

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA - EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

THUANY KÜSTER WILL

DESAFIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Vitória, ES

2020

THUANY KÜSTER WILL

DESAFIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre.

Área concentração: Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local.

Linha de pesquisa: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais.

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a. Maristela Dalbello-Araujo.

Vitória, ES

2020

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

Will, Thuany Küster.
W664d Desafios da atenção primária na saúde suplementar / Thuany
Küster Will. - 2020.
72 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Maristela Dalbello-Araujo.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento
Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia
de Vitória, EMESCAM, 2020.

1. Atenção primária à saúde. 2. Saúde suplementar. 3. Serviço
de saúde. I. Dalbello-Araujo, Maristela. II. Escola Superior de
Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM.
III. Título.

CDD 614

THUANY KÜSTER WILL

**DESAFIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE
SUPLEMENTAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 05 de março de 2020.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr^a Maristela Dalbello-Araujo
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM (Orientadora)

Prof.^a Dr^a Maria Carlota de Rezende Coelho
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM

Prof.^a Dr^a Flavia Batista Portugal
Universidade Federal do Espírito Santo- UFES

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus. Que cumpre dia a dia suas promessas na vida dos seus filhos. E para quem vivo e dedico tudo o que sou e tenho. Porque Dele e por Ele são todas as coisas.

Ao Amor da Minha Vida, Rodrigo. Que cuida de tudo com zelo e amor. Ele é merecedor de toda felicidade do mundo.

Minha mãe que sempre fez o impossível para que eu alcançasse os meus sonhos e nós sabemos quantas lágrimas foram derramadas. Ela é minha inspiração de vida.

A minha família que é minha raiz, minha essência e minha estrutura. Eu o amo e admiro.

À Professora Maristela, pelas orientações que foram muito além dos limites acadêmicos. Muito obrigada por contribuir para meu crescimento, pela paciência, pelo cuidado e por confiar a mim o resultado desse trabalho.

Aos meus superiores, ao Dr^o Paulo Do Bem e a minha empresa por confiarem em mim e por contribuírem para o resultado deste trabalho.

Aos meus colegas de trabalho que vivenciam comigo as dores e delícias dessa experiência. Obrigada por estarem comigo nesta caminhada e por me apoiarem com apreço.

Colegas de mestrado, grata sou pelas contribuições e por todo apoio que foram essenciais na minha trajetória. Em especial Karolyne, Rayssa, Raquel, Rachel, Elis e Klindia.

Aos participantes da pesquisa que confiaram a mim suas vivências e possibilitaram a realização do estudo.

A todos que de forma direta ou indireta contribuíram para a realização deste mestrado.

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é um conceito sólido que tem como função organizar o sistema de saúde a fim de mantê-lo eficiente. Por isso, a Agência Nacional de Saúde (ANS) publicou o Programa de Certificação de boas práticas em Atenção Primária em 2019 e algumas operadoras de saúde suplementar aderiram aos ideais desse modelo de saúde. Este estudo teve como objetivo analisar a implantação do modelo de Atenção Primária à Saúde praticada por uma operadora de saúde suplementar da região Sudeste. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa realizada por meio de revisão de literatura, análise documental e entrevista com contratantes dessa modalidade de plano de saúde. A revisão integrativa visou descrever os princípios que a Atenção Primária tem assumido na literatura especializada nos últimos cinco anos e confirmou que os atributos da APS se mantêm desde sua criação, sendo estes: acesso, a longitudinalidade, a integralidade e coordenação. A análise documental buscou descrever as diretrizes da Atenção Primária implantadas pela Operadora que evidenciou a estruturação de: equipe de referência, unidades de atendimento, carteira de clientes, preparo da equipe médica, protocolos clínicos, sistema específico e prontuário compartilhado. Foram realizadas dez entrevistas semiestruturadas com os gestores de empresas contratantes do plano de saúde com a finalidade de analisar sua percepção sobre esse modelo de Atenção à Saúde. As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo e apontaram como pontos positivos: um melhor acompanhamento do profissional médico, o prontuário único com o histórico de saúde, ações de prevenção e promoção de saúde, menor custo assistencial e absenteísmo. Como aspectos negativos destacaram: a presença do médico de referência, dificuldade encaminhamento para especialista, a cobrança de coparticipação e o desconhecimento geral sobre o funcionamento e do formato do plano. Conclui-se que as dificuldades encontradas no funcionamento da APS são semelhantes nos setores públicos e privados.

