de serem atingidas. Já para aqueles em desenvolvimento, que contavam com indicadores de saúde piores, o alcance das metas propostas representava um desafio maior. O entendimento dos diversos países quanto ao que era a APS fez com que pelo menos três interpretações fossem dadas: “a APS como atenção primária seletiva; a APS como o nível primário do sistema de atenção à saúde; e a APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde” (MENDES, 2015).

A primeira interpretação é de que a APS acontece de forma seletiva nos países em desenvolvimento, ou seja, alguns serviços determinados, de menor custo, são ofertados à população com foco no controle de doenças. Dentre esse grupo de serviços está a vacinação e o tratamento contra determinadas enfermidades, como sarampo e difteria, coqueluche e tétano, o tratamento para malária febril e reidratação oral para diarreia em crianças, toxóide tetânico e incentivo à amamentação em mães. A avaliação da prioridade é feita a partir do estudo da prevalência, morbidade, mortalidade e viabilidade de controle (WALSH; WARREN, 1979).

A segunda interpretação considera a APS o primeiro nível de atenção no sistema de saúde. Nessa perspectiva, constitui porta de entrada do sistema e deve ser resolutive para os principais problemas de saúde da população. Fica claro que essa é uma forma evidente de minimização dos custos econômicos com a prestação de serviços de atenção à saúde e a satisfação das demandas da população no primeiro nível (INSTITUTE OF MEDICINE, 1994).

A terceira e última interpretação está relacionada com a organização do sistema de saúde a partir da APS, ou seja, a satisfação das necessidades e demandas da população devem ser atendidas a partir da combinação de diferentes recursos disponíveis no sistema de saúde e sua articulação com as redes de atenção. Sob esta ótica, a APS atua como linha de frente para cuidar da saúde da população já que tem, como atribuição, a coordenação do cuidado (SALTMAN *et al.*, 2006).

Nos últimos anos, os sistemas de saúde têm investido na reformulação dos modelos de atenção à saúde. Nesse contexto, a APS vem se fortalecendo como estratégia para vencer o modelo biomédico e hospitalocêntrico para um cuidado focado na promoção e prevenção de doenças considerando os determinantes sociais em saúde (STARFIELD, 2002). Nessa perspectiva, a APS tem tido um caráter de mudança do modelo assistencial e não apenas de reduzir os custos econômicos ou mesmo atender parte da população com serviços de menor valor (APS na visão seletiva).

3.3 Atenção primária: os atributos essenciais e derivados

Segundo Oliveira e Pereira (2013), a Atenção Primária em Saúde “apresenta dois aspectos distintos e interdependentes.” O primeiro está relacionado à mudança no sistema de saúde e considera a APS como primeiro nível de atenção no sistema de saúde. O segundo leva em consideração o modelo de mudança da prática clínica, ou seja, uma perspectiva em que o processo assistencial não seja voltado apenas para os aspectos reativos. Nos dois casos aplicam-se os atributos que norteiam e servem de base para implementação e avaliação da APS.

Starfield (2002) identifica quatro atributos essenciais da APS: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade e integralidade. A atenção ao primeiro contato refere-se ao atendimento da demanda da população a cada novo problema de saúde. Esse aspecto considera se o serviço de saúde está disponível para atender às demandas dos usuários assim que algum novo problema de saúde surge. A exceção a essa regra aplica-se aos casos de urgência e emergência. Para esse atributo é importante que os usuários percebam que o serviço é acessível, e que isso se reflita na utilização.

A longitudinalidade refere-se à existência de regularidade na atenção ao longo do tempo. Esse atributo está relacionado à realização de consultas na unidade na qual o usuário é vinculado, bem como à criação de laços interpessoais entre usuários e profissionais. O contato do usuário com o serviço deve ser feito ao longo do ciclo de vida, de forma intencional e não apenas em episódios de urgência.

A integralidade diz respeito ao atendimento ou encaminhamento das necessidades dos usuários, materializando-se por meio de arranjos entre os diversos níveis de serviços existentes, incluindo as questões de natureza social, por terem uma relevância para o estado de saúde das pessoas.

O último atributo essencial é a coordenação, que se refere à continuidade do cuidado e pode ser concretizada por meio de integração dos profissionais ou das informações sobre o estado de saúde, como o prontuário. É recomendável que o serviço consiga manter o acompanhamento do usuário pelo mesmo profissional ou, caso seja indicado um especialista, o profissional ao qual o usuário é vinculado tome conhecimento da conduta adotada e dê sequência à assistência.

Shi, Starfield e Xu (2001) elaboraram uma proposta de outras três dimensões que qualificam as ações e os serviços de APS, complementando os atributos essenciais detalhados anteriormente. O primeiro é a orientação familiar, que considera o contexto da família, o cuidado que pode ser alcançado e as ameaças à saúde na avaliação e no cuidado do paciente.

O segundo é a orientação comunitária, que se refere ao “reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades de saúde em comunidade” (SHI; STARFIELD; XU, 2001). Esse reconhecimento deve levar em consideração os dados epidemiológicos e a proximidade com a comunidade, devendo tal avaliação nortear o planejamento e a gestão dos serviços.

Por fim, o terceiro atributo é a competência cultural, que prevê a adaptação do serviço de saúde às características da população com o objetivo de facilitar a comunicação e a criação de vínculo.

Esses atributos devem ser desenvolvidos para que a APS melhore a entrega de resultados em saúde. Nessa perspectiva, é relevante realizar a avaliação dos serviços de saúde a fim de promover adequações dos processos e otimização a alocação de recursos, dentre outros. Para avaliar a qualidade da APS foram estruturados alguns instrumentos capazes de mensurar a extensão dos atributos ou avaliar questões mais específicas. Um exemplo desses instrumentos é o *Primary Care Assessement Tool* (PCA Tool) desenvolvido por Starfield *et al* (2000) no *Johns Hopkins Primary Care Policy Center*. Esse instrumento, validado para aplicação em vários países, inclusive no Brasil, mede a presença e a extensão dos atributos essenciais e dos derivados na APS, podendo ser aplicado aos usuários (adultos ou crianças), profissionais e gestores tendo como base o modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposta por Donabedian (1966). São mensurados, a partir de 143 questões (na versão completa), ou 23 (na reduzida) os aspectos de estrutura, processos e resultados. Como resultado da avaliação, é obtido um escore para cada um dos atributos, na versão completa, o que permite uma avaliação mais precisa dos pontos que precisam ser melhorados. Já a versão reduzida permite um escore geral, porém, em que pese ser mais superficial, sua aplicação é mais rápida, sendo tipicamente empregada quando os serviços estão se organizando e precisam realizar diagnósticos rápidos (BRASIL, 2010; D’AVILA *et al*, 2017).

3.4 Atenção primária: resultados relevantes para o sistema de saúde no brasil

As experiências em sistemas de saúde em que a presença da APS é vigorosa tem demonstrado impactos importantes nos resultados em saúde. A efetividade da APS pode ser percebida de algumas formas: redução do número de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), melhora em indicadores de mortalidade ou, ainda, acesso aos serviços de saúde.

Estudos no Brasil buscam evidenciar que uma maior qualificação da APS, seja na cobertura ou na qualidade, reflete-se em uma quantidade menor de internações pelas condições sensíveis (SANTOS et al, 2018).

O estudo conduzido por Guanais e Macinko (2009) analisou as internações em 2.448 municípios maiores de 10.000 habitantes no período de 1999 a 2007, no Brasil. Dentre os resultados encontrados, destaca-se que a expansão da ESF é associada à redução das internações por *diabetes mellitus* e problemas respiratórios. Outro resultado que cabe destacar é que uma maior cobertura dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) esteve relacionada à redução das internações por problemas do aparelho circulatório.

Moura *et al.* (2010) realizaram uma avaliação das tendências das internações hospitalares por condições sensíveis, por faixa etária e região, no período de 1999 a 2006. Os principais resultados foram a redução das taxas de internação por gastroenterites (-12,0%) e asma (-31,8%) e incremento de 142,5% nas taxas de internações por pneumonias bacterianas, tendências que ocorreram de forma distinta por faixa etária e região. Como apontam os autores, diversos fatores podem contribuir para os resultados encontrados, inclusive a realização de ações específicas de saúde pela ESF.

Ceccon, Meneghel e Viecili (2014) avaliaram as internações no período de 1998 a 2006, nos estados brasileiros, sendo observada associação entre a cobertura da ESF e a redução do ICSAP em 38,4% em todos os estados da federação.

Os gastos com as internações sensíveis reduziram-se de 23,6% (2000) para 17,4% (2013), sendo a maior redução em mulheres, crianças e idosos, conforme estudo de Souza e Peixoto (2017).

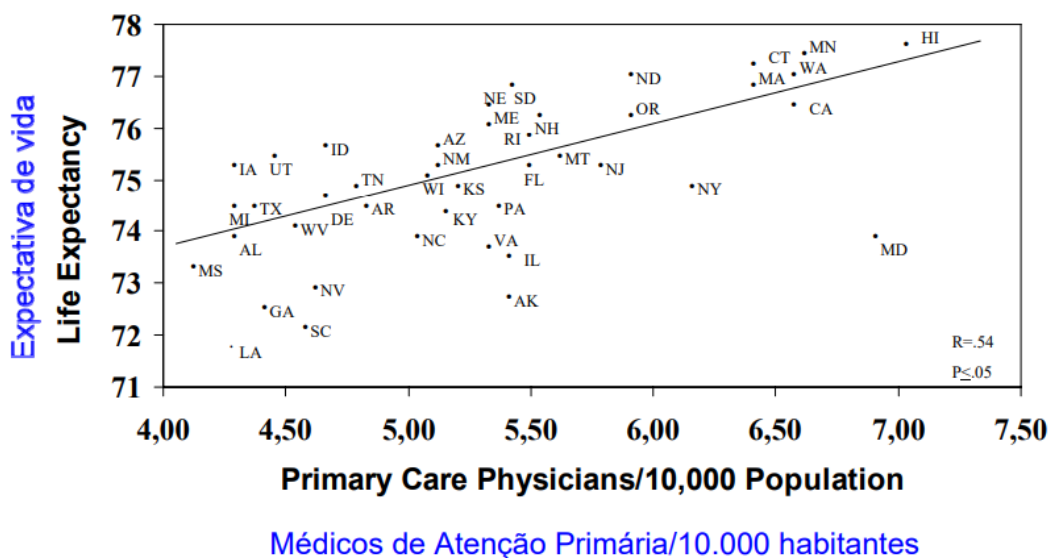
O estudo realizado por Paiz *et al.* (2018), na cidade de Porto Alegre, buscou analisar a relação entre os resultados da cobertura de serviços de atenção primária e as taxas de mortalidade infantil. Em que pese um terço da população ser assistida pela Estratégia de Saúde da Família, os locais com taxas de mortalidade infantil mais altas possuíam o número de médicos e enfermeiros próximos do que é recomendável. Esse resultado instiga a reflexão de que a cobertura por equipes de saúde da família não é por si só garantia de que a população está bem cuidada, e que os resultados em saúde dependem de outras questões, como os processos de cuidado desenvolvidos nos serviços de saúde, por exemplo.

3.5 Atenção primária: resultados relevantes para o sistema de saúde no mundo

Nas experiências internacionais, destaca-se o estudo realizado em 18 países da OCDE, no período de 1970 a 2000, que demonstrou que quanto maior a orientação para a APS, maior a redução dos anos potenciais de vidas perdidas e menores as taxas de mortalidade prematura por asma, bronquite, enfisema, pneumonia e doenças do aparelho circulatório. Esse mesmo estudo evidenciou que a oferta de médicos na APS impactava mais o baixo peso ao nascer e a mortalidade infantil nas áreas que possuem alta desigualdade social. Para se ter uma ideia, “a associação entre uma maior oferta de médicos de APS e a diminuição da mortalidade total foi quatro vezes maior na população afro-americana que na população branca” (MACINKO; STARFIELD; SHI, 2003, p. 48). Esse resultado evidencia que a APS é capaz de contribuir para a redução da desigualdade social.

Shi *et al* (1999) realizaram a comparação de diversos resultados em saúde a partir da presença de médico de atenção primária em 50 estados e no distrito de Columbia, Estados Unidos da América. O gráfico mostra a elevação da expectativa de vida nas regiões com um número maior de médicos da APS.

Gráfico 1 – Análise da expectativa de vida *versus* presença de médicos de atenção primária nos 50 estados dos EUA. 1999



Fonte: Adaptado pelo autor de Shi *et al* (1999).

Simms e Rowson (2003) avaliaram o gasto *per capita* em atenção primária à saúde e o gasto *per capita* hospitalar e os resultados evidenciaram que um gasto menor com atenção primária fez com que o gasto hospitalar fosse maior. Ainda nesse mesmo estudo, no período

em que se investiu mais em APS a mortalidade infantil reduziu-se em 20% em todas as províncias estudadas.

A partir dos resultados encontrados, é possível compreender que a APS é importante para reduzir, por exemplo, o número de hospitalizações, como pode ser observado nos trabalhos que compararam as ICSAP com a cobertura de ESF. Resultados dessa natureza acabam refletindo de forma positiva no sistema de saúde, já que os recursos passam a ser mais bem alocados.

3.6 Atenção primária no Brasil: evolução no SUS

A implementação do SUS, realizada a partir da promulgação da Constituição de 1988, propôs garantir a todos os brasileiros o direito à saúde e a responsabilidade do Estado para efetivação da respectiva garantia. Conforme mencionado no primeiro tópico desse capítulo, os princípios do SUS contribuíram para a conformação do sistema de saúde que temos hoje e de como a APS nele se insere (BRASIL, 1988).

Inicialmente, é relevante compreender que no início dos anos 90 houve grande estímulo do Ministério da Saúde ao fortalecimento da atuação municipal na saúde (descentralização). As Normas Operacionais Básicas 01/91 e 01/93 constituíram importantes instrumentos definidores de regras básicas para o sistema de saúde, mas, em linhas gerais, não tratam de questões especificamente relacionadas à Atenção Básica. A Norma Operacional Básica (NOB) nº 01/96 teve por finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função do gestor da atenção à saúde dos seus municípios. A partir da leitura da norma fica claro que os municípios passam a ser responsáveis por uma série de serviços a serem prestados aos usuários, dentre eles a assistência básica. Ficou estabelecido, ainda, o Piso Assistencial Básico (PAB) que compreende um montante de recursos destinado ao custeio das ações relacionadas à atenção básica. Esse recurso, a ser transferido do Ministério da Saúde para os municípios, é calculado a partir de um valor *per capita*. Como forma de fortalecer o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), a norma trouxe incentivos financeiros, acrescidos ao PAB, para os municípios que tiverem os programas implantados.

Em 2001, o Ministério da Saúde publicou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), que instituiu a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A) responsabilizando os municípios pelo controle da tuberculose, “a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes mellitus, a saúde da criança, a saúde da

mulher e a saúde bucal” (BRASIL, 2001). Foi instituído, para tanto, um incremento no custeio da Atenção Básica com a criação do PAB-Ampliado. Nessa mesma norma foi estabelecida a necessidade de se manter a articulação da AB com os níveis de média e alta complexidade. Para que fosse possível ofertar uma atenção à saúde de forma mais efetiva à população, era importante considerar a capacidade de regulação da gestão estadual (FAUSTO, ALMEIDA e BOUSQUAT, 2018; BRASIL, 2001).

O Pacto pela Saúde, publicado em 2006, é considerado outro importante marco no fortalecimento da atenção básica, tendo estabelecido as diretrizes para a definição da responsabilidade dos entes federados em firmar compromissos que levassem em consideração os princípios do SUS e a qualificação da gestão com foco no aprimoramento da Atenção Básica. O Pacto pela Saúde deu origem à Política Nacional de Atenção Básica à Saúde (PNAB), que estabeleceu a saúde da família como estratégia principal para que houvesse a reorientação do modelo assistencial no Brasil (FAUSTO, ALMEIDA e BOUSQUAT, 2018).

Em 2011, a PNAB foi publicada, caracterizando dessa maneira a atenção básica:

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, a 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. 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, 2012, p. 19-20).

Esse conceito repercute os princípios desenvolvidos por Starfield (2002). Em 2017, a PNAB foi revisada, trazendo alterações referentes ao dimensionamento da equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a forma de financiamento (FAUSTO, ALMEIDA e BOUSQUAT, 2018). Cabe destacar que, após a publicação do Decreto 7.508/11, que regulamentou a Lei 8.080/90, o Ministério da Saúde tem trabalhado com o conceito de redes de atenção à saúde e,

nessa perspectiva, a atenção primária é considerada uma das portas de entrada para o sistema de saúde, que deve ordenar o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011)

Do ponto de vista dos resultados, trabalho realizado por Macinko e Mendonça (2018), a partir de revisão e síntese da literatura concluiu que, ao longo dos anos, a ESF foi capaz de ampliar e qualificar o acesso da população aos serviços de saúde, obter melhores resultados, como redução na mortalidade infantil e adulta por condições sensíveis à atenção primária, diminuir as desigualdades, reduzir as hospitalizações desnecessárias e ampliar o número de estudos sobre os sistemas de saúde no país.

3.7 Saúde Suplementar: caracterização do mercado

A partir da previsão constitucional, a assistência à saúde foi facultada à iniciativa privada. Em termos de financiamento, existem duas possibilidades: a primeira compreende o desembolso direto pelos serviços de saúde. Já a segunda ocorre pela contratação de plano de saúde, onde uma operadora realiza a intermediação. O foco desse trabalho compreende a análise de questões relativas aos planos de saúde, parte significativa da assistência privada à saúde já que a saúde suplementar conta com 47,1 milhões de beneficiários de planos privados de assistência, número que representa, aproximadamente, 25% da população brasileira, conforme dados estimados pelo IBGE (ANS, 2019).

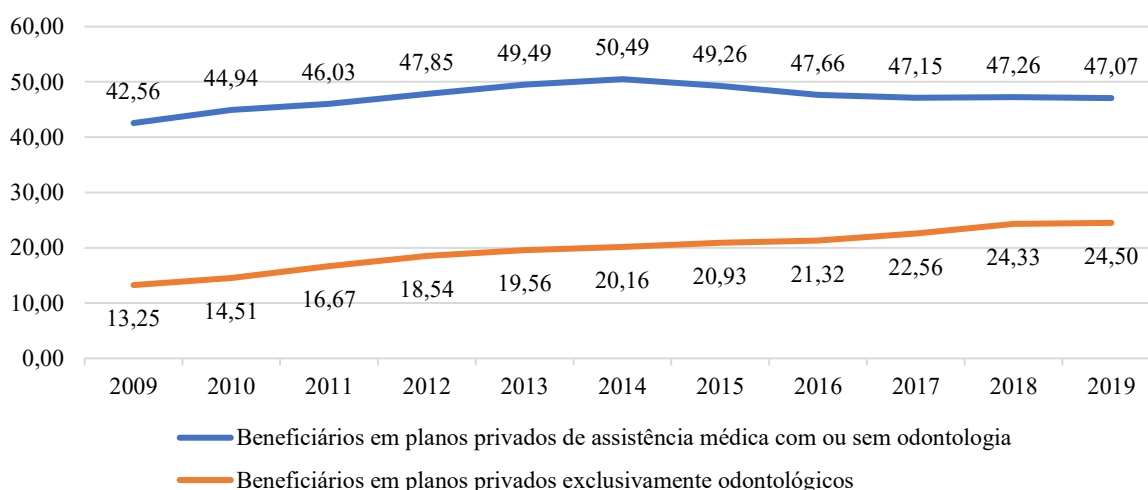
Além do total de beneficiários, é importante considerar como se dá o acesso e a contratação do plano de saúde nas três formas possíveis: coletivo empresarial, coletivo por adesão e individual, já que em cada uma dessas formas existem especificidades que interferem na assistência à saúde, especialmente na continuidade do cuidado e no acesso aos serviços.