Palavras chaves: Atenção Primária à Saúde, Saúde Suplementar, Serviço de Saúde

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) is a solid concept, whose function is to organize the health system in order to keep it efficient. For this reason, the National Health Agency (ANS) published the Certification Program for good practices in Primary Care in 2019 and some supplementary health operators adhered to the ideals of this health model. This study aimed to analyze the implementation of the Primary Health Care model practiced by a supplementary health operator in the Southeast region. This is a qualitative research carried out through literature review, document analysis and interview with contractors in this type of health plan. The integrative review aimed to describe the principles that Primary Care has assumed in the specialized literature for the past five years and confirmed that the attributes of PHC have remained since its creation: access, longitudinally, integrality and coordination. The documentary analysis sought to describe the Primary Care guidelines implemented by the Operator that evidenced the structuring of: reference team, service units, client portfolio, and preparation of the medical team, clinical protocols, specific system and shared medical record. Ten semi-structured interviews were conducted with managers of companies contracting the health plan in order to analyze their perception of this Health Care model. The interviews were subjected to content analysis and pointed out as positive points: better monitoring by the medical professional, the unique medical record with health history, prevention and health promotion actions, lower health care costs and absenteeism. As negative aspects, they highlighted: the presence of the reference doctor, difficulty referring to a specialist, charging for co-participation and general ignorance about the plan's operation and format. It is concluded that the difficulties encountered in the functioning of PHC are similar in the public and private sectors.

Keywords: Primary Health Care, Supplemental Health, Health Services

LISTA DE SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

BBO - Bibliografia Brasileira de Odontologia

BDEF - Base de dados de Enfermagem

CVSP – Campos Virtual em Saúde Pública

ESF – Estratégia da Saúde da Família

DECS - Descritores em Ciências da Saúde

DP - Departamento de pessoal

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE - Medical Literature Analyses and Retrieval System on-line

OMS – Organização Mundial da Saúde

RH - Recursos Humanos

RN – Resolução Normativa

SCIELO - Scientific Eletronic Library Online

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

PCATool - Primary Care Assessment Tool

TCLE - Termo de Consentimento Livre Esclarecido

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 6 |
| 2 ATENÇÃO PRIMÁRIA NOS DIAS ATUAIS | 9 |
| 3 OBJETIVOS | 20 |
| 3.1 OBJETIVO GERAL | 20 |
| 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 20 |
| 4 METODOLOGIA | 21 |
| 4.1 ANÁLISE DOCUMENTAL | 21 |
| 4.2 ENTREVISTAS COM OS GESTORES QUE CONTRATAM ESTE TIPO DE PLANO..... | 24 |
| 4.3 TRATATIVA DAS ENTREVISTAS | 25 |
| 5 A ATENÇÃO PRIMÁRIA IMPLANTADA EM UMA OPERADORA DE SAÚDE SUPLEMENTAR | 27 |
| 6 PERCEPÇÕES SOBRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE SUPLEMENTAR | 34 |
| 6.1 AS DIFERENÇAS ENTRE O PLANO TRADICIONAL E O NOVO PLANO..... | 35 |
| 6.2 PERCEPÇÕES NEGATIVAS..... | 38 |
| 6.3 PERCEPÇÕES POSITIVAS..... | 42 |
| 6.4 MOTIVO DA TROCA DE PLANO..... | 47 |
| 6.5 OUTRAS CONTRIBUIÇÕES..... | 47 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 50 |
| REFERÊNCIAS | 53 |
| APÊNDICES..... | 62 |
| ANEXOS | 70 |

1 INTRODUÇÃO

Em diversos países do mundo observa-se que os profissionais de saúde tendem a se tornar cada vez mais especializados, fragmentando o cuidado com enfoque nas enfermidades específicas ao invés da saúde geral das pessoas e comunidades. Dessa forma, um sistema de saúde, orientado pela subespecialidade, exige mais recursos que a Atenção Básica, porque é enfatizado no desenvolvimento e no uso de tecnologias caras para tratar a pessoa enferma e não para dar ênfase aos programas de prevenção de enfermidades ou redução do desconforto causado pelas doenças mais comuns e sem risco à vida (STARFIELD, 2002).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o nível do sistema de saúde que oferta a porta de entrada nesse sistema e, a cada necessidade ou problema, oferece atenção à pessoa em todas as suas condições e necessidades. A APS é responsável por abordar o que é mais comum nas comunidades e nas pessoas e integra as questões de saúde quando há mais de um problema a ser tratado. Ela lida com o contexto no qual o indivíduo está inserido (STARFIELD, 2002).

Tendo em vista os atributos da APS, em 2019, a Agência Nacional de Saúde (ANS) instituiu o programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde, isto ocorre após a publicação da Resolução Normativa (RN) 440 de dezembro de 2018. Essa RN institui o programa de certificação com o objetivo de propor um modelo de reorganização da porta de entrada no sistema de saúde com base nas diretrizes da APS e, tem em vista cativar a mudança do modelo de atenção à saúde atual e de remuneração do sistema.

Atrelado a isso, vivencia-se a mudança do perfil populacional em relação as doenças crônicas não transmissíveis, envelhecimento populacional (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016) e o crescimento da saúde suplementar nas regiões industrializadas (PAIM et al., 2011). Ademais, há a insurgência dos planos de saúde privados e, as empresas, hoje, incluem em seus benefícios ao colaborador contratado a vantagem de possuir um plano de saúde “pago”.

Grande parte destes seguros e planos de saúde privados são providos por empresas comerciais e, está concentrado, em massa, na região Sudeste. Estes planos de assistência são oferecidos pelos empregadores (público e privado) como benefício com diferentes níveis de livre escolha de prestadores de assistência à saúde (PAIM et al., 2011). De acordo com a Agência Nacional de Saúde (ANS), ao final do primeiro trimestre de 2019, havia 47,1 milhões de vínculos de beneficiários da saúde suplementar a planos de assistência médica com ou sem odontologia e, em comparação com o fechamento do ano de 2018, houve redução de 196,4 mil vínculos no segmento médico-hospitalar (BRASIL, 2019).

Já o Sistema Único de Saúde (SUS), considerado o maior sistema público de saúde com cobertura universal no mundo, presta atendimento a mais de 70% da população brasileira, ou seja, aproximadamente 160 milhões de pessoas dependem exclusivamente deste sistema (BRASIL, 2018).

A regulamentação do SUS se deu através da Lei 8.080 de 19 de setembro 1990 que dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização dos serviços públicos, privados, contratados ou conveniados ao SUS obedecendo aos princípios da universalidade, integralidade e equidade. A implantação do modelo de Atenção Primária, no Brasil, se deu na saúde pública através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), iniciada em 1994 e que ganhou força a partir de 1996 com a Operacionalização da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS).

Segundo conversas informais por parte da operadora em análise, foi no ano de 2013 que começaram essas atividades na própria operadora, sendo esta a primeira a utilizar este modelo de plano, ou seja, esta iniciou a comercialização de um plano de saúde inspirado na Atenção Primária à Saúde, sendo considerada uma das pioneiras na implementação desse modelo de atenção à saúde no segmento. Sua trajetória tem início em 2008 quando a operadora visitou um consórcio americano e iniciou as discussões e o desenho do projeto e, em 2012 deu início a capacitação médica para implantar os serviços de APS. Atualmente a operadora possui cerca de quarenta e cinco mil beneficiários inclusos neste plano de saúde. Seus clientes são empresas que atuam em diversos segmentos: lojas, farmácias, supermercados,

indústrias de diversos segmentos, operadora de telemarketing, prestadoras de serviços entre outros.