Em relação ao total de beneficiários que possuem plano de assistência à saúde no país, 31,5 milhões (66,9%) são de contratação empresarial, ou seja, o beneficiário, seja ele titular ou dependente, está ligado a alguma empresa que fornece a possibilidade de contratação de um plano de saúde na vigência do vínculo de trabalho. Após o encerramento do referido vínculo, o beneficiário perde o plano de saúde contratado na modalidade empresarial, podendo ou não migrar para outro. Já nos planos coletivos por adesão, em que os beneficiários titulares ou dependentes não necessariamente precisam ter vínculos de emprego, mas sim de pertencimento a alguma categoria profissional ou social, por exemplo, temos 6,4 (13,6%) milhões de beneficiários. Nesses casos, as entidades representativas são responsáveis por negociar o plano junto às operadoras e os custos são pagos diretamente pelo beneficiário. Por fim, 9 milhões

(19,1%) são vinculados à pessoa física, seja individual ou familiar e contratados diretamente por essas. É importante ressaltar que a responsabilidade pela contratação e pelo pagamento do plano é apenas do beneficiário já que, nesse caso, não existe nenhuma pessoa jurídica que realize a intermediação.

O Graf. 2 evidencia o total de vínculos (beneficiários) a planos de assistência à saúde ao longo dos últimos dez anos. Os números apresentados referem-se a planos médicos assistenciais ou odontológicos que, em alguns casos, são comercializados de forma conjunta, mas podem ser adquiridos independentemente (ANS, 2019).

Gráfico 2 - Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil – 2009-2019) (em milhões)



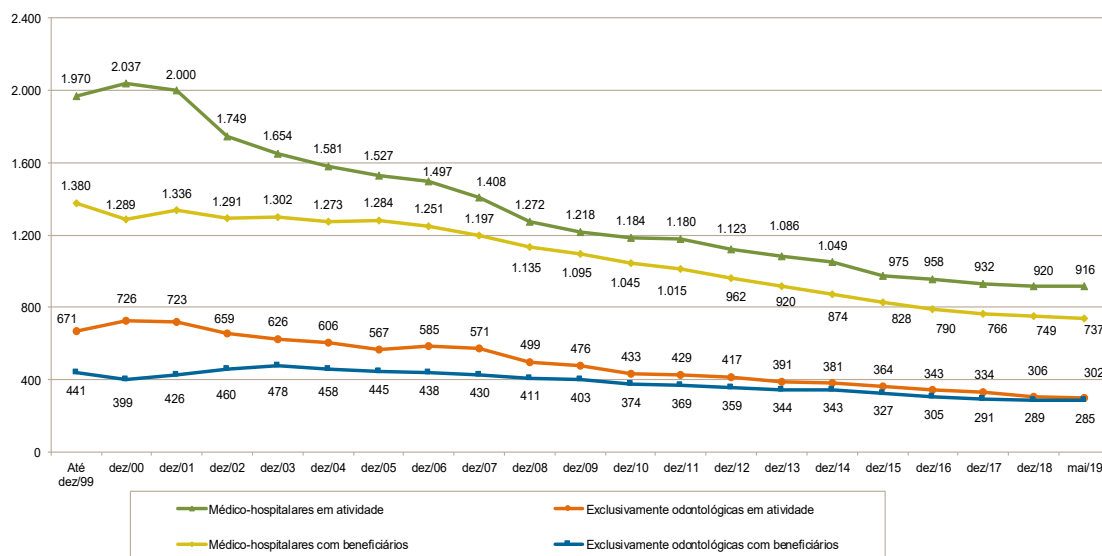
Fonte: Dados gerais do setor de saúde suplementar, ANS (2019). Elaboração do autor.

Nota: Os dados dos anos de 2009 a 2018 referem-se ao mês de dezembro. Para o ano de 2019 os dados de março foram considerados no gráfico acima.

Essas informações evidenciam a magnitude do setor de saúde suplementar e sua importância, em termos de população assistida, no Brasil.

Existem no mercado 1.218 operadoras em atividade, sendo que 1.022 (83,9%) possuem beneficiários vinculados. Essas operadoras podem ser classificadas como médico-hospitalares (autogestão, cooperativa médica, filantropia, medicina de grupo e seguradora especializada em saúde) ou exclusivamente odontológicas (cooperativa odontológica ou odontologia de grupo) (BRASIL, 1998). O Graf. 2 evidencia que o número de operadoras tem diminuído ao longo dos anos.

Gráfico 3 - Número de operadoras de planos privados de assistência à saúde (1999 a 2019).



Fonte: ANS (2019) - CADOP/ANS/MS - 05/2019 e SIB/ANS/MS – 05/2019

Do ponto de vista econômico, esse conjunto movimentou recursos da ordem de 206 bilhões de reais em 2018, demonstrando a importância que as operadoras de planos de saúde assumem no mercado. Esses valores são usados para pagamento das despesas assistenciais, administrativas e de comercialização, além de outras despesas operacionais (ANS, 2019).

Os beneficiários da assistência médica da saúde suplementar estão distribuídos dentre as operadoras conforme tabela a seguir, onde é possível observar uma concentração da maioria (75,54%) nas modalidades de medicina de grupo e cooperativa médica.

Tabela 1 - Distribuição de beneficiários por modalidade de operadora de plano de saúde. 2019.

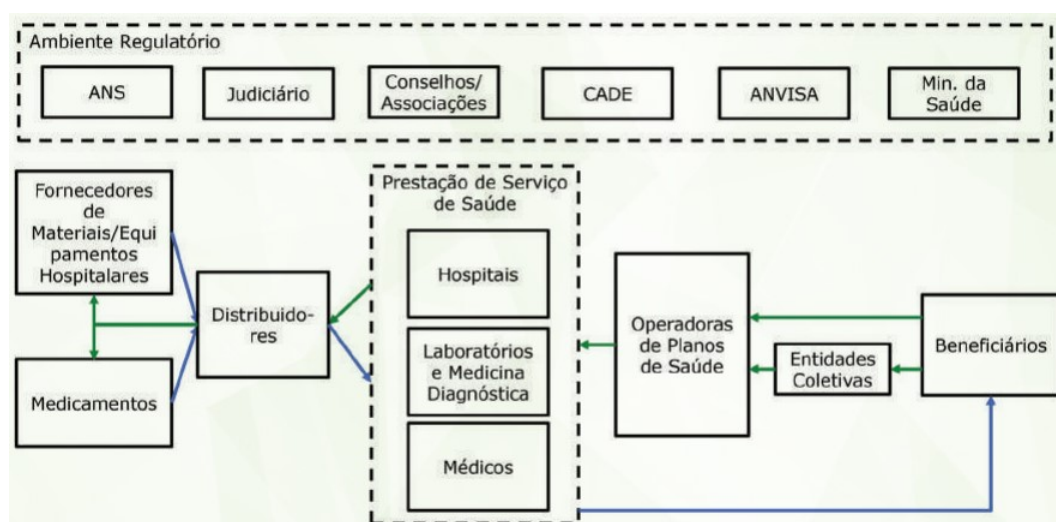
Modalidade	Benef. Asst. Médica	%
Medicina de Grupo	18.301.538	38,87%
Cooperativa Médica	17.266.308	36,67%
Seguradora Especializada em Saúde	6.062.931	12,88%
Autogestão	4.554.259	9,67%
Filantropia	902.495	1,92%
Total	47.087.531	

Fonte: ANS (2019). Dados de setembro de 2019.

3.8 Saúde Suplementar: as questões econômicas envolvidas

Muito se discute, no segmento da saúde suplementar, sobre a sustentabilidade do setor frente aos diversos desafios postos, destacando-se a mudança no perfil epidemiológico e demográfico da população, a incorporação de novas tecnologias e os mecanismos de remuneração, bem como o relacionamento entre os diversos segmentos que compõem a saúde suplementar, dentre outros. Tendo em vista a importância de se ter clareza do que estamos falando, a Fig. 1 expressa a relação entre os diversos atores existentes no segmento da saúde suplementar no Brasil.

Figura 1 – Mapa da Cadeia de Saúde Suplementar. Instituto de Estudos da Saúde Suplementar. 2016



Fonte: IESS (2016)

Nota-se, nesse mercado, diversas falhas envolvendo tais agentes. Cabe destacar, em um primeiro momento, a assimetria de informações. Os beneficiários são os que mais detêm

informações sobre seu estado de saúde e isso não se torna claro, por exemplo, no momento de contratação de um plano, o que resulta no desconhecimento da operadora acerca do risco de adoecimento de determinado beneficiário. Por outro lado, as operadoras não conseguem identificar se os procedimentos solicitados pelo médico são, de fato, necessários ao paciente. Essa falha de mercado é capaz de gerar seleção adversa - condição em que os grupos que mais utilizam os serviços de saúde tendem a procurar os planos de saúde para contratação, gerando problemas na estimativa do perfil de determinada carteira, com impacto na estimativa e na definição de valor da mensalidade ou do reajuste. O segundo problema é o risco moral - há o incentivo a que o beneficiário utilize os serviços ofertados pelo plano de saúde de maneira excessiva, já que o agente que toma a decisão sobre o consumo não arca com o pagamento das despesas (IESS, 2016).

A segunda falha de mercado é a externalidade que a contratação de um plano de saúde gera. Do ponto de vista prático é possível notar que as pessoas que possuem acesso aos serviços de saúde tendem a ser mais produtivas e evitam a propagação de doenças para a comunidade (IESS, 2016).

Por último, é importante considerar o poder de mercado, ou seja, quando se fala em redução de custos e aumento da eficiência do setor, temos uma condição que proporciona a manutenção apenas das operadoras de maior porte e que possuem maior verticalização - aquelas que conseguem gerenciar o plano de saúde e ofertar os serviços usando sua própria estrutura (IESS, 2016).

Tomando como base tal situação, própria da saúde suplementar, é importante considerar que as falhas de mercado descritas exigem a adoção de mecanismos gerenciais e de processos de assistência à saúde a fim de serem contornadas e não gerarem tanto impacto na sustentabilidade do setor.

Kelles (2013, p. 155) estudou o impacto das mudanças demográficas ocorridas no país sobre a saúde suplementar, em todos os tipos de operadoras. A partir do modelo de predição adotado constatou-se que, na média, os planos iriam atingir o equilíbrio entre receitas e despesas em 2017. Para os planos coletivos, a data estimada foi 2023. Em relação aos planos individuais, não foi possível fazer uma estimativa já que estavam em uma condição deficitária, ou seja, os valores recebidos eram menores do que as despesas com esse tipo de contratação. Em seu estudo, Kelles reflete que a concepção da saúde suplementar forjada no contexto de bônus demográfico gera “expansão dos empregos, a migração das pessoas que compunham as classes econômicas com menor poder econômico para outras mais abastadas, a existência de um grande contingente populacional nas idades produtivas.” (KELLES, 2013, p. 155)

Ademais, permanece a necessidade urgente de se repensar questões estratégicas do setor tais como cobertura, valores da mensalidade e redução de custos desnecessários para alcançar sustentabilidade no longo prazo, apesar do forte impacto da transição demográfica.

Ainda do ponto de vista dessa sustentabilidade, cabe destacar questões econômicas que impactam fortemente o setor e sua dinâmica. O primeiro ponto é o acesso irrestrito ao mercado de consumo que induz os beneficiários a terem uma sobreutilização o plano de saúde com consulta e exames que por vezes são desnecessários - em estudos realizados pela ANS, cerca de 30% dos exames eram sequer retirados pelos pacientes. Ao evitar essa situação, pode-se considerar uma economia na ordem de 4 bilhões de reais por ano no setor.

Além disso, cabe mencionar a questão da busca por especialistas que acontece sem prévia orientação de um médico clínico. O amplo acesso aos especialistas, típico em alguns planos, gera consultas e pedidos de exames desnecessários, elevando os custos da saúde suplementar. Já existem operadoras criando contratos em que o cliente é inicialmente atendido por um médico generalista e, depois e se necessário, é realizado o encaminhamento para um especialista. A partir do estudo empreendido, foi identificada uma redução de 30% na taxa de sinistralidade e, com isso, foi possível reduzir o valor da mensalidade para o cliente. Esse estudo permite concluir que quando há uma certa regulação no acesso aos especialistas, é possível reduzir o custo assistencial e trazer economia para o cliente (INSPER, 2016).

3.9 ANS: o estímulo a programas de promoção da saúde

Ao longo dos anos a ANS tem trabalhado pelo desenvolvimento do setor de saúde suplementar no Brasil sob diversas perspectivas. Entre os objetivos almejados está a busca pelo equilíbrio econômico do setor, pela eficiência e pela qualidade para assegurarem o interesse público. Entre as iniciativas adotadas pela agência reguladora ressaltam-se estratégias para mudanças na organização do sistema de saúde. O foco é romper com o modelo hegemônico centrado na doença e que se organiza apenas para a atenção às demandas espontâneas, caminhando na direção de outro voltado para a Atenção Integral à Saúde, trabalhando, dessa forma, com a promoção à saúde e a prevenção de riscos e agravos (ANS, 2011; 2019).

Foi publicado, em 2011, o Manual Técnico para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar. Esse manual tem origem na Instrução Normativa (IN) conjunta nº 01 DIPRO/DIOPE, publicada em 2009 e nas Resoluções Normativas nº. 264 e 265 que definem a estruturação de programas para promoção de saúde e prevenção a riscos. Além disso, as normativas trouxeram incentivos para que operadoras e beneficiários desenvolvessem

tais programas. Em resumo, o manual detalha os parâmetros técnicos para implementação dos programas, os fatores de risco e proteção para as doenças, as áreas de atenção à saúde (criança, adolescente e jovem, idoso, mulher, homem, mental e bucal) e o processo de cadastramento e monitoramento junto à Agência (ANS, 2011).

Em 2017, foi divulgado o Manual de Diretrizes para Enfrentamento da Obesidade na Saúde Suplementar Brasileira, resultado de discussões com diversos agentes do sistema de saúde, que se somou a diferentes iniciativas para consolidar um modelo de atenção integral à saúde com foco nas necessidades dos indivíduos. Essa publicação, que reporta os principais dados epidemiológicos e detalha os diversos tipos de abordagem disponíveis para as diferentes etapas da vida, responde à urgência de enfrentamento da obesidade no país, procurando repercutir ações necessárias no setor regulado. Em 2013, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde, 56,9% da população brasileira apresentava excesso de peso e a obesidade estava presente em quase 30 milhões de pessoas (15%). Ainda segundo dados da Vigitel Brasil,² a proporção de beneficiários com sobrepeso e obesidade aumentou entre os anos de 2008 e 2015. A preocupação é grande, tendo em vista a influência da obesidade no desenvolvimento de diversas doenças que contribuem de forma negativa para a qualidade de vida das pessoas, como hipertensão e diabetes (ANS, 2017).

Cabe, ainda, destacar o Projeto Idoso Bem Cuidado, cujo objetivo constituiu a proposição de um modelo inovador na atenção à saúde do idoso:

a ação envolve instituições parceiras e comprometidas com a investigação e a implementação de medidas na área do envelhecimento ativo, da qualidade da atenção à saúde, dos custos e gastos em saúde e da remuneração de prestadores (ANS, 2019, p. 2).

Por fim, a ANS organizou-se para implantar o Grupo de Trabalho Técnico do Laboratório de Inovações sobre Experiências de Atenção Primária na Saúde Suplementar, em parceria com a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS). O objetivo desse laboratório foi dar continuidade às discussões do Seminário Internacional Inovações na Organização da Saúde Suplementar para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, realizado em 2016. A partir da sua constituição, o grupo organizou-se para identificar as melhores práticas de APS existentes no mercado. Para isso, publicou um edital para reconhecer tais práticas e os resultados já percebidos nas operadoras de planos de saúde (ANS, 2018)

² O Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) compõe o sistema de Vigilância de Fatores de Risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) do Ministério da Saúde, juntamente com outros inquéritos, como os domiciliares e os voltados para a população escolar (BRASIL, 2019).

Foram recebidas, ao todo, 41 experiências, o que evidencia a existência de poucas operadoras desenvolvendo seus processos de assistência à saúde a partir da APS. Dessas 41 experiências, 6 possuíam atributos da APS, porém ainda sem resultados, 13 não foram classificadas como sendo experiências de APS e 7 não atenderam aos critérios estabelecidos no Edital.³ Após a seleção das práticas, foram contempladas 12 experiências inovadoras na organização dos serviços que apresentaram indicadores e resultados (ANS, 2018). O quadro abaixo detalha as experiências selecionadas.

Quadro 1 - Experiências reconhecidas como inovadoras no Laboratório de Inovação de APS – ANS e OPAS (2018)

Razão Social	Nome do Projeto	Principais resultados
Amil Assistência Médica Internacional S.A.	Atenção Primária na Amil	Avaliação da satisfação dos beneficiários do Clube medida pelo NPS varia de 50 e 60 e é melhor na comparação com os demais serviços da operadora. Um acompanhamento recente tende a mostrar queda nas internações por condições sensíveis e melhoria no custo efetividade.
Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil - Cassi	Reflexos da qualidade do cuidado em saúde a partir do vínculo na Atenção Primária com base na Estratégia de Saúde da Família: Estudo de caso numa Autogestão	Os pacientes vinculados à ESF possuem um número discretamente maior de consultas eletivas (11,91) na comparação com aqueles não cadastrados (11,46). O percentual de consultas em pronto socorro atinge 6 pontos percentuais na comparação com os não vinculados. Os exames por consulta e internações por participantes são menores no grupo vinculado.
Fundação São Francisco Xavier	Usifamília	Satisfação do beneficiário é de 98%. Redução de 27,8% no custo assistencial, redução de 34,4 na taxa de internação e redução de 10,2% nas consultas de pronto atendimento.
São Francisco Sistemas de Saúde Sociedade Empresarial Ltda.	Programa Viver Bem	Redução na quantidade de consultas ambulatoriais em 23,14%. Redução na quantidade de internações em 32,80%. Redução na quantidade de SADT em 34,47%. Redução na quantidade de entrada em pronto socorro em 25% e redução de custos de 25%.
Saúde BRB - Caixa de Assistência	Atenção Primária, modelo promotor de sustentabilidade e qualidade para um plano de Saúde em Brasília - Brasil.	Em pesquisa mensal, aplicada no período de janeiro a julho de 2017, 100 % dos participantes consideraram ótimos os serviços prestados na clínica. Quanto aos pacientes acompanhados no domicílio, pode-se observar que a quantidade de dias de internação hospitalar diminuiu significativamente após os cuidados oferecidos pela equipe. Além disso, observou-se que 2 anos antes de participar do programa o número de dias de internação foi de 330 dias e 2 anos após foi de 105 dias, havendo a redução de 68%. Em 2016, conseguiu-se reduzir em 15% o número de dias de afastamento dos bancários relacionados à doença mental. Nos anos de 2015 e 2016, a doença mental deixou de estar entre as 10 doenças que mais afastavam do trabalho. Com a assistência prestada na clínica, conseguiu-se reduzir em 35% as consultas na rede referenciada de psiquiatria quando comparamos 2014 e 2016.
Unimed Belo Horizonte -	Unimed Pleno	O último estudo mostrou que a carteira de clientes Unimed Pleno, em seu segundo ano de exposição ao produto, possui uma maior

³ Na publicação da ANS, foram explicitadas apenas as 12 experiências consideradas inovadoras, com resultados que mensurassem a APS na prática. Os números apresentados foram de 41 submissões, sendo 26 eliminadas pelos motivos apresentados e apenas 12 compartilhadas na publicação.

Razão Social	Nome do Projeto	Principais resultados
Cooperativa de Trabalho Médico		taxa de consulta com especialidade básica e menor taxa de consulta com especialistas focais do que outros produtos. Apresenta também uma menor taxa de consultas em PA sendo esta taxa 27% menor do que a taxa de todos os clientes do produto (incluindo aqueles com menos de um ano de produto). A taxa de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) cai 27% entre os clientes Unimed Pleno a partir do segundo ano de produto, sendo 24% menor do que a do Unifácil. Do ponto de vista de custo <i>per capita</i> anual, o custo do cliente Unimed Pleno caiu 12% entre os clientes a partir do segundo ano do produto.
Unimed Guarulhos Cooperativa de Trabalho Médico	Serviço de Atenção Primária Centrado na Pessoa - mudança do modelo assistencial na Unimed Guarulhos	Os resultados foram avaliados por meio de Indicadores de satisfação, com NPS de recomendação de APS nota 76; Indicadores de utilização com redução de 63% de consultas no PS, redução de custo assistencial per capita total de 34%; Indicadores de processo de cuidados clínicos, com Cuidado Perfeito em HAS e DM atingindo mais de 60%; contra referência dos especialistas em 46%, além do monitoramento dos rastreios de câncer de mama, colo uterino e cólon.
Unimed Grande Florianópolis - Cooperativa de Trabalho Médico	Novo Modelo Assistencial Baseado em Atenção Primária à Saúde	Observa-se que os pacientes monitorados em painel possuem maior adesão na realização de exames preventivos, como os exames de Mamografia e Colpocitológico. Redução de agendamento com médico de família.
Unimed Jaboticabal - Cooperativa de Trabalho Médico	Atenção Primária à Saúde	Percentual de beneficiários da APS referenciados ao nível secundário: na 1ª fase (08/2013 a 01/2015), a mediana era de 21.5%; na 2ª fase (02/2015 a 08/2015) era de 38.1%; na 3ª fase (09/2015 a 03/2016) era de 26.3%; na 4ª fase (04/2016 a 04/2017) era de 17.5%; e nesta 5ª fase (05/2017 a 02/2018), de 22.2%. Percentual de beneficiários da APS que já passaram por 1ª consulta na APS: a mediana de 08/2015 a 02/2018 é de 87.1%. Percentual de mulheres elegíveis da APS com rastreio de câncer de mama em dia: na 1ª fase (02/2015 a 07/2015), a mediana era de 59.8%; na 2ª fase (08/2015 a 03/2016) era de 71.9%; na 3ª fase (04/2016 a 04/2017) era de 85.6%; e nesta 4ª fase (05/2017 a 02/2018), período de reestruturação da equipe, caiu para 77.6%, porém, já está em ascendência novamente (último mês 87.17%). Percentual de homens e mulheres elegíveis da APS com rastreio de câncer colo retal em dia: na 1ª fase (02/2015 a 07/2015) a mediana era de 55.1%; na 2ª fase (08/2015 a 12/2015) era de 62.1%; na 3ª fase (01/2016 a 05/2016) era de 71.3%; na 4ª fase (06/2016 a 04/2017) era de 82.7%; e nesta 5ª fase (05/2017 a 02/2018), período de reestruturação da equipe, caiu para 68.2%, entretanto, já está em ascendência novamente (último mês 81.68%).
Unimed João Pessoa - Cooperativa de Trabalho Médico	Plano Viver Mais: Modelo Pioneiro de Atenção Integral à Saúde na Unimed de João Pessoa – PB	O NPS alcançado foi de 31, o que os classifica em zona de aperfeiçoamento, cuja meta seria a zona de qualidade, de acordo com a escala de classificação da metodologia. Após a implantação do plano, verificou-se a redução de 5% nas consultas eletivas, em contrapartida, a redução de consultas de pronto-socorro foi de 31%. Quanto à distribuição por especialidades, é possível observar, após a implantação, o aumento de consultas nas especialidades básicas que passou de 1.594/11.555 atendimentos (13,7%) para 5.218/10.960 atendimentos (47,6%), e na rede especializada houve a redução de 72,3% (8.358/11.555) para 42,1% (4.619/10.960) dos atendimentos.
Unimed Santa Bárbara D'Oeste Americana - Cooperativa de Trabalho Médico	Viver Bem	A mudança do modelo assistencial tem favorecido cada vez mais a atuação dos profissionais não médicos no cuidado do beneficiário, tendo um aumento 40% nos atendimentos de enfermagem. A utilização de pronto atendimento dos outros produtos é de 16% maior que o produto da APS. A taxa de captação da lista dos

Razão Social	Nome do Projeto	Principais resultados
		beneficiários está em 75%. As internações por condições sensíveis estão em 6,71% e dos demais produtos chegam a 11%. Quanto aos exames de rastreamento os resultados são: Câncer de mama - 72,13% da APS e 55% dos demais produtos; Câncer de Cólon - 53,66% da APS e 25% dos demais produtos; Câncer Cérvico-vaginal - 59,94% da APS e 46% dos demais produtos. O custo assistencial mantém-se estável mesmo com a inflação médica no período sendo de 16,7 em 2016 e 17,2 em 2017.
Unimed Vitória - Cooperativa de Trabalho Médico	Avanços no Modelo de Atenção Primária à Saúde na Unimed Vitória	Entre os principais indicadores monitorados estão: satisfação dos beneficiários (acima de 90% na última medição), cuidado perfeito em diabetes e gestantes (acima de 80%), redução de custo assistencial (42% se comparado a custo assistencial total da carteira da Unimed Vitória), frequência de ida a Pronto Socorro (25% de redução), ICSAP (Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária) (10% de redução), redução na incidência de Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia - SADT (cerca de 50% de redução quando comparado à carteira total da Unimed Vitória).

Fonte: Adaptado da publicação do Laboratório de Inovação sobre Experiências em Atenção Primária na Saúde Suplementar (ANS, 2018).

Pode-se observar que a adoção da atenção primária na saúde suplementar é capaz de contribuir com a melhoria dos resultados assistenciais e econômicos das operadoras de saúde, conforme destacado no quadro. Por outro lado, os resultados apresentados pelas operadoras ainda são pouco comparáveis entre si, uma vez que a apuração dos indicadores segue metodologias próprias.

Em continuidade aos estímulos ao setor regulado a ANS lançou, em 2018, o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde, instituído pela Resolução Normativa nº. 440. Os objetivos do programa são a melhoria do acesso à rede prestadora e da qualidade da atenção à saúde, bem como da experiência do beneficiário por meio da qualificação, fortalecimento e reorganização da atenção primária à saúde. A iniciativa está organizada conforme os pilares dos cuidados primários à saúde, tais como acolhimento, longitudinalidade, coordenação, integralidade e heterogeneidade das necessidades em saúde, além da centralidade da família e da orientação comunitária (ANS, 2019), princípios que se originam dos estudos propostos por Starfield (2002). Para obtenção da certificação a operadora de plano de saúde deverá ter seu registro ativo na ANS, não estar em situações que demonstram fragilidade no processo de gestão (plano de recuperação assistencial, regime especial de direção técnica, regime especial de direção fiscal) e possuir nota maior ou igual a 0,5 no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS).⁴ São avaliadas, também, a população-alvo e a adoção de

⁴ O Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) é composto por diversos indicadores organizados em quatro dimensões: qualidade de atenção à saúde, garantia de acesso, sustentabilidade no mercado e gestão de processos e regulação. Esse índice faz parte do Programa de Qualificação de Operadoras (PQO) iniciado em 2004 pela ANS e reformulado posteriormente. O índice varia de zero (0) a um (1) e é divulgado anualmente, tendo como base os resultados do ano anterior.

estratégias para programas voltados para a saúde do adulto e do idoso, saúde da criança e do adolescente e atenção à gravidez e ao puerpério. A certificação será concedida à Operadora de Plano de Saúde (OPS) que assegurar cobertura mínima de acordo com o número de beneficiários.

A partir dessa análise, a operadora pode ser certificada em três níveis, conforme Fig. 2.

Figura 2 - Níveis de certificação no Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde – ANS, 2019



Fonte: ANS (2019)

Por ser um Programa relativamente novo, lançado em 2018, ainda não há uma relação, no *site* da ANS, contendo as operadoras certificadas e quais os respectivos níveis obtidos no processo de avaliação.

3.10 Saúde suplementar: as experiências de APS no setor

Os estudos relacionados à APS no setor de saúde suplementar são relativamente recentes se comparados às produções no âmbito do SUS.

Silveira (2004) investigou as práticas de prevenção às doenças e a promoção à saúde no contexto da saúde suplementar em uma operadora de plano de saúde no Brasil. Foi adotada a estratégia de incluir em um programa específico, chamado *Total Care*, os clientes que tinham doenças relacionadas a cardiopatias e diabetes. Durante os dois anos em que o programa foi desenvolvido, notou-se redução de cerca de 50% no número absoluto de internações dos pacientes que estavam sendo acompanhados, além de redução no gasto total dos pacientes de, aproximadamente, 60%. A satisfação no grupo que estava sendo acompanhado era superior, na comparação com demais serviços da operadora. Por meio da avaliação de prontuários médicos, foi possível identificar a melhora em outros indicadores quando comparados a alguns estudos americanos, como controle da pressão arterial, glicemia e colesterol LDL. Entre os resultados

encontrados, verificam-se benefícios sociais e financeiros quando da adoção de programas. Por fim, a autora indica a necessidade de a ANS adotar mecanismos para superar as dificuldades encontradas no atual modelo existente no mercado.

Alves, Ugá e Portela (2016) empreenderam um estudo com o objetivo de avaliar a associação entre ações de promoção da saúde e prevenção de doenças cardiovasculares (DC), desenvolvidas por uma operadora de plano de saúde brasileira que adotou a Estratégia Saúde da Família em Curitiba e Goiânia. A avaliação inicial considerou os pacientes inscritos em programas de promoção à saúde e prevenção com idade superior a 30 anos, em 2004. A operadora escolhida foi do tipo autogestão, modalidade que permite um melhor acompanhamento de investimentos em programas de promoção e prevenção às doenças, já que os beneficiários tendem a manter o vínculo durante um período razoável (longitudinalidade). Os resultados encontrados mostram que, na comparação dos anos de 2004 a 2007, o número de consultas realizadas (especialidades de clínica médica, cardiologia, endocrinologia e nutricionista) e o respectivo custo médio reduziram-se. Os exames para diagnóstico e acompanhamento de adultos diabéticos e hipertensos (ácido úrico, clearance de creatinina, colesterol total, HDL-c, LDL-c, creatinina, ECG, glicose, hemoglobina glicosilada, hemograma, lipidograma completo, microalbuminúria, potássio, EAS, triglicerídeos, holter (24 horas), MAPA-24 horas, tilt teste, ergoespirometria ou teste cardiopulmonar de exercício completo e teste ergométrico apresentaram variações ao longo dos anos, o que tende a mostrar a redução do número e do custo médio. Em relação às internações, não foram identificadas diferenças estatisticamente significadas, ou seja, ao longo do período analisado a quantidade e o custo não foram diferentes. Ainda assim, os autores destacam que as operadoras não devem buscar, com a adoção dos programas, apenas a redução do custo assistencial e o que os objetivos devem estar alinhados às políticas de saúde com vistas à necessidade de melhoria da qualidade da atenção prestada.

3.11 Alfa:⁵ a operadora de plano de saúde do estudo

Alfa é uma operadora de plano de saúde localizada em um município da região sudeste do Brasil, com atuação em alguns outros municípios circunvizinhos à sua sede. Sua

⁵ As informações que eventualmente pudessem identificar a operadora em estudo foram, em sua totalidade mascaradas, ou seja, foram usados dados fictícios para compreensão do contexto. Esses dados foram extraídos, parcialmente ou na íntegra, do *site* ou de documentos internos e por esse motivo não foram referenciados conforme normas vigentes. Ao longo do texto as marcações tachadas em preto foram feitas com o mesmo objetivo mencionado nesse parágrafo.

classificação perante a ANS é de cooperativa médica, possuindo mais de 5 mil médicos cooperados e uma rede de mais de 300 prestadores de serviços dentre hospitais, clínicas e laboratórios, incluindo a rede própria e a credenciada. Cabe destacar a rede própria de serviços da Alfa, composta por 4 hospitais gerais e 6 unidades de atendimento ambulatorial.

A partir de 1998, com a criação da ANS, Alfa passa a ser regulada por esse órgão, enquadrando-se como uma operadora de plano de saúde autorizada a vender e operar seus respectivos planos. Alfa é uma operadora que compõe um sistema de outras operadoras de mesma natureza e sua carteira de beneficiários conta com mais de um milhão de beneficiários.

É importante destacar que as cooperativas são regidas pela Lei nº. 5.764/71, o que confere a elas algumas características importantes no modelo de governança e gestão tais como composição da sociedade, sistema de votação, distribuição dos resultados, formação dos conselhos e órgãos de deliberação. Essas diferenças devem ser observadas, especialmente quando se fala em cooperativa de saúde, pois alguns processos e decisões podem levar em consideração o modelo organizacional e o de constituição da sociedade.

A operadora Alfa desdobra, anualmente, seu planejamento estratégico e no mapa estratégico encontra-se os principais objetivos que a instituição pretende alcançar durante o ano, ou ao longo dos próximos anos. Na perspectiva de processos internos foi referido, em 2019, o objetivo de “fortalecer a atenção primária como coordenadora e ordenadora das linhas de atenção à saúde.” Como o Quadro 2 demonstra, esse objetivo não é recente na estratégia de Alfa.

Quadro 2 – Objetivos estratégicos da APS no mapa estratégico da operadora Alfa, 2013 a 2018.

Ano	Objetivo
2013	Consolidar o modelo de atenção à saúde.
2014	Direcionar o modelo de atenção integral à saúde em rede com foco na atenção primária e na qualidade.
2015	Implementar o modelo de atenção à saúde em rede com foco na atenção primária e na qualidade, a partir das necessidades dos clientes e do retorno para a cooperativa.
2016	Organizar o modelo de atenção em redes regionais com foco na atenção primária, ampliando a qualidade assistencial.
2017	Fortalecer a atenção primária como coordenadora e ordenadora das linhas de atenção à saúde com foco no cliente, assegurando integralidade no cuidado e na qualidade assistencial
2018	Fortalecer a atenção primária como coordenadora e ordenadora das linhas de atenção à saúde.

Fonte: Alfa (2019)

3.12 Operadora Alfa: a trajetória da atenção primária à saúde

Ao longo dos anos, algumas foram as iniciativas que Alfa adotou para implementação de ações voltadas para a atenção primária à saúde.

Para melhorar a compreensão do usuário quanto a tais iniciativas, pode-se definir três linhas gerais: a primeira refere-se à adoção dos programas de promoção à saúde segundo a ANS. A segunda está relacionada à identificação de necessidades de organização do processo de cuidado por Alfa e, com isso, a adoção em sua rede de atenção. Já a terceira está relacionada ao desenvolvimento de um produto voltado para a APS, o Alfa-APS.

A primeira linha é composta pelos programas estimulados pela ANS e sua implantação é orientada pelas diretrizes constantes no Manual Técnico para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar. O quadro detalha esses programas.

Quadro 3 – Programas de Atenção à Saúde. Alfa. 2019

Fase da Vida	Nome do Programa	Breve descrição	Nº pacientes
Crianças e adolescentes	Puericultura	O Programa de Puericultura é um Programa de Promoção à Saúde para crianças menores de 1 ano de idade cujo objetivo é cuidar do bem-estar físico e social da criança por meio de consultas mensais com o seu pediatra.	15.789
	Atenção à criança de 1 a 2 anos	O Programa de Atenção às Crianças - 1 a 2 anos, tem como objetivos cuidar do bem estar físico e social, orientar e acompanhar o calendário vacinal da criança, sua alimentação e controle de peso, por meio de consultas periódicas com o pediatra. Para um acompanhamento adequado desses aspectos, a criança deve comparecer ao consultório do em pelo menos, 4 consultas a cada ano de vida.	91.908
	Atenção à criança de 3 a 4 anos	O Programa de Atenção às Crianças - 3 a 4 anos tem como objetivos cuidar do bem estar físico e social, orientar e acompanhar o calendário vacinal da criança, sua alimentação, controle de peso e atividade física por meio de consultas periódicas com o pediatra. Para um acompanhamento adequado destes aspectos, a criança deve comparecer ao consultório em, pelo menos, 2 consultas a cada ano de vida.	
	Atenção à criança e adolescentes de 5 a 19 anos	O Programa de Atenção às Crianças e aos Adolescentes - 5 a 19 anos tem como objetivos cuidar do bem estar físico e social, orientar e acompanhar o calendário vacinal da criança e do adolescente, sua alimentação, controle de peso e atividade física, por meio de consultar periódicas com o pediatra. Além do mais, é realizada orientação sobre sua saúde sexual e reprodutiva e os malefícios do uso de álcool e tabaco. Para um acompanhamento adequado destes aspectos, a criança ou adolescente deve comparecer ao consultório em, pelo menos, 1 consulta a cada ano de vida.	
	Criança em neuropediatria	O Programa de Atenção à Criança em Neuropediatria constitui um Programa de Promoção à Saúde da Alfa para crianças que realizam acompanhamento com neuropediatra que tem como objetivo estabelecer o vínculo da criança ou adolescente ao seu médico, o que é de suma importância para o cuidado adequado a essa população.	2.428
	Crianças e adolescentes portadores de asma	O Programa de Atenção às Crianças e aos Adolescentes portadores de Asma é um Programa de Promoção à Saúde da Alfa para crianças e adolescentes com idade entre 2 e 19 anos, portadores de asma, cujos objetivo são o diagnóstico precoce e preciso da doença, a prevenção das crises e o controle adequado das mesmas, a fidelização do paciente ao seu médico e o aprimoramento da qualidade de vida do paciente. Para alcançar o melhor resultado no controle da asma, a criança ou adolescente deve comparecer ao consultório do seu médico em, pelo menos, 3 consultas por ano.	3.460
	Crianças e adolescentes diabéticos	O Programa de Atenção às Crianças e aos Adolescentes Diabéticos é um Programa de Promoção à Saúde da Alfa para crianças e adolescentes portadores de Diabetes Mellitus, com idade entre 0 e 19 anos, cujos objetivos são a instituição de tratamento individualizado, o monitoramento adequado da doença, o controle das complicações agudas, a prevenção das complicações a longo prazo, a fidelização do paciente ao seu médico e o aprimoramento da qualidade de vida do paciente. Para alcançar o melhor resultado no controle do diabetes, a criança ou adolescente deve comparecer ao consultório do seu médico, em, pelo menos, 4 consultas por ano. Para complementar os cuidados existe a Clínica do Diabético, localizada nas unidades ambulatoriais, onde são fornecidas orientações sobre a doença, o armazenamento e a aplicação da insulina, o monitoramento da glicemia com o uso do glicosímetro e os cuidados com os pés. Nesses mesmos Centros de	2.211*