O interesse em desenvolver esta pesquisa se originou do contexto da autora deste trabalho que trabalha no serviço e vivencia os cenários da APS neste setor. A convivência diária com os beneficiários e com as contratantes trouxe à luz reflexões e o anelo em responder as questões: “Como esse modelo de saúde foi implantado e como este é vivenciado pelos envolvidos? ”.

Certamente o assunto é de interesse público e social, uma vez que não encontramos diversidade de trabalhos publicados neste contexto. Para mais, os benefícios da Atenção Primária estão descritos na literatura há décadas e a compreensão deste contexto poderá ampliar conhecimento e fortalecer a qualidade dos serviços de saúde dos envolvidos.

O estudo foi realizado abordando documentos e opiniões sobre uma Operadora de Saúde Suplementar localizada na região sudeste do Brasil e classificada como uma operadora de grande porte. Tal operadora é uma das pioneiras no atendimento nos moldes da APS e conta com um número significativo de contratantes sob esta modalidade de atendimento.

2 ATENÇÃO PRIMÁRIA NOS DIAS ATUAIS

A Atenção Primária à Saúde (APS) teve sua ideia descrita pela primeira vez em 1920 no Relatório Dawson. Esse relatório propunha uma forma de organização dos sistemas nacionais de saúde e a reestruturação do modelo de atenção à saúde da Inglaterra em diferentes níveis de complexidade. Os Centros de saúde primários deveriam resolver a maior parte dos problemas de saúde da população e, também, funcionar como porta de entrada para o sistema de saúde que estaria vinculado aos centros de saúde secundários e hospitais de ensino (MINISTRY OF HEALTH, 1920).

Alguns movimentos ocorridos no mundo influenciaram a consolidação da APS, tais como a criação do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido e a adoção do médico generalista em 1948, a saúde materna infantil e a aparição das organizações de manutenção da saúde americanas que, de certa forma, contribuíram para a institucionalização da APS (MENDES, 2015). Em 1960 Cuba criou o Sistema Nacional de Saúde (SNS), dando o pontapé inicial para a primeira grande transformação no quadro de saúde desse país que, atualmente, detém taxas de saúde e educação iguais às de países desenvolvidos (DAL PRÁ, et al., 2015).

O fortalecimento da APS ocorreu após as décadas de 1960 e 1970, isto ocorre com a formulação da medicina integral e preventiva que se propunha estar mais próxima do ambiente sociocultural dos indivíduos e, dessa forma, constituir um ambiente propício para a realização de prevenção de doenças. A partir de então, a APS tem adquirido significados distintos a depender da cultura, dos constrangimentos econômicos e sociais e dos diferentes momentos vivenciados pelos sistemas de atenção à saúde (FAUSTO; MATTA, 2007).

Desde então, a APS é apresentada como um modelo de atenção à saúde mais efetivo e assertivo de acesso à saúde, por mudar o enfoque curativo, hospitalar e individual para um modelo preventivo, coletivo e democrático. Diferentemente de como é descrita em alguns momentos - um modelo seletivo focado nas populações mais pobres -, sendo isto uma falácia, uma vez que o modelo é universal a todos (FAUSTO; MATTA, 2007).

O marco histórico da APS ocorreu em 1979, na conferência de Alma Ata. A Assembleia Mundial da Saúde definiu uma meta social, hoje conhecida como “Saúde para todos no ano 2000”, que desencadeou uma série de ações que repercutiram na ideologia da atenção primária. Logo depois, o consenso sobre “atenção primária à saúde” foi firmado e definido como:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (OPAS/OMS, 1979).

Sendo a APS um sistema de saúde sólido que tem como função organizar o sistema de saúde afim de mantê-lo eficiente, entende-se que seu funcionamento vem adotando diferentes delineamentos políticos, econômicos, sociais e culturais ao longo destes quase cem anos (STARFIELD, 2002).