		Promoção existem os Grupos de Reeducação Alimentar, que fornecem orientações sobre a dieta adequada a ser seguida e que ajudará no melhor controle do diabetes. Além disso, o médico pode indicar ao cliente uma visita domiciliar de enfermagem para orientação sobre os cuidados básicos com a criança e adolescente diabéticos e o fornecimento de material educativo.	
	Homeopatia para crianças e adolescentes	O Programa de Homeopatia para Crianças e Adolescentes é um Programa de Promoção à Saúde da Alfa para crianças e adolescentes de 0 a 19 anos de idade que tem por objetivo monitorar e contribuir para o crescimento, desenvolvimento e bem-estar dos clientes dessa faixa etária. Para um acompanhamento adequado destes aspectos, a criança deve comparecer ao consultório do seu médico em, pelo menos, 2 consultas a cada ano de vida.	4.332*
Adultos	Saúde Mental	O Programa de Atenção à Saúde Mental é um Programa de Promoção à Saúde da Alfa que tem como objetivos o diagnóstico precoce e preciso da patologia, a prevenção das crises e o controle adequado das mesmas, a fidelização do paciente ao seu médico e o aprimoramento da qualidade de vida do paciente. Para alcançar o melhor resultado, o cliente deve comparecer ao consultório do seu médico em, pelo menos, 3 consultas por ano. Para complementar esses cuidados, em caso de uma crise do cliente o médico poderá realizar a abertura do recurso chamado Manejo de Crise. Neste momento podem ser realizadas até 10 consultas, em um período de 60 dias, com o intuito de controlar a crise e tentar evitar a internação hospitalar.	1.952
	Atenção Homeopática ao Adulto	O Programa de Atenção Homeopática ao Adulto é um Programa de Promoção à Saúde da Alfa que tem por objetivo manter e aprimorar a sua saúde, estimulando o vínculo entre o mesmo e o seu médico. Para um acompanhamento adequado o adulto deve comparecer ao consultório do seu médico em, pelo menos, 2 consultas por ano.	4.332*
	Atenção ao portador de Nefrolitíase	O Programa de Atenção ao Portador de Nefrolitíase é um Programa de Promoção à Saúde da Alfa cujos objetivos são o diagnóstico dos fatores de risco e dos distúrbios metabólicos relacionados à formação de cálculo renal, instituição de metafilaxia quando indicada, fidelização do paciente ao seu médico, oferta aos pacientes dos Grupos de Reeducação Alimentar nos Centros de Promoção à Saúde e aprimoramento da qualidade de vida do paciente. Para alcançar os melhores resultados o paciente deve comparecer ao consultório do seu médico em, pelo menos, 2 consultas por ano.	
	Atenção ao portador de doença renal	O Programa de Atenção ao Portador de Doença Renal é um Programa de Promoção à Saúde da Alfa que tem como objetivos a fidelização do paciente ao seu médico, o estímulo às melhores práticas na condução da doença renal e o aprimoramento da qualidade de vida do paciente. Para alcançar o melhor resultado o paciente deve comparecer ao consultório do seu médico em, pelo menos, 2 consultas por ano. Para complementar o acompanhamento do paciente portador de doença renal são fornecidas, nos Cuidados Integrados das unidades ambulatoriais, orientações sobre cuidados com a fistula arteriovenosa, aplicação da eritropoetina, controle da ingestão de líquidos e acompanhamento nos Grupos de Reeducação Alimentar	1.135
	Saúde Cardiovascular	O Programa Saúde Cardiovascular é um Programa de Promoção à Saúde da Alfa que tem como objetivos a identificação dos fatores de risco, a instituição de medidas terapêuticas adequadas, a educação sobre hábitos saudáveis, com o incentivo à cessação do tabagismo e à redução de peso nos obesos, a vinculação do paciente ao seu médico e a capacitação para o autocuidado. Para alcançar o melhor resultado o paciente deve comparecer ao consultório do seu médico em, pelo menos, 2 consultas por ano. Para complementar esses cuidados o médico pode encaminhar os clientes ao Grupo de Cessação de Tabagismo e ao Grupo de Reeducação Alimentar, sediados nas unidades ambulatoriais, caso indicado.	7.922

	Diabéticos	O Programa de Atenção aos Diabéticos é um Programa de Promoção à Saúde da Alfa que tem como objetivos a instituição de tratamento individualizado, o monitoramento adequado da doença, o controle das complicações agudas, a prevenção das complicações a longo prazo, a fidelização do paciente ao seu médico e o aprimoramento da qualidade de vida do paciente. Para alcançar o melhor resultado no controle do diabetes, o paciente deve comparecer ao consultório do seu médico em, pelo menos, 2 consultas por ano. Para complementar os cuidados com o diabetes existe a Clínica do Diabético, localizada em algumas unidades ambulatoriais, onde são fornecidas orientações sobre a doença, armazenamento e aplicação da insulina, monitoramento da glicemia com o uso do glicosímetro e cuidados com os pés. Nesses mesmos Centros de Promoção existem os Grupos de Reeducação Alimentar que fornecem orientações sobre a dieta adequada a ser seguida e que ajudará no melhor controle do diabetes.	2.211*
	Portador de Doenças Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)	O Programa de Atenção ao Portador de DPOC é um Programa de Promoção à Saúde da Alfa que tem como objetivos o diagnóstico precoce, a prevenção da progressão da doença, a fidelização do paciente ao seu médico, o estímulo à cessação do tabagismo e o aprimoramento da qualidade de vida do paciente. Para alcançar o melhor resultado no controle da DPOC, o paciente deve comparecer ao consultório do seu médico em, pelo menos, 2 consultas por ano.	3.460*
	Portador de Asma	O Programa de Atenção ao Adulto portador de Asma é um Programa de Promoção à Saúde da Alfa que tem como objetivos o diagnóstico precoce e preciso da doença, a prevenção das crises e o controle adequado das mesmas, a fidelização do paciente ao seu médico e o aprimoramento da qualidade de vida do paciente. Para alcançar o melhor resultado no controle da asma, o paciente deve comparecer ao consultório do seu médico em, pelo menos, 2 consultas por ano. Para complementar os cuidados com a asma existe a linha de Cuidados com os pacientes asmáticos, no setor de Cuidados Integrados localizado em uma unidade ambulatorial, onde são fornecidas orientações sobre a doença, uso das bombinhas e espaçadores.	3.460*
Idoso	Atenção ao idoso	O Programa de Atenção ao Idoso é um Programa de Promoção à Saúde da Alfa que tem como objetivos o acompanhamento médico regular do idoso, a fidelizando do cliente ao seu médico, o estímulo a hábitos de vida seguros e saudáveis, a identificação e o tratamento adequado de patologias porventura existentes e o aprimoramento da qualidade de vida do cliente. Para alcançar o melhor resultado do acompanhamento, o cliente deve comparecer ao consultório do seu médico em, pelo menos, 2 consultas por ano. Para complementar esses cuidados, o médico pode indicar uma visita domiciliar de orientação realizada por uma enfermeira, onde é possível identificar possíveis pontos de correção no ambiente domiciliar para ajudar a prevenir quedas e acidentes e orientações sobre a correta utilização e o armazenamento das medicações em uso.	18.074
	Cuidado por inteiro	O Programa Cuidado por Inteiro é um Programa de Atenção à Saúde da Alfa que tem como objetivo garantir atendimento médico aos beneficiários participantes, com equipe de médicos nas especialidades de clínica médica, geriatria e médico da família, além de outras especialidades. Conta, ainda, com equipe multidisciplinar, quando indicada por médico assistente. Para complementar esses cuidados, realiza-se uma visita de ambiência para avaliar os riscos inerentes ao ambiente em que o idoso está inserido, bem como avaliar e orientar o cuidador responsável pelo paciente sobre o melhor cuidado, visando minimizar os riscos, além de intervir quando necessário.	3.502

Fonte: Adaptado dos relatórios disponibilizados. Programas de Atenção à Saúde Alfa, 2019. Relatório de Gestão de 2018.

Nota: Os valores indicados com “*” estão repetidos porque agrupam crianças e adultos acompanhados durante o ano de 2018.

O que se observa nos programas acima é a definição de estratégias assistenciais para atender a pacientes que possuem alguma condição de saúde já instalada, como asma, DPOC, diabetes e doenças reais, entre outras. Os programas que visam às crianças constituem exceção a esse formato.

A segunda linha contém os programas que Alfa desenvolve para aperfeiçoar a prevenção e a promoção à saúde, com foco em determinadas condições de saúde como tabagismo, reeducação alimentar infantil e gestantes. A participação nesses grupos é voluntária e livre de coparticipação,⁶ contando, os participantes, com a orientação de profissionais e podendo compartilhar experiências na busca por hábitos mais saudáveis. O quadro abaixo detalha cada um dos grupos.

⁶ Coparticipação constitui o valor cobrado do beneficiário quando da utilização de determinados serviços. Por exemplo, quando há uma consulta, o beneficiário paga parte ao plano. Esse mecanismo existe desde antes da regulamentação proposta pela Lei nº. 9.656/98 e é considerado um fato de moderação na utilização dos planos de saúde (ANS, 2018).

Quadro 4 – Grupos de promoção da saúde. Alfa. 2019

Grupo	Descrição	Equipe de saúde	Sessões	Nº de pacientes
Cessação do Tabagismo	O Programa de Cessação do Tabagismo surgiu da necessidade de um acompanhamento mais próximo aos fumantes, em grupos regulares. A abordagem leve e cuidadosa, feita por médicos e psicólogos, é um dos diferenciais que faz com que as pessoas se sintam à vontade para adotar hábitos de vida mais saudáveis. Após 12 meses do fim das sessões, os participantes recebem contato telefônico de uma enfermeira uma vez que, para ser considerado ex-fumante, é necessário ficar 12 meses sem fumar.	Médicos e psicólogos	Palestra motivacional mais 5 encontros em grupo, com uma hora e meia de duração cada.	458
Reeducação alimentar infantil	O grupo utiliza recursos lúdicos, adequados para orientar as crianças e as famílias sobre a importância da alimentação saudável. Além disso, objetiva promover a prevenção de doenças crônicas relacionadas com a má alimentação. O grupo é realizado com até 12 crianças e conta com a presença dos pais e/ou responsáveis, que participam ativamente das atividades. O grupo é um benefício para os clientes Alfa com idade entre 7 e 12 anos. Nota: em todas as sessões os pais ou responsáveis pela criança deverão estar presentes já que esse envolvimento é fundamental para o sucesso das atividades.	Nutricionista, psicólogo e médico pediatra (esse participa apenas do primeiro encontro).	4 encontros semanais, com 2 horas de duração.	671
Gestantes	O grupo abrange temas de interesse da gestante e o objetivo é compartilhar vivências, esclarecer dúvidas e reduzir a ansiedade sobre assuntos que envolvem a gravidez. As participantes do Grupo são convidadas a fazer uma visita guiada para conhecer as dependências e a infraestrutura das duas maternidades que compõem a Rede Própria da Alfa, e também a buscarem informações sobre as demais maternidades existentes na Rede Credenciada. Além disso, recebem orientações sobre os tipos de partos (normal, natural e cesárea) e sobre os primeiros procedimentos com o bebê, ao nascer. Os participantes ainda recebem informações sobre Criança Saudável - programa da Alfa em que um profissional de enfermagem vai até o domicílio dos pais do recém-nascido, no período de até sete dias após o parto, e instrui sobre os cuidados adequados com o bebê.	Obstetra, enfermeiro, pediatra e psicólogo.	Sessão: 1 encontro por grupo, com 4 horas de duração. É permitido levar um acompanhante.	3.791

Fonte: Extraído na íntegra. Programas de Atenção à Saúde Alfa, 2019. Relatório de Gestão de 2018.

A participação nos Programas de Atenção à Saúde e nos grupos de Promoção à Saúde pode ocorrer quando o beneficiário pertence a qualquer um dos planos comercializados pela operadora e preenche os critérios específicos de cada um deles.

Em linhas gerais, os planos obedecem à regulamentação da ANS, exceto aqueles criados anteriormente à publicação da Lei nº 9.656/1998. A diferença entre os produtos, aqui também

chamados de planos, relaciona-se à existência ou não de coparticipação e ao tamanho da rede credenciada, que pode variar em função do plano contratado.

3.13 Alfa-APS: a estratégia de consolidação da atenção primária

A terceira linha é composta pelo desenvolvimento do produto Alfa-APS lançado em 2013. O Alfa-APS⁷ apresenta uma proposta inovadora que utiliza, como base assistencial, o estabelecimento de vínculo do beneficiário a um profissional médico de referência, que realiza a coordenação do cuidado pela APS, com acesso a uma clínica específica, elaboração de planos de cuidado e suporte ao alcance de outros pontos da rede, dentre eles o especialista (ANS, 2018). Esse modelo adota estratégia desenvolvida a partir do sistema inglês, em que o médico generalista, *gatekeeper*,⁸ é responsável pelo encaminhamento do usuário aos especialistas, quando necessário.

Em julho de 2019 existiam 41.298 clientes da Alfa que possuíam o Alfa-APS como produto contratado. Desse quantitativo, 29.954 (72,53%) pertenciam a contratos empresariais, ou seja, estavam vinculados a alguma empresa que oferecia o plano, seja na qualidade de titular ou de dependente. Em segundo lugar, com 10.685 (25,87%) figuravam os clientes individuais, ou seja, as pessoas físicas que contratam o plano e são responsáveis pelo pagamento junto à operadora. Em terceiro lugar, com 659 (1,60%), apareciam os clientes vinculados a plano coletivo por adesão, ou seja, aqueles cujo vínculo com entidades (sindicato, conselhos profissionais e associações) permite o acesso ao benefício. É importante considerar a estratificação dessa carteira já que o perfil de clientes pode relacionar-se ao consumo de serviços, à procura por certas unidades de saúde e ao vínculo com a operadora.

Assim que os clientes aderem ao Alfa-APS são, automaticamente, vinculados a uma das cinco Clínicas Alfa-APS existentes e, por sua vez, a um médico que fará seu acompanhamento. Posteriormente, por solicitação do cliente, poderá haver a troca de clínica e de médico. A Tab. 2 mostra o quantitativo de clientes em cada uma das clínicas existentes, por sexo. É possível observar que a maior parte dos clientes é do sexo feminino, correspondendo à 55,10% do total.⁹

⁷ Trata-se do nome comercial do produto. Os demais produtos da Alfa têm os seguintes nomes comerciais: Alfa 1, Alfa 2 e Alfa 3, dentre outros.

⁸ *Gatekeeper* significa porteiro, ou seja, quem faz o direcionamento do acesso aos demais pontos de um sistema de saúde. O regulador, em muitos casos.

⁹ Alguns pacientes aparecem com sexo ignorado devido a falhas no cadastro ou a existência de cadastro prévio em que as informações ainda estão desatualizadas.

Tabela 2 – Distribuição de clientes das Clínicas Alfa-APS, por sexo. Alfa, 2019.

Unidade	Feminino	Masculino	Ignorado	Total
U1	2.530	2.101	5	4.636
U2	2.942	2.510	5	5.457
U3	4.693	4.135	12	8.840
U4	5.078	3.930	3	9.011
U5	7.514	5.826	14	13.354
Total	22.757	18.502	39	41.298
	(55,10%)	(44,80%)	(0,09%)	(100,00)

Fonte: Alfa, 2019

O desenvolvimento do produto Alfa-APS foi iniciado em 2012 e em maio de 2013 houve a inauguração da primeira clínica e a comercialização do plano ao primeiro cliente empresarial. Em agosto de 2014 ocorreu a inauguração da segunda clínica, em abril de 2015 a terceira foi inaugurada e em julho do mesmo ano o produto passou ser comercializado para clientes individuais, havendo ampla ação de marketing.

Do ponto de vista das ações relacionadas à estrutura, foram selecionados e capacitados os médicos do corpo clínico e definida a configuração das clínicas, que contam com consultórios multiusos que permitem o atendimento de adultos e crianças, além da realização de exames ginecológicos e sala de medicamentos com eletrocardiograma e medicamentos básicos para APS. Foi estabelecido, também, o horário de funcionamento das clínicas, de segunda a sexta-feira de 07h às 21h, e das 07h às 12h, aos sábados e estruturada a rede assistencial, da qual o conjunto das unidades próprias da Alfa fazem parte, para garantir o acesso a todos os procedimentos constantes do rol da ANS e facilitar a integração entre os serviços. Outras medidas constituíram da estruturação do corpo de colaboradores que, além de executarem as atividades administrativas, prestam suporte aos médicos cooperados e acompanham o percurso assistencial dos pacientes do Alfa-APS, a organização dos sistemas de carteiras de clientes, que objetiva integrar os clientes a um clínica e a um médico desde o momento que se tornam um cliente Alfa-APS e, por fim, a elaboração do prontuário eletrônico, que garante a disponibilidade dos registros no mesmo sistema e com acesso aos médicos e demais profissionais envolvidos no atendimento.

Existem, atualmente, 60 médicos cooperados que atuam no atendimento aos clientes do Alfa-APS, sendo 35 médicos de família, 14 pediatras e 11 clínicos. As equipes assistenciais das

cinco clínicas somam 11 profissionais de enfermagem, 5 técnicos de enfermagem e 25 assistentes de atendimento ao cliente.

A mudança de modelo foi associada à alteração dos processos de trabalho e à remuneração do corpo clínico, dentre outras alterações. Nesse sentido, destaca-se a remuneração dos médicos, que se baseia na seguinte composição: 70% por captação e 30% em indicadores de qualidade. Dessa forma, foi estabelecida, por sexo e idade, uma pontuação para cada paciente existindo, assim, um limite de pontos para cada médico, sendo a carteira de clientes distribuída conforme tal pontuação. Além disso, o processo de gerenciamento da carteira de clientes e de acompanhamento do percurso assistencial é realizado pelo médico. Deve ser considerada uma agenda para os atendimentos programados, não-programados, atendimento de telefonemas e *e-mails*. O tempo de espera para uma consulta constitui fator de avaliação e impacta na alocação de novos clientes, ou seja, se o médico possui um acesso melhor tem preferência para ter um novo cliente vinculado.

4 METODOLOGIA

4.1 Caracterização do estudo

Essa investigação caracteriza-se como estudo qualitativo, de abordagem exploratória, do tipo estudo de caso, que compreende os atributos essenciais em uma das clínicas mencionadas anteriormente. A abordagem qualitativa proporciona a resolução de problemas por meio de suposições testadas a partir de observações ou experiências (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 1999). O conceito de pesquisa qualitativa adotado nesse trabalho é:

[...] atividade situada que posiciona o observador no mundo. Ela consiste em um conjunto de práticas interpretativas e materiais que tornam o mundo visível. Essas práticas transformam o mundo, fazendo dele uma série de representações, incluindo notas de campo, entrevistas, conversas, fotografias, gravações e anotações pessoais. Nesse nível, a pesquisa qualitativa envolve uma postura interpretativa e naturalística diante do mundo. Isso significa que os pesquisadores desse campo estudam as coisas em seus contextos naturais, tentando entender ou interpretar os fenômenos dos sentidos que as pessoas lhes atribuem (FLICK, 2019, p. 16).

A análise realizada nessa dissertação baseia-se na observação estruturada do fenômeno de interesse - os atributos da APS - no contexto da saúde suplementar, mais especificamente, em uma operadora de plano de saúde em Belo Horizonte.

O estudo qualitativo permite uma análise em maior profundidade do objeto de interesse e se apoia na necessidade de entender o quadro que será pesquisado. Especificamente, pretende-se uma observação estruturada do fenômeno a ser estudado no contexto da saúde suplementar, envolvido em elementos subjetivos que não podem ser quantificados, mas apenas qualificados. Já a pesquisa exploratória, conforme Triviños (2008), permite ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema.

A questão que preside à investigação abrange os atributos da atenção primária à saúde na ótica de alguns agentes envolvidos na provisão ou recepção do cuidado de atenção primária, a saber: os clientes do produto de atenção primária, os colaboradores da operadora e os médicos cooperados. Nessa perspectiva, o foco principal consistiu em entender a percepção desses agentes em relação aos atributos da atenção primária presentes no cuidado ofertado pela operadora em estudo.

Por fim, trata-se de estudo de caso pois o trabalho concentra-se, especificamente, em uma operadora de saúde do setor suplementar no Brasil. Essa técnica, conforme proposto por Yin (2003), possibilita a investigação de determinado fenômeno tendo em vista uma maior

compreensão, em especial sobre como e porque determinada situação verifica-se na realidade. Sob essa ótica, o estudo de caso da atenção primária à saúde na operadora em questão possibilita a compreensão de como os atributos são percebidos e aplicados na realidade da situação investigada, não sendo expansível para outros contextos.

4.2 O cenário de estudo

A operadora Alfa possui cinco clínicas, localizadas na área de atuação da operadora, que atendem aos clientes vinculados ao plano Alfa-APS. Entre essas cinco clínicas foi escolhida uma, considerando a facilidade vislumbrada para coleta de dados.

Para manter o sigilo e a confidencialidade das informações coletadas, não serão fornecidos dados que possam identificar em qual das clínicas a pesquisa foi realizada.

A clínica escolhida está inserida em um centro de atenção ambulatorial em que são realizados atendimentos para além do produto Alfa-APS. O agendamento das consultas com o médico de referência acontece por meio do telefone diretamente para a clínica ou por meio do aplicativo de celular Whatsapp. Para as demandas espontâneas, ou seja, aquelas em que o atendimento acontece sem o agendamento prévio, os clientes são atendidos no mesmo dia com seu médico de referência ou com outro profissional que consiga fazer o encaixe na agenda. Cada cliente possui uma enfermeira de referência, responsável por acompanhar alguns indicadores de saúde da sua carteira, orientar sobre a utilização do plano e realizar a intermediação entre os demais profissionais e o cliente, além de realizar a busca ativa dos clientes em determinados episódios, como o nascimento de uma criança e a ida ao pronto atendimento.

4.3 Procedimentos prévios à realização da pesquisa

O projeto de pesquisa foi inicialmente submetido à operadora Alfa para avaliação e aprovação. Assim que autorizado, foi solicitada a assinatura da Carta de Anuência Institucional, conforme Anexo B.

Por se tratar de um trabalho acadêmico foram solicitadas, também, anuências da diretoria da Escola de Enfermagem, do departamento de Ciências Econômicas e da diretoria da Faculdade de Ciências Econômicas, ambas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG, sendo aprovadas pelas duas instâncias, conforme Anexo C e D, respectivamente.

4.4 Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram distribuídos em três categorias: os colaboradores da operadora, os clientes que possuíam o produto Alfa-APS e os cooperados vinculados ao atendimento dos beneficiários do respectivo produto.

Os colaboradores foram selecionados por terem envolvimento direto ou indireto com a gestão do cuidado da atenção primária, ou seja, constituem as pessoas que tratam da gestão de modelos assistenciais, da operação da Clínica Alfa-APS, dos processos de atendimento dos serviços de saúde ofertados pela operadora e outros considerados informantes chave. Foram listados 8 colaboradores, de diversos níveis na escala hierárquica (analista, supervisão, gerência e superintendência) para participarem da pesquisa. O critério de inclusão consistiu no contato com o Alfa-APS há, pelo menos, 1 ano, sendo excluídos os colaboradores que estavam em período de férias ou afastados por qualquer motivo. Após a definição dos participantes, foi enviado um *e-mail* de convite informando sobre a pesquisa e solicitando uma possível data para que a entrevista acontecesse, caso a resposta para o convite fosse positiva.

Os clientes foram escolhidos aleatoriamente na clínica previamente selecionada para a pesquisa. Nos quatro dias de coleta de dados uma colaboradora da clínica abordava-os de forma aleatória e os convidava a participar de uma pesquisa envolvendo o Alfa-APS. Foram feitos 17 convites diretamente aos clientes, sendo que 5 se recusaram a participar sob a alegação de falta de disponibilidade para serem entrevistados. Aqui, também, o critério de inclusão foi ter contato com o Alfa-APS há pelo menos 1 ano. Já o critério de exclusão considerado foi ter idade inferior a 18 anos (criança ou adolescente).

Os cooperados foram selecionados de forma aleatória na clínica participante do estudo nos dias em que realizavam atendimento. A mesma colaboradora que fez o convite aos clientes tinha conhecimento da agenda e da demanda dos médicos e realizou o convite, de forma individual, a cada um deles. Foram convidados 6 médicos, sendo que 5 manifestaram-se favoravelmente à participação na pesquisa. Um cooperado informou que não tinha disponibilidade para a entrevista.

O número de colaboradores foi definido *a priori*, sendo elencadas as pessoas que pudessem ter informações importantes para contribuir com o trabalho. No caso dos clientes e médicos, a definição do número de participantes se deu pela saturação operacional das respostas, conforme Fontanella, Ricas e Turato (2008). A adoção desse critério para definir o número de entrevistados foi possível uma vez que todas as entrevistas foram realizadas pelo próprio pesquisador.

Para os que aceitaram participar, ao todo 25, foram explicitados os objetivos da pesquisa, o processo da entrevista, o sigilo, os benefícios e os riscos envolvidos. Assim que as orientações eram repassadas, os participantes eram convidados a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme ANEXO 1.

Antes de iniciar as entrevistas, cada participante recebeu um código exclusivo que o identificou durante as etapas seguintes. O código teve a inicial E, seguida de um número sequencial que variou de 01 a 25.

As Tabelas 3, 4 e 5 detalham as informações sobre os participantes de acordo com as três categorias.

Tabela 3 – Codificação dos clientes participantes, segundo sexo, formação/profissão, tempo de contato com o Alfa-APS e com outros produtos. Alfa. Município da Região Sudeste, 2020.

Codificação	Sexo ¹⁰	Formação/ Profissão	Tempo de contato com o Alfa-APS (anos)	Tempo de contato com outros produtos da Alfa (anos)
E01	M	Auditor	1	5
E02	M	Técnico de Mineração	1	0
E03	F	Auxiliar administrativo	3,5	2,5
E04	M	Desempregado	1,5	0
E05	F	Contadora	4	20
E06	M	Carregador	6	3
E07	F	Técnico de Enfermagem	2	0
E08	F	Contadora	1	0
E09	F	Assistente Contábil	4,5	4
E10	F	Jovem aprendiz	3	0
E11	M	Aposentado	1	30
E12	M	Autônomo	2,5	0

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborada pelo autor.

¹⁰ M = Masculino-F = Feminino

Tabela 4 – Codificação dos colaboradores participantes, segundo sexo, formação, tempo de atuação, contato com o Alfa-APS e experiência prévia com APS no SUS. Município da Região Sudeste, 2020.

Codificação	Sexo	Formação	Tempo na Alfa (anos)	Tempo de contato com o Alfa-APS (anos)	Experiência prévia com APS no SUS
E13	F	Medicina	19	5	Não
E14	F	Gestão em Serviços de Saúde	4,6	4,6	Sim
E15	M	Medicina	3	3	Sim
E16	F	Odontologia	7	7	Sim
E17	F	Enfermagem	7	7	Sim
E18	F	Medicina	12	6	Não
E19	M	Medicina	17	7	Sim
E20	M	Medicina	13	5	Sim

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborada pelo autor.

Tabela 5 – Codificação dos cooperados participantes, segundo sexo, especialidade, tempo na Alfa, contato com o Alfa-APS e experiência prévia com APS. Município da Região Sudeste, 2020.

Codificação	Sexo	Especialidade	Tempo na Alfa (anos)	Tempo de contato com o Alfa-APS (anos)	Experiência prévia com APS
E21	M	Medicina de Família e Comunidade	2,5	2,5	Sim
E22	F	Clínica Médica	26	3	Sim
E23	M	Pediatria	41	4	Não
E24	M	Medicina de Família e Comunidade	7	7	Sim
E25	F	Medicina de Família e Comunidade	4	4	Sim

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborada pelo autor.

4.5 Instrumento para coleta de dados

Para a etapa de coleta de dados foram elaborados três roteiros para as entrevistas semiestruturadas, conforme os Apêndices A, B e C. Cada um dos instrumentos foi usado para um público específico - colaboradores, clientes e cooperados - e as questões foram elaboradas considerando as relações de cada um dos públicos com o objeto e os interesses da pesquisa.

Em todos os grupos, os atributos relacionados à APS foram contemplados em uma questão sobre a percepção geral do produto. Para o grupo de clientes, buscou-se avaliar a experiência com o plano em estudo, as diferenças observadas quando da utilização de outros produtos e a divulgação realizada antes da venda. Aos cooperados, questionou-se sobre as informações repassadas no momento da divulgação do produto Alfa-APS, o processo de entrada na cooperativa e do estabelecimento de vínculo com o produto. Já para os colaboradores, buscou-se identificar questões relacionadas ao contexto em que a APS estava inserida na operadora.

A opção pelo roteiro semiestruturado considera a possibilidade de surgirem outras questões a serem exploradas durante as entrevistas, não se restringindo a um número pré-determinado de perguntas. Dessa maneira, foram considerados os diversos pontos de vista, com diferentes perspectivas e, assim, aproveitou-se o maior número possível de informações para o trabalho.

O local de realização das entrevistas na clínica selecionada dependeu do grupo investigado. Para os clientes, foi disponibilizada uma sala nos dias de coleta de dados para que as mesmas pudessem ser realizadas, garantindo o sigilo e a confidencialidade das informações. Com os cooperados, a entrevista foi realizada em seus próprios consultórios. Já com os colaboradores foram agendadas salas de reunião no prédio sede da operadora, que se localiza distante da Clínica Alfa-APS, para que as entrevistas pudessem acontecer sem interferência.

As entrevistas, na sua totalidade, foram gravadas, após ciência e autorização dos participantes, por meio do aplicativo Gravador disponível no aparelho celular do pesquisador. A opção pela coleta de dados pelo próprio pesquisador deu-se em função da necessidade de conhecer os participantes e interagir com os mesmos durante a condução das entrevistas. Pela técnica escolhida, um terceiro entrevistador, pela distância com o objeto em estudo, não conseguiria perceber as oportunidades de questões a serem propostas. Após realizar todas as entrevistas, novos participantes não foram convidados a participarem a partir do momento em que se fez o remate amostral por saturação teórica, conforme explicam Fontanella, Ricas e Turato (2008).

Para evitar a perda de dados o pesquisador, assim que finalizava as entrevistas, certificava-se de que as gravações tinham sido gravadas e transferidas para um *pendrive*, tendo total cuidado e observância às questões de sigilo e confidencialidade. Cabe mencionar que nenhuma pesquisa foi perdida ou apresentou problemas para sua recuperação. Os áudios das entrevistas foram acessados exclusivamente pelo pesquisador e pela pessoa que realizou as transcrições. A partir da finalização das entrevistas, os materiais foram arquivados em dois *pendrives* que estão de posse do pesquisador responsável e assim permanecerão, em local seguro, pelo prazo de 5 anos, a contar da data de realização da pesquisa.

4.6 Tratamento e análise de dados

Foram realizadas 25 entrevistas e, ao todo, o material coletado somou 5 horas e 39 minutos de áudio gravado. Na média, cada gravação ocupou 13 minutos e 44 segundos. O maior tempo de entrevista foi de 45 minutos e 22 segundos (E20 - colaborador) e o menor, 1 minuto e 52 segundos (E10 - cliente). Após a coleta de dados, as entrevistas foram transcritas por um terceiro, que realizou essa atividade de forma voluntária e contou com a utilização do programa *Inqscribe*, que facilita a operação de escuta das gravações e a transcrição das perguntas e das respostas. O processo de transcrição levou cerca de 10 dias para ser totalmente concluído, sendo colocados à disposição 25 arquivos contendo, cada um, a transcrição da entrevista dos participantes.

Foi realizada uma primeira leitura flutuante do material, que objetivou avaliar a acurácia dos dados gravados e transcritos. Nessa etapa, algumas correções tiveram que ser feitas para tornar as transcrições fidedignas. Nessa primeira análise, optou-se por descartar a entrevista concedida pelo participante codificado como E10 (cliente) por não ter sido mencionado nenhum conteúdo relevante para a pesquisa. Tratava-se de um participante de 18 anos, com uma visão voltada apenas para satisfação e elogio do produto, por meio de frases curtas.

Os arquivos contendo as transcrições foram incorporados ao software MAXQDA (versão 20.0.5), comumente empregado em trabalhos qualitativos, pois facilita a organização das informações e a posterior análise pelo pesquisador. Já utilizando o programa, foi realizada a leitura exaustiva de todo o material para que o pesquisador se apropriasse melhor do assunto. Nessa etapa já foram enumeradas as principais categorias presentes nas respostas.

Por definição, análise de conteúdo é, segundo Bardin (2016, p. 37), “um conjunto de técnicas de análises das comunicações.” De acordo com a autora, existem vários domínios para

aplicação da análise de conteúdo podendo ser, em relação ao código e suporte “linguístico, que se divide em oral e escrito, icônico e outros códigos semióticos” (BARDIN, 2016, p. 37). Para esse trabalho foi considerado tão somente o relato oral dos participantes da pesquisa, ou seja, excluíram-se outros elementos que, eventualmente, poderiam ser usados para análise dos dados.

A avaliação categorial temática é uma das formas de se fazer a análise de conteúdo. Essa técnica, segundo Bardin (2016, p. 201) “funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos.” Seguindo essa autora, todo o conteúdo das entrevistas foi reagrupado segundo categorias que mantinham certa similaridade entre si, a partir da adoção do critério semântico no processo de categorização. Inicialmente foram estruturadas 15 categorias, porém, após reagrupamentos com vistas ao cumprimento do objetivo do trabalho, reduziu-se a 6 categorias. A tabela a seguir detalha o número de respostas classificadas em cada uma das categorias.

Tabela 6 – Distribuição de respostas por categorias de análise identificadas. Município da Região Sudeste, 2020.

Categorias de análise	Número de respostas na categoria
Acesso	24
Coordenação do cuidado	11
Integralidade	5
Longitudinalidade	3
Modelo assistencial	34
Aspecto gerais	13

Fonte: Dados da Pesquisa - Elaborada pelo autor, 2020

Dentre os atributos, o maior número de respostas relacionou-se ao acesso e o menor aos aspectos da organização do cuidado (longitudinalidade e integralidade).

4.7 Aspectos éticos da pesquisa

A realização de pesquisas exige a observância de procedimentos regulamentares. Para o presente trabalho foram observados os aspectos éticos, conforme diretrizes da Resolução nº. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que trata das normas para pesquisas envolvendo seres humanos.

O projeto de pesquisa, bem como demais dados solicitados para avaliação do trabalho, foram submetidos à Plataforma Brasil e a pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética da UFMG, conforme registro CAAE número: 27707019.3.0000.5149.

Os objetivos da pesquisa e o método de coleta de dados foram comunicados a todos os participantes antes deles aceitarem participar da mesma, bem como os riscos e a possibilidade de retirarem-se sem nenhum prejuízo

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que permanecerá preservado pelo pesquisador responsável, juntamente com o material das entrevistas, por 5 anos.

Foram adotados cuidados para garantia da confidencialidade das informações prestadas por cada um dos participantes do estudo. Os objetivos dos estudos, seus procedimentos e os riscos e benefícios de participação foram apresentados a cada um dos responsáveis legais pelos potenciais participantes. Em consonância com o disposto no TCLE, em momento algum foram divulgados ou serão, no futuro, os nomes dos participantes da pesquisa, em quaisquer meios.

Cabe ressaltar que nenhum participante, até a presente data, retirou o seu consentimento ou manifestou qualquer problema em participar da pesquisa.

Para garantir o anonimato dos participantes, optou-se pela adoção da sigla E seguida do número cardinal crescente referente a cada um em todas as categorias estudadas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Análise geral das categorias identificadas

Com o objetivo de melhorar a apresentação e a análise dos dados, as respostas dos participantes foram classificadas de três formas: positivas (aquelas que remetiam a uma percepção favorável sobre a categoria), negativa (aquelas que remetiam a uma percepção desfavorável sobre a categoria ou mesmo sua ausência no processo do cuidado) e neutra (que remetiam a uma percepção que não foi possível avaliar se como positiva ou negativa). Foram identificadas as ausências de fala que representam a falta de comentários sobre a categoria avaliada. A tabela a seguir evidencia o número de respostas positivas, negativas ou neutras e a ausência de respostas em cada categoria.

Tabela 7 – Distribuição das respostas por classificação positiva, negativa, neutra e ausência, por tipo de participante e categoria. Alfa. Município da Região Sudeste, 2020.

Categorias/Grupo Específico	Respostas Positivas (absoluto)	Respostas Positivas (%)	Respostas Negativas (absoluto)	Respostas Negativas (%)	Respostas neutras (absoluto)	Respostas neutras (%)	Ausência de Respostas (absoluto)	Ausência de Respostas (%)
ACESSO	11		6		1		6	
Clientes	9	81,8%	3	27,3%	0	0,0%	1	9,1%
Colaboradores	1	12,5%	2	25,0%	1	12,5%	4	50,0%
Cooperados	1	20,0%	1	20,0%	0	0,0%	3	60,0%
ASPECTO GERAIS	7		2		4		11	
Clientes	3	27,3%	1	9,1%	2	18,2%	5	45,5%
Colaboradores	2	25,0%	1	12,5%	1	12,5%	4	50,0%
Cooperados	2	40,0%	0	0,0%	1	20,0%	2	40,0%
COORDENAÇÃO	3		6		2		13	
Clientes	1	9,1%	1	9,1%	0	0,0%	9	81,8%
Colaboradores	1	12,5%	4	50,0%	1	12,5%	2	25,0%
Cooperados	1	20,0%	1	20,0%	1	20,0%	2	40,0%
INTEGRALIDADE	1		4		0		19	
Clientes	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	11	100,0%
Colaboradores	1	12,5%	3	37,5%	0	0,0%	4	50,0%
Cooperados	0	0,0%	1	20,0%	0	0,0%	4	80,0%
LONGITUDINALIDADE	0		3		0		21	
Clientes	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	11	100,0%
Colaboradores	0	0,0%	2	25,0%	0	0,0%	6	75,0%
Cooperados	0	0,0%	1	20,0%	0	0,0%	4	80,0%
MODELO ASSISTENCIAL	16		8		4		1	
Clientes	8	72,7%	3	27,3%	0	0,0%	1	9,1%
Colaboradores	4	50,0%	2	25,0%	4	50,0%	0	0,0%
Cooperados	4	80,0%	3	60,0%	0	0,0%	0	0,0%
Total Geral	38		29		11		144	

Fonte: Dados da pesquisa - Elaborada pelo autor. 2020

Observa-se que, das seis categorias, a de acesso foi relativamente a mais mencionada pelos clientes, com cerca de 91% (n=10) dos participantes realizando, pelo menos, uma consideração. Entre os colaboradores e cooperados, esse percentual foi igual a 50% (n=4) e 40% (n=2), respectivamente. Em geral, a avaliação dos clientes sobre o acesso foi positiva, representando 82% dos clientes entrevistados, e apenas três clientes reportaram aspectos negativos sobre o acesso. No caso dos colaboradores e cooperados, aspectos positivos e negativos foram igualmente apontados.

As categorias de coordenação e integralidade foram avaliadas, principalmente, pelos colaboradores, 75% (n=6) e 50% (n=4) dos entrevistados desse grupo. Para essas duas categorias, a maior parte das respostas dos colaboradores foi negativa. Em relação aos cooperados, essas duas categorias foram avaliadas por apenas 60% (n=3) e 20% (n=1) dos entrevistados.

A categoria referente à longitudinalidade do cuidado foi, também, majoritariamente avaliada por colaboradores (25%) e cooperados (20%), totalizando três entrevistados (dois colaboradores e 1 cooperado). A avaliação realizada por esses profissionais foi negativa sinalizando, ainda, uma fragilidade da organização do cuidado longitudinal no produto analisado. A proporção de clientes que relatou algum aspecto de coordenação foi de apenas 18% e nenhum emitiu opinião sobre a integralidade e longitudinalidade do cuidado.

A avaliação do modelo assistencial como um todo foi realizada por quase todos os entrevistados (91% dos clientes e 100% dos colaboradores e cooperados). A maior parte avaliou o modelo de forma positiva (80% dos cooperados, 72,7% dos clientes e 50% dos colaboradores) muito embora aspectos negativos também tenham sido abordados, principalmente pelos cooperados: 60% contra 25% e 27% dos colaboradores e clientes entrevistados, respectivamente.

Aspectos mais gerais foram classificados em uma categoria distinta, sendo apontados por 60% dos cooperados, 54,5% dos clientes e 50% dos colaboradores, com a maior parte das respostas sendo positivas ou neutras.

A distribuição dos grupos em relação à avaliação de cada categoria condiz com o papel que cada um dos grupos de entrevistados desempenha no processo de produção do cuidado. Ressalta-se, ainda, que o volume expressivo de ausências de respostas está relacionado ao fato de que os participantes discorreram, especificamente, sobre alguma das categorias de forma extensa e acabaram não abordando todas as categorias ou subcategorias investigadas.