Assim como em outros níveis de saúde, a atenção primária à saúde é responsável pela prevenção de doenças e promoção a saúde, tratamentos, reabilitações, diagnósticos e exames clínicos, qualidade e acesso aos serviços, potencializando a saúde e o bem-estar do indivíduo. A atenção primária não é um conjunto de atividades clínicas exclusivas, mas, de certa maneira, determina o trabalho de todos os níveis do sistema de saúde (STARFIELD, 2002).

Atualmente, quanto a modalidade, definição e caracterização da APS, autores utilizam a compreensão clássica de Starfield (2002): primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação, elementos estes que formam assim os atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde e, os atributos derivados são: Orientação familiar e orientação comunitária (PORTELA, 2017; ARAUJO et al., 2018; ROLIM et al., 2018; SHIMIZU; RAMOS, 2018).

Destaca-se que, grande parte dos estudos sobre APS, no Brasil, utilizam uma ferramenta de análise para caracterizar a Atenção Primária à Saúde, o PCATool – do Inglês *Primary Care Assessment Tool*, este tem sua versão adaptada e validada no Brasil por Harzheim et al. (2006). Essa ferramenta foi elaborada por Malouin, Starfield, Sepulveda (2009), pela Johns Hopkins University, entre os anos de 1997 e 2001, para adquirir informações e características práticas e operacionais (de estrutura e processo) relacionadas à APS, ou seja, detectar a presença dos atributos da atenção primária através de versões para abordagem aos profissionais de saúde envolvidos diretamente na assistência, para usuários adultos e para acompanhantes de crianças (LINS et al., 2016).

O PCATool é validado e utilizado em outros países como Canadá, Estados Unidos, China Espanha, Argentina e, no Brasil em cidades como Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Curitiba e Florianópolis (VIDAL et al., 2018). Em sua versão validada no Brasil é composto por questões com respostas na escala de Likert com escore de 1 a 4 para cada elemento que compõe o atributo, sendo estes: com certeza sim (4); provavelmente sim (3); provavelmente não (2); com certeza não (1), agrupados em: a) estrutura: longitudinalidade - grau de afiliação com serviço de saúde; acesso de primeiro contato – acessibilidade; coordenação – sistema de informações; integralidade – serviços disponíveis; b) processo: acesso de primeiro contato – utilização; longitudinalidade; coordenação – integração de cuidados; integralidade – serviços prestados.

2.1 ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO

Esta noção é explicitada como: o Serviço de saúde é fonte de cuidado a cada novo problema de saúde ou um novo episódio de um mesmo problema de saúde, exceto nos casos de urgência (STARFIELD, 2002).

Este item é avaliado pelo PCATool em dois tópicos: a utilização que mede o quanto o usuário prioriza usar uma unidade de APS e, a acessibilidade que diz respeito a avaliação de quanto este serviço está disponível ao usuário (localização, horários e dias de atendimento, grau de tolerância para consultas não agendadas e o quanto a população percebe estes aspectos).

Os estudos apontaram que há dificuldades relacionadas ao acesso e a acessibilidade nos serviços e há a necessidade do ajuste entre as necessidades da população e a oferta dos serviços de APS, especialmente porque a fragilidade desse atributo nos serviços de saúde é capaz de comprometer os demais atributos (ARAÚJO et al., 2018).

No estudo realizado por Araújo et al. (2018), os participantes atribuíram uma avaliação ruim para o quesito acessibilidade, mas, quanto à utilização, obteve-se um bom escore, o que mostra a inter-relação efetiva entre prestador e receptor do cuidado, levando à satisfação do usuário. Silva et al. (2018) também afirmam que esse atributo recebeu um escore baixo na avaliação da população masculina estudada no município de Teresina, no Piauí. Os motivos foram o horário de funcionamento das unidades (horário comercial) além de, não haver atendimento à noite ou aos finais de semana. Além disso, esse estudo mostrou que mais de 11% dessa população sentia vínculo com o hospital, pronto-socorro ou pronto atendimento. Mesmo assim, o estudo evidenciou que os usuários reconhecem a APS como principal porta de entrada para os serviços de saúde do SUS.