As próximas subseções apresentam os resultados de forma mais específica para cada uma das categorias analisadas.

5.2 O primeiro atributo: acesso

O primeiro contato, também mencionado na literatura como acesso, corresponde à porta de entrada do usuário para o atendimento das suas necessidades em um sistema de saúde (STARFIELD, 2020). Assim sendo, é importante que esse ponto de contato seja de fácil acesso, isto é, no momento em que surgirem demandas de saúde, o usuário precisa reconhecer um local responsável por identificar o melhor recurso a ser disponibilizado para o seu cuidado podendo, inclusive, ser nessa porta o primeiro contato com o profissional que resolverá suas demandas.

A questão do acesso é muito importante quando se fala em um modelo de atenção à saúde com foco na atenção primária. Essa questão foi mencionada por 91% dos clientes, ocorrendo muitas respostas positivas em relação a esse atributo. Entre os colaboradores e cooperados, o percentual que avaliou o acesso situou-se em torno de 50% e 40%, respectivamente. Com o objetivo de melhor analisar os resultados, essa categoria foi subdividida em três subcategorias: referência, acesso físico à clínica e coparticipação.

A referência da clínica como local de acesso prioritário para o atendimento em saúde para as demandas foi citada por 6 participantes (25%). A percepção favorável dos clientes está relacionada ao fato de ser possível consultar outros médicos, além do de sua referência, em caso de necessidade. Esse aspecto demonstra que a clínica está preparada para atender às necessidades dos usuários no momento que elas surgem, ou seja, há acolhimento e direcionamento das suas solicitações.

[...] toda vez que eu venho aqui, a Alfa-APS oferece um médico fixo, mas toda vez que eu venho aqui e meu médico não se encontra ou então já está, já largou serviço ou então está de folga, eu consigo atendimento através de outro médico, isso eu acho um ponto positivo, porque às vezes você está precisando de uma consulta e não necessita ir na urgência, que leva num local onde tem mais quantidade de pessoas, é um lugar mais demorado para ser atendido e a Alfa-APS traz esse benefício que é não cobrar por consulta quando tem o atendimento aqui, eu acho isso muito bom, acho isso sensacional aqui na Clínica Alfa-APS. (E12 - cliente)

Apesar da clínica estar preparada para receber todas as demandas, dois clientes (18% do grupo) pontuaram, de forma negativa, a necessidade de passar pelo médico de referência para

conseguirem atendimento com os especialistas. Eles consideram perda de tempo ter que se deslocar da clínica apenas para obter a autorização para agendarem com o especialista.

[...] perco meu tempo indo no médico de família pra algo que ele não vai saber tratar. (E01 – cliente)

Essa percepção pode estar relacionada ao fato de o cliente não entender que o médico de referência é capaz de solucionar grande parte dos seus problemas e que o encaminhamento ao especialista é feito, e deve ser assim, somente nos casos em que existir motivo suficiente para a consulta especializada. Ainda no caso dos planos de saúde, o cliente faz a compra de um produto para ter acesso à rede de especialistas e quando há algum direcionamento do cuidado, como é o caso do produto em estudo, isso pode ser visto como fator de restrição ao acesso.

Os participantes relaram questões pertinentes ao acesso à Clínica Alfa-APS e aos profissionais, em especial ao médico. Os relatos mostram que o acesso ao profissional é simples, na maioria das vezes, conforme relato do entrevistado E06:

É bem rápido, não tem espera nenhuma não. A gente marca e já está pronto o atendimento já. (E06 - cliente).

Porém, em alguns casos há relatos de certa demora no agendamento das consultas.

Demorou duas semanas. Eu tentei da segunda vez, que eu tentei demorou duas semanas. E do oftalmologista como não era urgente, eu queria testar, demorou duas semanas. (E01 - cliente)

O acesso físico à clínica foi mencionado por 13 participantes (54,1%). Alguns relatam a distância entre a clínica e seu local de trabalho ou moradia como fatores que dificultam o acesso aos profissionais. Cabe destaque para o fato de que, atualmente, existem cinco clínicas distribuídas na área de atuação da operadora. Ainda assim, pelas respostas dos participantes, existe dificuldade em acessar esses locais, seja em função da distância em si ou das opções de deslocamento existentes.

[...] Eu moro no Buritis e aí me direcionaram para o Barreiro, então eu já tive dificuldade porque eu trabalho aqui na Savassi, na Inconfidentes, eu queria fazer, atender na Churchil. Aí já teve uma burocracia, eles que não quiseram mudar de uma vez e me fizeram ir lá no Barreiro para ser atendido. (E01 - cliente)

A distância é apontada ainda como um fator de restrição ao acesso. Ou seja, o fato de a clínica estar distante do cliente faz com que ele tenha mais dificuldade de acessar os serviços de saúde caracterizando, então, uma barreira.

Então é claro que as pessoas ficam mais distantes; tem gente que mora aqui perto, mas as pessoas geralmente... tem paciente de Sabará, tem paciente que mora em Nova Lima, Ribeirão das Neves: as pessoas ficam mais distantes de onde elas estão vinculadas, não tem jeito, e isso claro que é uma barreira de acesso. (E24 – cooperado)

A atenção primária deve ser capaz de resolver as situações de urgência, nos casos de baixo risco à vida (MENDES, 2002). Os demais casos precisam ser direcionados a locais com maior capacidade de resolução de problemas com risco mediato ou imediato à vida. A Clínica Alfa-APS é vista como referência para os atendimentos dessas urgências de menor complexidade por dois clientes. A transcrição abaixo ilustra esse ponto:

Eu vim direto pra cá hoje. Porque até comentei com a minha esposa, né: ela chegou, ‘mas você vai no pronto-socorro’, eu falei ‘não, eu vou lá’; que, agora, meu centro de atendimento vai ser lá, aqui. Então eu vou lá pra ver o que que eu vou fazer. Então, eu estou usando isso aqui como referência em relação a médico. Eu acho que é esse o caminho, não é? Então eu acho que estou fazendo certo; se não vou ficar mais um junto com aquela multidão, né, lá no pronto-socorro. E, às vezes, na frente, alguém está precisando muito mais que eu, né? (E11 - cliente)

Um último ponto ligado ao acesso é a questão da coparticipação. Na saúde suplementar, a assimetria de informação entre os agentes e o fato de existir incentivo à sobreutilização dos serviços por conta do custo marginal zero, faz com que as operadoras criem mecanismo de divisão de custos com os clientes, criando os chamados fatores de moderação do uso, tais como franquia, cosseguro ou coparticipação. O plano em questão não cobra coparticipação do usuário quando o atendimento ocorre nas Clínicas Alfa-APS. Essa estratégia tem por objetivo direcionar, por questões de incentivo econômico, que o atendimento seja, preferencialmente, realizado nesse local. Durante a pesquisa, dois clientes relataram, de forma positiva, a ausência de cobrança de coparticipação para os atendimentos com o médico de referência.

Então, como eu disse, eu tenho sempre muitos problemas, cada tubinho de sangue que eu tirava tinha uma porcentagem. E aí, dependendo do mês que eu fizesse muita coisa, me cobrava muito coparticipação e a Clínica Alfa-APS já não tem isso, eu posso usar o tanto que for que eu vou pagar aquela mensalidade ali que eu já sei todo mês. (E03 – cliente)

Essa categoria, que corresponde a um dos atributos propostos por Starfield (2002), evidencia que os processos relacionados ao acesso são percebidos como pontos de melhoria pelos públicos entrevistados, especialmente o cliente.

5.3 O segundo atributo: integralidade

A integralidade remete à capacidade de identificar as necessidades dos pacientes e a disponibilização dos recursos para uma correta abordagem (STARFIELD, 2020). No contexto da APS, a interação entre profissionais e pacientes deve ser capaz de possibilitar o alcance dessa intenção. Essa categoria abordou as questões relativas ao cuidado do cliente a partir de todas as suas demandas em uma avaliação pela equipe.

Essa categoria não teve nenhuma subcategoria identificada já que os clientes não relataram nada que estivesse relacionado a esse atributo. Quanto aos colaboradores, 5 ou 62,5%, mencionaram aspectos voltados para a integralidade, enquanto apenas um cooperado fez um relato dessa natureza.

Muitas demandas podem ser resolvidas pelo próprio médico da APS, sem a necessidade de encaminhamento a um especialista. Nas entrevistas, 3 participantes relataram que existem fragilidades no encaminhamento ao especialista e o retorno das informações para continuidade da assistência, bem como dificuldade de comunicação entre as equipes, o que prejudica a integralidade.

Essas equipes elas não conversam, né. Então você passa, o cliente ele passa pelo médico, ele identifica uma determinada, é, patologia, indica um determinado acompanhamento, mas o retorno disso, né, a conversa entre os dois profissionais que estão fazendo o acompanhamento daquele cliente ela não acontece, né [...]. (E16 – colaborador)

No caso de consultas de atendimento de enfermagem, o cliente ele pode estar agendado com o enfermeiro também, ou ele pode chegar numa demanda e consultar com o enfermeiro, tá? E tem também o percurso do cliente quando ele passa no atendimento e o médico encaminha para uma consulta com a enfermagem; e só a consulta de enfermagem pode ser a clínica do diabético, tá, o atendimento às vezes passou direto no médico o recém-nascido e aí o médico direciona para avaliação da enfermagem e orientação da enfermagem também; as buscas que o enfermeiro realiza, ele agenda tanto para ele quanto para o médico de referência, tá? A gente ainda tem uma dificuldade, né, para acompanhar alguns grupos, por exemplo, saúde da mulher e gestante; muitas vezes a gestante ela já agenda o obstetra direto no CPS; ela pode fazer acompanhamento na Clínica Alfa-APS, com o médico de referência, sem problemas, fazer o pré-natal com o médico de família, mas às vezes é... como ela não precisa do encaminhamento, agenda com ginecologista.” (E17 - colaborador)

Os entrevistados E15 e E24 (cooperados) expõem certas dificuldades para se efetivar a integralidade no contexto da APS por dois motivos. O primeiro está relacionado à formação dos médicos que atuam nas Clínicas Clínica Alfa-APS. Atualmente não é necessário ter a especialidade de medicina de família e comunidade, sendo aceitos médicos pediatras, ginecologistas e clínicos no corpo clínico das unidades. O segundo motivo é a morosidade ou a barreira para a execução de procedimentos da competência do médico de família, mas que não podem facilmente efetivados.

Do ponto de vista integralidade, um pouco que eu já falei, eu acho que a gente faz muito aquém do que a gente poderia fazer; tem também uma característica do Clínica Alfa-APS que é ter cooperados clínicos, que não têm uma formação pra atenção primária, específica pra atenção primária, né, pediatras também não tem uma formação específica pra atenção primária. E mesmo que os médicos famílias podem fazer menos, por exemplo, se a gente vai um DIU, uma coisa que a gente poderia estar fazendo, a gente não pode solicitar o DIU no consultório, que é uma coisa que na operadora está restrita ao ginecologista. Fazer um pequeno procedimento, uma sutura, uma drenagem de um abscesso, tem toda uma burocracia, tem que usar sala só fora do horário de serviço, impede que a gente faça mais do ponto de vista da integralidade. Você não está na parte de procedimentos. Então é um pouco isso, assim, que eu vejo. (E24 - cooperado)

[...] por exemplo não faz ou em muitos lugares o médico de família não faz o pré-natal, que é uma coisa, é, ouvi já relatos que o médico não faz a puericultura, manda pro pediatra, então perde um pouco o sentido da integralidade, pelo menos da responsabilidade do cuidado, não é nem porque ele encaminha pro pré-natal e depois fica acompanhando junto ou apoia, faz qualquer coisa, não, pré-natal pode ser feito lá, então quando a moça tá grávida, ela deixa de ser cliente do camarada, é, então a integralidade nesse sentido de ser responsável por isso, é, fica comprometida. (E15 - colaborador)

Nesse atributo, foi possível observar que a integralidade não é percebida pelo cliente e pouco observada pelo colaborador e pelo cooperado. Considerando que esse é um pilar essencial, inclusive para se estabelecer o vínculo e garantir a efetividade do modelo, é preciso estruturar ações para fortalecer esse atributo.

5.4 O terceiro atributo: coordenação do cuidado

A coordenação do cuidado pode ser compreendida como sendo a capacidade de reunir as informações sobre as questões de saúde e a utilização dos serviços de forma que as necessidades de intervenção, tendo em vista um melhor cuidado, estejam baseadas nessas

informações. Na prática busca-se, com a coordenação do cuidado, a harmonia da ação (STARFIELD, 2020).

Essa categoria não teve nenhuma subcategoria identificada. No grupo de clientes, houve 2 respostas (18,1% do grupo) que remetem a esse atributo, sendo uma positiva e outra negativa. Quanto aos colaboradores, 5 participantes mencionaram algo relacionado a esse atributo, sendo quatro negativos e um neutro. No total, 3 ou 60% dos cooperados mencionaram esse atributo, sendo uma resposta positiva, uma negativa e outra neutra.

Nessa categoria foram mencionadas questões relacionadas ao percurso do paciente na rede de cuidados. Observa-se que as linhas de cuidado, que se baseiam nas melhores práticas assistenciais, são mencionadas como mecanismo de se efetivar a coordenação do cuidado, porém nos casos em que não há uma linha do cuidado muito clara, os retornos dos especialistas não acontecem de forma satisfatória.

Um dos clientes relata que ninguém o procurou para saber como ele estava mesmo com episódios de atendimento em outras unidades, inclusive na urgência e na emergência por mais de uma vez. É importante que em situações como essa, o médico de família e a equipe de referência atuem de forma proativa, procurando entender os motivos que levaram aquele paciente a uma outra unidade, especialmente a de urgência e emergência, e proponham ações de acompanhamento do cliente reforçando, inclusive, os locais em que a busca por atendimento deve ser feita e o reforço dos vínculos com o profissional, inclusive por meios digitais, como o WhatsApp.

Não, ninguém me procurou. Ninguém fez contato, não teve nada disso, mesmo depois que fiquei hospitalizado. (E02 – cliente)

Foram observados 3 relatos, sendo um de cooperado e dois de colaboradores, que pontuam a questão da falta de acesso às informações dos pacientes para a efetiva coordenação do cuidado. Dessa maneira, os profissionais não obtêm as informações esperadas para uma tomada de decisão mais assertiva e resolutiva nos sistemas de informação disponíveis. Um exemplo dessa situação é o médico não conseguir acessar a data da última menstruação da sua paciente no prontuário eletrônico. Além das informações em sistemas, um cooperado pontua a ausência de comunicação entre as equipes com o objetivo de trocar informações - oportunidade essa que é perdida quando faltam espaços de troca de conhecimento e compartilhamento de informações.

Olha, eu não tenho tanto contato com especialista, só quando eu leio mesmo o prontuário, porque o nosso tempo, ele é meio enxuto, é uma das dificuldades ainda. (E21 – cooperado)

A questão do prontuário para compartilhamento das informações entre os profissionais que estão assistindo o paciente é apontada como desafio em via de ser equacionada com a unificação das informações em um mesmo local. Pela resposta, é possível perceber a necessidade do uso da tecnologia da informação em saúde para que os processos de cuidado sejam mais orientados, a partir de uma perspectiva de atuação do médico de referência.

É, ‘como que estão os seus pacientes com diabetes’, ‘quem não tem vindo a consulta’, ‘como que está a saúde de quem não veio, tem algum exame que eles fizeram ou deixaram de fazer. Essa informação, baseado no banco de dados todo da Alfa, entrega... [...] desafio nós vamos ter pelo menos uma ferramenta. Não que o [nome de um sistema de prontuário eletrônico] não tivesse, ele é bom, quando saiu, foi sair de Portugal, as equipes sentiram. Mas no nosso caso estava completamente desconectado, não conectado à forma ideal do [nome de um sistema de prontuário eletrônico]. Hoje nós acreditamos que a coordenação do cuidado ela melhora com esse prontuário. (E20 - colaborador)

Além das informações, um colaborador pontua uma questão relevante para o cumprimento do atributo da coordenação - o mecanismo da referência e contra-referência. É por meio desse mecanismo que o médico de referência consegue conhecer a conduta do especialista e realizar o acompanhamento necessário.

É muito frequente a gente ouvir isso, o cliente vai lá para conseguir o acesso, a passarela para o especialista e de lá não volta, ou que, é, o próprio serviço, de certa forma, a própria estrutura acaba, é, forçando esse processo pouco coordenado. (E15 – colaborador)

Um cooperado assinala que para que a coordenação do cuidado aconteça de forma satisfatória é importante considerar a percepção dos profissionais sobre o uso das tecnologias que suportam o processo assistencial e as medidas de desempenho esperadas dos generalistas. Na resposta abaixo observa-se certa dificuldade de se coordenar o cuidado, já que há limitação no prontuário eletrônico e no tempo necessário para gerir a carteira, além do suporte dado pelos supervisores em uma espécie de opinião especializada.

Olha, eu não tenho tanto contato com especialista, só quando eu leio mesmo o prontuário, porque o nosso tempo, ele é meio enxuto, é uma das dificuldades ainda. Eu fiz um contrato para 20 horas, mas eu dedico muito mais que 20 horas, para responder mensagem, para sair sempre meia hora depois porque o prontuário, esse novo prontuário dificultou muito, muito. Assim, ele não abre

no celular, não facilita tanto a coordenação do cuidado. Com relação aos especialistas, alguns, que recebem, que a gente direciona mais, alguns cirurgiões gerais, eles têm um bom vínculo de entender o Alfa-APS. (E21 - cooperado)

O apoio da equipe de enfermagem é destacado como relevante para se conseguir a coordenação do cuidado para os pacientes vinculados ao Alfa-APS.

Na coordenação de cuidados, também a gente consegue fazer, mas também com todo serviço, né, fazendo uma força avessa à necessidade de coordenação de cuidado. A gente faz, é o que a gente tenta fazer; a enfermagem trabalha nesse sentido também, de buscar, fazer a busca dos pacientes que utilizaram o pronto atendimento, dos pacientes que internaram, a gente até tenta fazer, a gente tem conseguido fazer esse serviço, tem um sistema próprio para eles gerirem isso; ajuda, mas também acho que poderia ser melhor se as coisas fluíssem mais para atenção primária e não circundando mais a atenção primária na operadora. (E24 - cooperado)

A coordenação do cuidado é marcada por percepções que indicam a importância de se ter um local onde todas as informações estejam reunidas, visando a correta tomada de decisões, a necessidade de integrar a equipe e promover diálogos entre os profissionais e a importância do mecanismo de referência e contrarreferência. É importante fortalecer a comunicação entre as equipes e os processos de registro das informações em saúde.

5.5 O quarto atributo: longitudinalidade

A longitudinalidade pode ser compreendida como a capacidade de acompanhar o cuidado do paciente ao longo do ciclo de vida em uma perspectiva de fortalecimento do vínculo entre os profissionais e o paciente (STARFIELD, 2002).

Os clientes não relataram questões que pudessem ser classificadas como relativas à longitudinalidade. Para essa categoria, houve apenas três respostas, sendo duas de colaboradores e uma de cooperado.

O ponto mais importante está relacionado à rotatividade das carteiras, que acontece muito em função da mudança de plano por parte do cliente e impacta o acompanhamento esperado para o ciclo de vida do paciente. Além de não ser possível o acompanhamento, a falta de perspectiva do cuidado longitudinal impacta negativamente a criação de vínculo entre profissional e paciente. A questão do resultado da APS, em função do acompanhamento longitudinal, aparece na resposta de um dos entrevistados na perspectiva de que os objetivos da

APS tendem a ser cumpridos quando existe um período maior de acompanhamento dos pacientes.

Do ponto de vista de longitudinalidade, tem um problema que é a rotatividade das carteiras, né, então o cliente tem uma rotatividade, especialmente o cliente empresarial, que é uma quantidade razoável, mas dá pra gente perceber, algumas carteiras têm menos essa característica, mas tem carteira que está com a gente desde o começo, que é [nome de uma empresa do segmentos de comércio varejista], que é uma empresa que não tem tanta rotatividade, eles valorizam um pouco essa relação com os colaboradores deles também, é diferente. Você atende alguém que é do [nome da empresa previamente citada], que está no Clínica Alfa-APS já há uns 7 anos, é uma relação totalmente diferente de alguém que é do [nome de um outro cliente empresarial contratante], acabou de entrar agora, não entende nada; ou então alguém que entrou trocando o plano, era Alfa 2, "não quero pagar mais Alfa 2, vou pro Clínica Alfa-APS", então é totalmente diferente a maneira como essa pessoa se relaciona com o produto, né? Mas, assim, do ponto de vista de longitudinalidade é isso. (E24 - cooperado)

A longitudinalidade, eu não saberia dizer bem qual que é, mas eu acredito que basicamente depende disso, o cara que conseguiu cumprir até aí esse interesse de cuidado pela pessoa, a princípio ele vai cuidar ao longo do tempo e vai ser, não sei dizer do ponto de vista de carteira como é isso hoje, é, e a mesma coisa do ponto de vista dos resultados, a resolubilidade disso eu não sei dizer. Eu sei que sim, alguns, a gente vê alguns indicadores que são estranhos, do tipo, uai, que engraçado a carteira do Clínica Alfa-APS tem mais internação que a carteira não-Clínica Alfa-APS, é, mas não dá pra falar que isso é resultado, pode ser reflexo de acesso, enfim, de carteira nova, do cliente que entra no plano num plano mais novo, enfim, não sei... (E15 - colaborador)

Um dos entrevistados resgata a questão do médico de família para acompanhar as demandas em saúde em diferentes fases da vida, incluindo a perspectiva do cuidado multiprofissional.

A longitudinalidade, eu vejo também muito da questão da formação; nós temos aí no dia-a-dia alguns problemas disso aí, mas 'é você mesmo que vai mexer'? Se é o médico está atendendo a criança, a família acha que não pode atender a mãe. Ou, até quando eu vou acompanhar, como se as pessoas fossem de tempo, de idade em idade fosse mudando... Eu gostaria que o meu médico me acompanhasse até meu último dia; se fosse o meu médico, que tivesse me visto quando criança, ele teria uma informação muito maior ao longo da minha vida. [...] Este é um, nós temos tentado fazer isso aí, dando ao médico de família a atribuição de cuidar da criança e do adulto, do idoso e da gestante, mas ainda temos pediatras e clínicos trabalhando com adultos ou com crianças; e, aí, em algum momento a criança muda de idade... Temos, esse atributo, parcialmente, porque ainda não dá pra fazer com toda a equipe pensando nisso. (E20 - cooperado)

O atributo da longitudinalidade apresenta-se muito frágil no âmbito da operadora em estudo e requer, portanto, a adoção de mecanismos para acompanhamento dos pacientes de forma mais longitudinal.

5.6 Modelo assistencial

Os atributos da APS, conforme mencionado nos tópicos anteriores, refletem-se em diversos outros aspectos do modelo assistencial e na maneira como se desenvolve na operadora. Essa categoria foi classificada em duas subcategorias: diferenciais do modelo e preço/custo.

Na subcategoria de diferenciais do modelo, 23 participantes (96%) mencionaram algum aspecto que envolve as características relacionadas ao Alfa-APS. Dos 12 clientes participantes, 7 relataram de forma positiva a existência de um médico de referência para cuidarem da saúde. A partir dessa percepção, ainda que alguns deles vejam o médico de referência como aquele que restringe, de certa maneira, o acesso ao especialista, é possível notar a importância dada ao mesmo.

Me falaram que o diferencial é que você tem um médico de família. (E01 – cliente)

[...] também tem a facilitação que você também só consulta com seu médico de família; então qualquer problema que você tiver, ele já tem conhecimento de outras coisas, então acho que tem um controle melhor. (E08 - cliente).

Ao todo, três clientes mencionaram, de forma negativa, a necessidade de se passar pelo médico de referência para se conseguir o atendimento com o especialista. Para esses clientes, quando há o conhecimento do médico que poderá atender determinada demanda, não se justifica passar antes pelo médico de referência.

[...] mas às vezes a gente quer um outro médico, um médico que você conhece, ele é da Alfa, mas não está dentro da cadeia Clínica Alfa-APS. (E02 – cliente)

Agora, fora isso, eu acho assim, toda vez que você precisar, você ter que vir aqui, deslocar prá vir aqui e depois, depois fazer o tratamento que seja é meio complicado... (E04 - cliente)

Os colaboradores relatam a questão do modelo sob diversas óticas, mas há três pontos a serem discutidos: o contexto da APS na saúde suplementar, a remuneração médica e as especialidades na cooperativa. O primeiro ponto é a questão da atenção primária na saúde

suplementar. Esse modelo, por ser relativamente novo exige, ainda, uma análise mais minuciosa quanto ao seu objetivo, sua conformação e seus aspectos regulatórios, que precisam ser discutidos em conjunto com a ANS. Ou seja, ainda que a literatura considere a APS uma estratégia de mudança do modelo assistencial com resultados importantes para o sistema de saúde, a operadora em estudo precisa refletir sobre a capilaridade do produto em sua carteira. Por ser apenas um produto, a APS ainda permanece limitada a um grupo de pessoas que aderem a esse modelo, de forma direta ou indireta, ao passo que se fosse uma estratégia de cuidado poderiam existir outras formas de se ter acesso à APS.

Não acho que ele funciona como um, efetivamente, nem como um produto de atenção primária nem como uma estratégia de atenção primária, ele funciona como um produto, uma porta de entrada pro sistema. (E15 – colaborador)

Então, o que que nós fizemos foi não restringir ao médico de família, chamando o clínico e chamando os pediatras e levando pro Alfa 1, né, que é o cliente principal da rede própria, princípios da atenção primária, procurando vincular, procurando principalmente vincular o médico ao seu cliente, mas ainda sem pensar numa carteira, fazendo aí um meio de campo entre a rede ampla e a atenção primária, trazendo pro Alfa 1 algumas coisas que nós aprendemos na atenção primária. (E20 – colaborador)

O segundo ponto é a questão da remuneração médica. Atualmente os médicos recebem por captação e desempenho, ou seja, há um valor fixo pela carteira mais uma parte variável em função dos resultados do conjunto dos clientes - entre esses indicadores é avaliada a ida ao PA e internações por condições sensíveis. Um dos colaboradores ressaltou a necessidade de se reavaliar os indicadores que compõem a parte variável da remuneração para apurar se, de fato, o que está sendo mensurado para fins de pagamento alinha-se aos resultados esperados.

Eu acho que uma coisa muito importante é o modelo de remuneração médica. A gente aqui tem um modelo de remuneração, dentro das clínicas Clínica Alfa-APS, que é por captação, e com um pedaço de remuneração variável por resultado. Acho que a gente precisa melhorar esse pedaço de indicadores por remuneração por resultado, acho que a gente precisa estudar um pouco melhor para que eles realmente motivem os médicos a atingirem aqueles resultados, porque remuneração por resultados é isso, isso dentro das clínicas. (E18 – colaborador)

O último ponto dessa primeira categoria é o alto grau de especialização dos médicos. Devido à natureza do negócio, uma cooperativa de trabalho médico, observa-se tendência em focar no trabalho dos especialistas, reforçando a concepção de um cuidado mais centrado nesse do que no generalista, constituindo um desafio a ser superado no fortalecimento da APS.

Mas isso é mais difícil de ser feito numa cooperativa, né, numa cooperativa de especialistas. (E24 – cooperado)

A segunda subcategoria identificada foi o custo-preço, mencionada por 11 (45%) dos participantes. Os clientes, ao todo 5, relataram que o custo menor, relativamente aos demais ofertados pela operadora, constituiu uma questão decisiva para a adesão ao produto.

É, vamos dizer que, das opções que eu tinha no momento, ela foi a mais acessível que eu tive. E foi a que eu tive, vamos dizer, uma melhor proposta e um custo-benefício. (E12 – cliente)

Os colaboradores reforçaram a questão da necessidade de se pensar no custo do sistema de saúde para fazer frente aos desafios da saúde suplementar. É preciso focar na questão da sustentabilidade ao formular as estratégias de oferta dos serviços de saúde. Dessa forma, o custo foi mencionado como questão importante para criação do produto Alfa-APS.

Bom, em tese, né, assim, em teoria, entendo, minha percepção, que um sistema de saúde baseado na atenção primária, ele consegue melhores resultados, ele é mais sustentável, do ponto de vista financeiro-econômico, prontamente ele é mais viável. (E24 – cooperado)

Dentre os principais aspectos relativos ao modelo que emergiram nas entrevistas, destaca-se o grande diferencial do produto - a existência de um médico de referência. No entanto, é preciso melhorar a comunicação e a atuação desse médico para que os pacientes entendam o funcionamento do modelo. Desafios importantes são a compreensão sobre como abordar a questão da APS no contexto de alta especialização presente na cooperativa e a remuneração médica.

5.7 Aspectos gerais

Essa categoria compreendeu o agrupamento de todas as respostas sobre os demais assuntos abordados, importantes para a compreensão da realidade investigada. De relevante, destacam-se as observações de três colaboradores sobre o Programa Cuidado por Inteiro, que objetiva atender os pacientes maiores de 60 anos em uma lógica multiprofissional, estabelecendo vínculo com a família, numa perspectiva longitudinal e mantendo alguns atributos da APS. Esse programa foi referido como sendo a iniciativa em que é possível encontrar mais práticas de APS fora do Alfa-APS.

Uma outra iniciativa que eu acho que traz um pouco de atenção primária é a Clínica Mais 60, em que o paciente que preenche os pré-requisitos para ir para lá, ele tem todo gerenciamento do cuidado dele ali dentro. A clínica é a responsável por ele, desde a parte alimentar, de fisioterapia e reabilitação, tem um médico, tudo que ele precisa, ele tem ali dentro. Então esse é um modelo que trabalha um pouco de atenção primária. Hoje eu vejo o Clínica Alfa-APS como 100% de atenção primária e a Clínica Mais 60 que é um modelo que traz essa lógica também” (E13 – colaborador)

Um ponto diverso e interessante presente nas respostas de outros participantes é a diferença entre o SUS e a saúde suplementar no que diz respeito à APS. O colaborador E20 menciona que no SUS a estratégia de saúde da família foi central para a consolidação do sistema público de saúde, ao passo que na saúde suplementar o movimento foi diferente, partindo da oferta de um catálogo de sub-especialistas para adesão dos clientes. É importante notar que essa diferença é muito importante quando se fala na maturidade em APS que temos no SUS e na saúde suplementar nos dias de hoje.

Bom, primeiro que no Sistema Único de Saúde a estratégia foi a estratégia de saúde da família, em que você tem equipes que, vamos dizer, que estão avançadas para fornecer acesso para a população. Então você tem as UBS como uma base, o modelo de vigilância e vinculação se estende ao domicílio quando necessário. Isso é um conceito diferente na saúde suplementar, que dá endereços, a lei diz que a gente tem que ter um catálogo com endereço, é bem distinto, para começar, esse Modelo. Segundo é que o sistema de saúde suplementar brasileiro teve uma formação cultural de profissionais com um excesso de subespecialidades médicas na oferta, com o fracionamento do sujeito, né, que você consegue ver isso claramente do adulto e não vê na pediatria por exemplo, onde esse movimento é um pouco menor. (E20 – colaborador)

Por fim, é importante referir a vinculação dos cooperados ao Alfa-APS. Dos cinco entrevistados três, com mais de quatro anos de vínculo com essa carteira de clientes, mencionam o interesse pelo modelo de atendimento proposto pelo Alfa-APS.

Na entrada da cooperativa, na época, interessava a gente, né, fazer parte da cooperativa, tá? Então eu fiquei na cooperativa muito tempo, trabalhei muito na urgência e trabalhei inclusive no Hospital da Alfa, mas quando teve oportunidade de passar para o Clínica Alfa-APS, eu achei interessante fazer o curso e depois fazer a entrevista, tá, que eu realmente gosto muito dessa atenção primária, tá? (E23 – cooperado)

5.8 Perspectivas de fortalecimento

O que se buscou, com esse trabalho, foi a compreensão de como os atributos essenciais propostos por Starfield (2001) são compreendidos em um serviço de atenção primária na saúde suplementar, a partir de um estudo de caso.

A partir dessa compreensão, inicia-se o levantamento de ações possíveis para fortalecer esses atributos, na perspectiva das condições e achados da pesquisa.

Em relação ao acesso, é relevante destacar a necessidade de discutir a localização das clínicas em relação ao local de residência ou trabalho dos clientes, ofertando condições de acesso mais propícias. Um caminho, talvez, seja formar de equipes de referência em locais que não necessariamente tenham a Clínica do Alfa-APS. É provável que essa estratégia proporcione um maior acesso aos clientes de suas equipes de referência, evitando deslocamentos maiores ou idas desnecessárias a unidades de pronto atendimento por eventuais dificuldades de acesso. É importante a realização de um diagnóstico preciso das residências e dos locais de trabalho dos clientes para avaliar as distâncias médias como forma de subsidiar a alocação de novas equipes.

Para fortalecer a coordenação do cuidado, é preciso considerar os mecanismos para um registro dos dados de saúde de forma efetiva, ou seja, o prontuário do paciente precisa trazer as informações completas e de forma organizada para possibilitar uma melhor decisão clínica. Essas informações devem estar disponíveis para toda a equipe para que as ações em saúde possam ser desenvolvidas de maneira ampla e pelos demais profissionais envolvidos. Além da decisão clínica, as informações de saúde devem possibilitar as ações dos gestores. Portanto, é preciso considerar os dados necessários para qualificar a tomada de decisão. É importante, ainda, criar condições para o compartilhamento de casos entre as equipes e, para tanto, a criação de um momento onde se discutam os casos com a construção coletiva de saber mostra-se como uma oportunidade de aperfeiçoamento da coordenação do cuidado. A busca ativa dos clientes com o objetivo de coordenar o cuidado é relevante, pois garante que as intervenções pela equipe possam ser feitas para melhorar o desfecho do processo.

A integralidade precisa ser mais bem estruturada e deve considerar o fortalecimento do vínculo entre profissionais e pacientes e familiares para que se construa confiança na capacidade de resolução das principais demandas do cliente em suas diversas fases da vida (criança, gestante, adultos e idoso).

O atributo da longitudinalidade deve ser aprimorado, já que interfere intensamente na composição da carteira e dos vínculos existentes entre beneficiários e operadora. Uma estratégia passível de ser adotada é a tentativa de manter o cliente vinculado a uma equipe, mesmo com a eventual mudança do plano.

O modelo assistencial abrange um número maior de questões que precisam ser avaliadas pela operadora. O primeiro aspecto refere-se à divulgação do produto Alfa-APS, seja para os clientes ou cooperados. A divulgação deve ser clara e realizada no primeiro contato compreendendo, no mínimo, o modelo desenvolvido na APS, a forma de trabalho das equipes, a remuneração, o acesso aos profissionais de saúde e as vantagens e desvantagens do plano. Essa primeira comunicação deve ser muito transparente, buscando alinhamento com as expectativas dos clientes.

Do ponto de vista da remuneração, é importante estudar melhorias na vinculação dos indicadores para avaliação dos resultados da APS. Além disso, é relevante considerar o envolvimento de todos os profissionais na remuneração variável, como forma de reforçar o engajamento das equipes.

Por fim, cabe atenção ao reforço do papel da equipe interdisciplinar na realização de ações com foco na prevenção e na promoção à saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho teve como objetivo compreender os atributos da Atenção Primária à Saúde, sob a ótica dos atributos essenciais, conforme definido por Starfield (2002), em uma operadora de plano de saúde em um município da região sudeste. Cabe lembrar esses atributos: acesso, coordenação do cuidado, integralidade e longitudinalidade. Para a busca desse objetivo foi usada a abordagem qualitativa, que permite compreender elementos subjetivos do objeto do estudo por meio da entrevista semiestruturada, com 25 pessoas classificadas em três grupos: clientes, cooperados e colaboradores.

Os atributos foram compreendidos sob a perspectiva dos diversos atores envolvidos com a APS e cada um foi percebido de uma forma e sob uma perspectiva, positiva, negativa ou neutra. Os clientes tendem a manifestar os atributos a partir da sua experiência no atendimento no plano Alfa-APS. Nesse caso a percepção do acesso é clara, porém os demais atributos foram fracamente percebidos, o que pode ser evidenciado pelas poucas respostas identificadas durante as entrevistas. Ainda que os clientes tenham feito poucos relatos sobre os demais atributos, as respostas dos colaboradores e cooperados trouxe riqueza de conteúdo que permite apontar pontos para aprimoramento e estratégias que podem ser implementadas para fortalecer os atributos do produto e gerar as repercussões necessárias para os grupos pesquisados.

Já os cooperados tendem a apontar questões voltadas para suas atividades diárias de atendimento e percepção do ambiente físico e institucional.

Por outro lado, os colaboradores referem-se a diversos elementos dos aspectos conceitual e gerencial das práticas nas quais estão inseridos.

A análise de como se organiza a atenção primária foi realizada com base nas respostas e nas percepções dos entrevistados, que fizeram observações diretas sobre cada um dos atributos essenciais. Os resultados analisados permitem a identificação de potencialidades e desafios na implantação de estratégias de organização para a atenção primária. Os principais desafios foram problematizados no Relatório Técnico de Ações de Fortalecimento da APS para Saúde Suplementar – RTAF – APS (APENDICE E). Trata-se de um resumo executivo de propostas de ações de fortalecimento da APS que se aplicam, não exclusivamente à realidade pesquisada, mas, de um modo geral, a outras operadoras que desejem implementar a atenção primária à saúde.

A literatura existente sobre o tema é escassa, sobretudo em estudos empíricos que buscam avaliar experiências de APS no contexto do sistema privado do mercado de seguros, tanto para o Brasil como para outros países. Especificamente em relação a experiências

nacionais, além das dificuldades de acesso a informações, a escassez de estudos pode estar associada às particularidades do nosso sistema de saúde, que se configura de forma complexa, tornando quase que singular sua existência. Por um lado, há o SUS, sistema de saúde universal, em que a APS tornou-se uma importante estratégia para melhorar o acesso aos serviços de saúde em todo território nacional, alinhada aos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Por outro há, aproximadamente, 25% da população brasileira coberta por planos de saúde cuja lógica operativa tende a seguir o mercado. Apesar de ser uma estratégia de baixo custo que permitiria melhorar o acesso dos beneficiários aos serviços de saúde, a melhor organização da APS choca-se contra um sistema que, por bastante tempo, adota uma assistência à saúde focada no modelo curativista, médico centrado e hospitalocêntrico. O desafio proposto está em romper com essa lógica no sistema de saúde suplementar para que se consiga efetivar a APS como estratégia central do cuidado, gerando os resultados necessários e mostrando-se eficiente e efetiva para todos os agentes envolvidos (clientes, operadora, prestadores de serviços e ANS, dentre outros).

Esse estudo contribui para entender melhor os desafios da implementação, em uma operadora privada de saúde, de um produto inovador, que objetiva desenvolver um modelo de atenção focado na APS. Os resultados encontrados permitiram a proposição do Relatório Técnico de Ações de Fortalecimento da APS para Saúde Suplementar, que possibilitará avançar a discussão na saúde suplementar no Brasil. No entanto, fica evidente a necessidade de se preencher diversas lacunas ainda presentes nessa literatura. Uma primeira questão, que precisa ser amplamente discutida em várias esferas, é o papel da APS na saúde suplementar. A partir das entrevistas realizadas, foi possível perceber que parte dos entrevistados tende a pensar que a APS só deve ser estruturada para conter custos e contribuir para a sustentabilidade do sistema de saúde - que está muito comprometido e requer mudanças estruturais na forma com que provê os serviços de saúde. Outras pessoas tendem a justificar a APS como forma de mudar o modelo assistencial vigente para uma proposta inovadora que considere o cliente o centro da atenção, a partir de um cuidado qualificado, integral e longitudinal. Na prática essa questão ainda precisa ser muito discutida para que os resultados da implementação efetiva de um APS sejam efetivos.

Constituíram limitações desse trabalho a realização da pesquisa em apenas uma das clínicas, o que não nos permite generalizar os resultados nem, tampouco, fazer comparações entre elas. Essa limitação foi conhecida e assumida durante todas as fases da pesquisa e ficou mais clara quando da coleta de dados, pois alguns participantes apontaram para eventuais diferenças entre as clínicas.

Os resultados encontrados mostram que estão presentes, ainda que de forma incipiente, todos os atributos essenciais na operadora estudada. Por outro lado, é preciso investir em ações específicas para tornar a APS uma estratégia de cuidado, ao invés de apenas um produto com uma rede de atendimento mais restrita em que o cliente, obrigatoriamente, precise acessar o médico de referência para consultar com outros especialistas. Por outro lado, os clientes e cooperados especialistas precisam vislumbrar os potenciais ganhos da implementação da APS na saúde suplementar e envidar esforços nesse sentido. Frente aos desafios postos para o sistema de saúde (transição epidemiológica e demográfica, custos na área de saúde, novas tecnologias, crescimento das doenças crônicas), os estudos têm mostrado que a APS é capaz de gerar resultados satisfatórios sobre o custo do sistema e da saúde das pessoas.

No contexto pesquisado, há muito o que se estudar já que em mais de 7 anos da declaração explícita sobre o foco da APS, poucos trabalhos acadêmicos foram desenvolvidos. Ainda é fundamental discutir a APS no contexto da saúde suplementar propondo, inclusive, outras abordagens de estudo e análise com foco no custo, eficiência e efetividade.

REFERÊNCIAS

ALVES, D. C; UGÁ, M. A. D; PORTELA, M. C; Promoção da saúde, prevenção de doenças e utilização de serviços: avaliação das ações de uma operadora de plano de saúde brasileira. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, 24 (2): 153-161, 2016

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Manual Técnico para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2011

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Manual de diretrizes para o enfrentamento da obesidade na saúde suplementar brasileira**. Rio de Janeiro: ANS, 2017.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Laboratórios de inovação sobre experiências em atenção primária na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2018.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Dados e indicadores do setor**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>> Acesso em: 9 jun. 2019a.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Histórico**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/historico>> Acesso em: 9 jun. 2019b.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**: edição revista e ampliada. São Paulo, Edições 70, 2016.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 4 jun. 1998a.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica nº 01/91. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica nº 01/93. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica nº 01/96. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica nº 01/01. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool (PCATOOL)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010

BRASIL. Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 29 jun. 2011.

CECCON, R. F.; MENEGHEL, S. N.; VIECILI, P. R. N. Hospitalization due to conditions sensitive to primary care and expansion of the Family Health Program in Brazil: an ecological study. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 17(4): 968-977, 2014.

D'AVILA, O. P. O uso do Primary Care Assessment Tool (PCAT): uma revisão integrativa e proposta de atualização. **Ciênc. saúde coletiva** vol. 22 nº. 3, Rio de Janeiro 2017.

FGV. CPDOC - Anos de Incerteza (1930 - 1937) > Institutos de Aposentadoria e Pensões. Disponível em: <<https://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/AEraVargas1/anos30-37/PoliticaSocial/IAP>> Acesso em: 21 dez. 2019

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(1):17-27, jan. 2008.

GUANAIS, F.; MACINKO, J. Primary care and avoidable hospitalizations: evidence from Brazil. **The Journal of Ambulatory Care Management**, 32(2): 115-122, 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo.html?view=noticia&id=3&idnoticia=1766&busca=1&t=censo-2010-populacao-brasil-190-732-694-pessoas>> Acesso em: 18 jun. 2019

INSTITUTE OF MEDICINE. Defining primary care: an interim report. **The National Academies Press**. Washington, 1994.

KELES, F. F. **Mudanças demográficas no Brasil e sustentabilidade dos Planos de Saúde** – Belo Horizonte, Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais [Tese de Doutorado], 2013, 220 p.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**. vol. 20, n. 4, p.867-874, 2011

MACINKO J, *et al.* The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970-1998. **Health Services Research**, 38:819-853, 2003.

MALTA, D. C. *et al.* Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(2):433-444, 2004.

MATTOS. Biblioteca Prof. Paulo de Carvalho Mattos/UNESP. **Tipos de Revisão da Literatura**. 2015. Disponível em: <https://www.fca.unesp.br/Home/Biblioteca/tipos-de-revisao-de-literatura.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2019

MENDES, E. V. **A construção social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, 2015.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 549 p., 2ª ed, 2011.

MENDONÇA, C. S.; NEDEL, F. B.; BATISTA, S. R.; MEDINA, M. G. A Utilização do Indicador Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Brasil. In: MENDONÇA, M. H. M.; MATTA, G. C.; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L. **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

MOURA, B. L, A. *et al.* Principais causas de internação por condições sensíveis à Atenção Primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, 10, supl. 1: s83-s91, 2010.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 66 (esp):158-64, 2013.

PAIZ, C. J. *et al.* Mortalidade infantil e serviços de Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre (RS), Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 13, n. 40, p. 1-13, jul. 2018.

PIETROBON, L.; PRADO, M. L.; CAETANO, J. C. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v.18 nº. 4, 2008.

SALTAM, R. S. Primary care in the driver's seat? Organization reform in European primary care. **European Observatory on Health System and Policies**. Open University Press/Mc Graw Hill, 2006.

SHI, L.; STARFIELD, B.; XU, J. Validating the adult primary care assessment tool. **J Fam Pract**, 50(2):161-164, 2001.

SILVEIRA, L. S; **Prevenção de doenças e promoção da saúde: diferenciais estratégicos na conjuntura da saúde suplementar** – Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz, [Dissertação de Mestrado], 2004, 112 p.

SOUZA, D. K.; PEIXOTO, S. V. Estudo descritivo da evolução dos gastos com internações hospitalares por condições sensíveis à Atenção Primária no Brasil, 2000-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 26(2): 285-294, 2017.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/ Ministério da Saúde, 726 p., 2002.

STARFIELD, B. Measuring consumer experiences with Primary Care. **Pediatrics**, 105(4 Pt 2):998-1003, 2000.

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

WALSH, J.; WARREN, K. S. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. **N. Engl J Med**, 301:967-974, 1979.

APENDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM COLABORADORES

Dados socioeconômicos

Sexo: () Masculino () Feminino

Cargo: _____

Formação: _____

Tempo na Alfa: _____ Tempo de contato com o Alfa-APS: _____

Experiência prévia com APS: () Sim () Não

Se sim, onde? _____

Questões norteadoras

- 1 Relate, como colaborador da Alfa, sua experiência na atenção primária.
- 2 Como você acha que a atenção primária pode ser fortalecida?
- 3 Você gostaria de fazer alguma consideração pertinente à atenção primária à saúde ou cuidados primários à saúde no contexto da Alfa que não foram abordadas anteriormente?

Check-list:

- () Acesso
- () Longitudinalidade
- () Coordenação do Cuidado
- () Integralidade
- () Boas práticas
- () Desafios
- () Modelo assistencial

APENDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM COOPERADOS

Dados socioeconômicos

Sexo: () Masculino () Feminino

Especialidade: _____

Cargo que ocupa: _____

Tempo na Alfa: _____ Tempo de contato com o Alfa-APS: _____

Experiência prévia com APS: () Sim () Não

Se sim, onde? _____

Questões norteadoras

- 1 Como foi o processo de vinculação como cooperado para atendimento aos clientes do Alfa-APS?
- 2 Por que você acha que a cooperativa desenvolveu esse produto? Você acha que o objetivo está sendo atingido?
- 3 Você identifica boas práticas ou oportunidades de melhoria no modelo adotado pela Alfa?
- 4 Você gostaria de fazer alguma consideração pertinente à atenção primária à saúde ou aos cuidados primários à saúde no contexto da Alfa que não foram abordadas anteriormente?

Check-list:

- () Acesso
- () Longitudinalidade
- () Coordenação do Cuidado
- () Integralidade
- () Boas práticas
- () Desafios
- () Modelo assistencial

APENDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM CLIENTES

Dados socioeconômicos

Sexo: () Masculino () Feminino

Profissão: _____

Tempo de contato com o Alfa-APS: _____

Tempo de contato com outros produtos: _____

Tempo estimado da última ida à Clínica Alfa-APS ou do contato de algum profissional da Clínica _____

Questões norteadoras

- 1 Como você se tornou cliente do Alfa-APS?
- 2 Como você é atendido pelo médico e demais profissionais da Clínica Alfa-APS?
- 3 (Caso tenha tido contato com outros produtos) Você vê diferença entre o seu plano atual e outros que já teve na Alfa? Se sim, quais?
- 4 Por que você acha que a Alfa criou esse produto?
- 5 Fale-me mais da sua experiência enquanto cliente do Alfa-APS. Fique à vontade para relatar tudo que desejar.

Check-list:

- () Acesso
- () Longitudinalidade
- () Coordenação do Cuidado
- () Integralidade
- () Boas práticas
- () Desafios
- () Modelo assistencial

APENDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa ***“ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE SUPLEMENTAR: compreendendo os atributos essenciais em uma operadora de plano de saúde na região sudeste do Brasil”***, sob a responsabilidade do pesquisador Renato Rodrigues da Silva, sob orientação das Profa. Profs. Drs. Mônica Viegas Andrade e Kenya Valéria Micaela de Souza Noronha, da Universidade Federal de Minas Gerais.

A pesquisa tem o objetivo geral de avaliar as práticas dos serviços privados de atenção primária à saúde em alguns países do mundo e compará-las a uma operadora de plano de saúde no Brasil, neste caso, a Alfa. Para esta fase da pesquisa o(a) senhor(a) será convidado(a) a participar de uma entrevista para coleta de algumas informações sobre como entende a atenção primária na Alfa sob diversas perspectivas. O áudio da entrevista será gravado em meio digital, com a utilização de um aparelho celular. As gravações serão transcritas com a utilização de um programa de computador. Todo material ficará armazenado em local seguro, sob a responsabilidade do pesquisador e disponível para eventuais consultas por um período de 5 anos. Será garantido o sigilo e o anonimato das informações/opiniões emitidas pelo(a) senhor(a).

A qualquer momento dessa investigação, caso não seja mais de seu interesse a participação nessa pesquisa, haverá possibilidade de retirar esse consentimento, deixando de participar do estudo, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo. Ressaltamos que durante a participação, o(a) senhor(a) terá como possível risco o vazamento do conteúdo da pesquisa e o constrangimento de estar participando de uma pesquisa caso seja funcionário da operadora em que o estudo está sendo realizado. Para minimizar os riscos levantados, a entrevista não terá o seu nome gravado e os dados ficarão em posse do pesquisador, não sendo compartilhados com nenhuma outra pessoa.

Rubrica Pesquisador

Rubrica Participante

O(A) senhor(a) poderá manifestar seu desconforto ao pesquisador, pessoalmente ou através do telefone abaixo indicado, para as devidas providências. A participação na pesquisa lhe proporcionará benefícios como o desenvolvimento de uma atenção primária mais efetiva, que agregue valor às partes interessadas e garanta uma experiência melhor com o serviço de saúde. Os resultados da pesquisa serão publicados na forma de trabalhos e artigos divulgados em eventos e revistas científicas. Sob nenhuma hipótese os nomes dos participantes serão revelados e qualquer divulgação irá considerar os dados anônimos, garantindo o sigilo e a proteção de todos os participantes.

Se o(a) senhor(a) aceitar o convite para participar da pesquisa, esclarecemos que não está previsto pagamento por esta participação, como também não haverá nenhuma despesa financeira ao senhor(a).

No caso de dúvidas, a qualquer momento, o(a) senhor(a) poderá ser esclarecido(a) diretamente com o pesquisador responsável ou entrando em contato com o Comitê de Ética em Pesquisas da UFMG.

Caso concorde em participar, uma via original desse Termo de Consentimento assinada será entregue ao senhor(a).

Eu, _____ abaixo assinado e identificado(a), fui esclarecido(a) sobre a pesquisa e tive todas as minhas dúvidas sanadas. Estou ciente que a minha participação depende de minha livre adesão, sendo que durante o processo da pesquisa, poderei retirar meu consentimento, caso opte por isso. Estando ciente de todos os esclarecimentos acima, aceito participar desta pesquisa, assinando o presente termo, também assinado pelo pesquisador.

Belo Horizonte, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) participante da pesquisa

Assinatura do Pesquisador

Identificação do Pesquisador

Renato Rodrigues da Silva

Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

Telefone: (31) 98723-5185

E-mail: renatocolega@gmail.com

Identificação do Comitê de Ética

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais

AV. Presidente Antônio Carlos, 6627, Pampulha - Belo Horizonte - MG

CEP 31270-901

Unidade Administrativa II - 2º Andar - Sala: 2005

Telefone: (031) 3409-4592 - E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Horário de atendimento: 09:00 às 11:00 / 14:00 às 16:00

Rubrica Pesquisador

Rubrica Participante

APENDICE E - RELATÓRIO TÉCNICO DE AÇÕES DE FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – RTAF APS

INTRODUÇÃO: Esse relatório é um produto técnico realizado durante o Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal de Minas Gerais. O produto técnico é também uma exigência da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) para os cursos de mestrados profissionais. O objetivo de um relatório técnico é oferecer um produto de fácil acesso para consulta das instituições, gestores e sociedade com o objetivo explícito de conectar as atividades realizadas no âmbito da universidade com os serviços.

METODOLOGIA: O trabalho de investigação foi realizado em uma operadora de plano de saúde em um município da região sudeste sendo que os achados, ainda que específicos, podem ser os mesmos de outras realidades. Foram ouvidas 25 pessoas dos seguintes grupos: clientes, colaboradores e cooperados. A base do trabalho foi o estudo proposto por Bárbara Starfield em 2020 e considera os atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde.

AÇÕES DE FORTALECIMENTO: Com base nos resultados encontrados, foram indicadas algumas ações que podem ser avaliadas ou realizadas a fim de potencializar as ações da atenção primária à saúde no contexto de uma operadora de plano de saúde. Em que pese o estudo ter sido realizado em uma cooperativa, grande parte das ações podem ser efetivadas em operadoras de outros segmentos bastando, nesse caso, uma avaliação de diagnóstico minuciosa e eventuais ajustes na implementação.

ATRIBUTO/CATEGORIA	AÇÕES INDICADAS
Acesso	1. Avaliar a localização das pessoas e a proximidade com o local de atendimento de referência. 2. Avaliar a oferta de médicos e equipes de referência para atendimento aos clientes em local próximo à sua residência ou local de trabalho
Coordenação do cuidado	1. Implementar mecanismo claro, simples, objetivo e obrigatório para registro dos dados de saúde e condutas

	dos profissionais, nos casos de atendimento de profissionais não médicos e de especialistas. 2. Oportunizar condições claras para o compartilhamento de casos, tele consulta e suporte com outros profissionais de saúde. 3. Realizar a busca ativa de todos os clientes com a utilização de sistemas de informação que possibilitem um acompanhamento do cliente pela rede de serviços de saúde que eventualmente venha utilizar.
Integralidade	1. Fortalecer o vínculo entre profissionais e pacientes ou familiares para geração de confiança no atendimento e na capacidade de resolução das principais demandas. 2. Criar e facilitar condições para que o médico de referência seja capaz de executar procedimentos de baixa complexidade ambulatorial.
Longitudinalidade	1. Estruturar mecanismo para que os clientes de outros planos possam ser cuidados por equipes de referência.
Modelo assistencial	1. Divulgação clara, precisa e rotineira sobre o modelo de atenção focado em APS para clientes, colaboradores e cooperados, explicitando as principais diferenças entre os planos tradicionais, benefícios e acesso aos serviços de saúde. 2. Alinhar o modelo de remuneração aos resultados que se pretendem alcançar. 3. Fortalecer o papel da equipe multidisciplinar no cuidado, com foco em ações de prevenção e promoção à saúde.

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE SUPLEMENTAR: compreendendo os atributos essenciais em uma operadora de plano de saúde [REDACTED]

Pesquisador: Mônica Viegas Andrade

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 27707019.3.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.900.900

Apresentação do Projeto:

O estudo "ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE SUPLEMENTAR: compreendendo os atributos essenciais em uma operadora de plano de saúde [REDACTED]" se trata de um projeto de pesquisa e de dissertação de mestrado do programa de Pós-Graduação em Economia, desenvolvido pelo pesquisador RENATO RODRIGUES DA SILVA e orientado pelas professoras Kenya Valeria Micaela de Souza Noronha e Mônica Viegas Andrade, ambas do departamento de Economia da UFMG. O pesquisador Renato informa que possui experiência como Gestor de Serviços de Saúde.

Segundo o projeto, a atenção primária à saúde pode ser compreendida como primeiro nível de atenção dentro de um sistema de saúde (atividades clínicas de baixa densidade tecnológica, mas com potencial de impacto na saúde das populações). Os estudos atuais evidenciam que a atenção primária deve orientar o modelo assistencial nos sistemas de saúde e deve ser pautada nos atributos essenciais que são: acesso, longitudinalidade, coordenação, integralidade (Starfield, 2002) e nos atributos derivados: orientação familiar, comunitária e competência cultural. No Brasil, a Atenção Primária à Saúde foi desenvolvida, inicialmente, no Sistema Único de Saúde a partir de 1994, no entanto, no setor privado a discussão sobre essa temática é relativamente recente. Tanto a justificativa para o trabalho, quanto às hipóteses encontram-se plenamente embasadas pela literatura na Brochura do projeto.

Segundo o projeto, o atual modelo de atenção à saúde apresenta sinais de que não está preparado

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 3.900.900

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1477350.pdf	02/01/2020 19:38:10		Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto_face.pdf	02/01/2020 19:37:32	Mônica Viegas Andrade	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_dissertacao_Renato.pdf	10/12/2019 18:54:39	Mônica Viegas Andrade	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_dissertacao_renators.pdf	10/12/2019 18:54:31	Mônica Viegas Andrade	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_dissetacao_Monica_Renato.docx	10/12/2019 18:54:22	Mônica Viegas Andrade	Aceito
Outros	aprovacao_camara_economia.pdf	10/12/2019 18:52:56	Mônica Viegas Andrade	Aceito
Declaração de Pesquisadores	compromisso_pesquisador_Monica.pdf	10/12/2019 18:52:33	Mônica Viegas Andrade	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia_ [REDACTED]	10/12/2019 18:52:24	Mônica Viegas Andrade	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 05 de Março de 2020

Assinado por:
Críssia Carem Paiva Fontainha
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

ANEXO B - CARTA DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL – ALFA**CARTA DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL**

Projeto de pesquisa: ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE SUPLEMENTAR:
compreendendo os atributos essenciais em uma operadora de plano de saúde [REDACTED]

Instituição: FACE/EENF/UFMG

Pesquisador Responsável: Mônica Viegas Andrade

Declaramos para os devidos fins, que cederemos a Professora Mônica Viegas Andrade o acesso à [REDACTED] para realização da pesquisa supracitada. A Professora orienta o aluno Renato Rodrigues da Silva em conjunto com a Professora Kenya Noronha, e ambos estão autorizados pela [REDACTED] a darem andamento à pesquisa.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a mesma a utilizar os dados dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar o estudo a pesquisadora deverá apresentar o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Belo Horizonte, 09 de dezembro de 2019.

Nome legível do responsável [REDACTED]

Assinatura/carimbo do responsável [REDACTED]