O estudo de Almeida et al. (2017) avaliou esse atributo como o pior avaliado. Não diferente do estudo de Silva et al. (2016), os horários e dias de funcionamento das unidades e a impossibilidade de um contato telefônico com a APS expressaram a pouca acessibilidade dos usuários aos serviços. No entanto, o acesso de primeiro contato quanto à utilização foi bem avaliado pelos participantes.

Diferente desses autores, para Lima et al. (2015) esse atributo obteve a maior nota na perspectiva das usuárias do serviço, o que demonstra que estas receberam algum tipo de atenção. Já para a acessibilidade obteve nota menor. Para os autores, o acolhimento é peça essencial para esse atributo no serviço de saúde, sendo a ferramenta fundamental para a humanização dos serviços. A boa recepção, a resolutividade, a integralidade, o ouvir o indivíduo, atender suas necessidades são elementos fundamentais neste processo.

2.2 LONGITUDINALIDADE

Esta é definida como a existência regular de uma fonte de cuidados exercida pelos profissionais de saúde e seu uso ao longo do tempo, ou seja, uma relação de vínculo de longa duração entre usuários e profissionais de saúde. Tal atributo está associado à possibilidade de um maior vínculo com o paciente, melhor identificação dos problemas de saúde e com a satisfação desses indivíduos (PORTELA 2017; ROLIM et al., 2019).

Starfield (2002) afirma que tal atributo pode estar associado à redução das hospitalizações, melhor atenção preventiva, atenção à saúde mais adequada e a redução das utilizações dos serviços de saúde.

É importante ressaltar que a boa avaliação desse atributo é ideal para que haja uma terapêutica de sucesso. Os estudos de Silva et al. (2015), Ferreira et al. (2016), Almeida et al. (2017) e Araújo et al. (2018) apontaram um escore satisfatório. Araújo et al. (2018) identificaram que o serviço ou profissional de saúde assume em maior grau a responsabilidade pelo seu atendimento quando as crianças são atendidas em um mesmo serviço de saúde. Os autores afirmam também que, para que a longitudinalidade seja efetiva e os serviços de saúde orientados para a APS, deve haver vínculo de filiação entre a família e o serviço, o que envolve boa comunicação, o conhecimento sobre a história clínica da criança e sobre a família. Os autores também reforçam que a longitudinalidade nos serviços de APS é fator essencial para extensão dos outros atributos característicos da APS.

Já Fracolli (2015) e Silva et al. (2018) apresentam um escore médio alto. No estudo realizado por Silva et al. (2015), encontra-se uma convergência nos valores atribuídos a esse atributo, nos grupos de entrevistados os valores atribuídos são baixos e, os valores emitidos pelos profissionais, superiores aos dos usuários. Observou-se então, que existe continuidade na relação entre o usuário e o serviço de saúde, com construção de vínculo e de responsabilização entre profissionais e usuários com o passar do tempo, de maneira permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários.

No entanto, também encontramos estudos que não tiveram uma boa avaliação desse quesito, como afirmam Lima et al. (2015) e Rolim et al. (2019). Este ressalta que, ao avaliar este atributo, os piores resultados estiveram associados aos questionamentos de que se os pacientes têm uma pergunta, estes podem ter contato telefônico com os profissionais de saúde, se os profissionais sabem quem mora com cada um de seus pacientes e qual o trabalho ou emprego de cada paciente. Os autores afirmam que não há no Brasil o contato do usuário com o serviço de saúde via contato telefônico e que a alta rotatividade dos profissionais de saúde faz com que haja o enfraquecimento do vínculo e a longitudinalidade do cuidado.

2.3 INTEGRALIDADE

A integralidade é definida como o conjunto de serviços disponíveis e prestados pela APS aos usuários. Dentre eles estão a promoção de saúde, a prevenção de doenças, a reabilitação e a cura, isto tem como intuito a garantia de uma assistência integral.

Portela (2017) diz que tal atributo é um dos mais importantes para a conquista da resolubilidade da APS entre os diferentes sistemas de saúde. Isso significa que a atenção primária deveria resolver até 80% dos problemas de saúde da população, responsabilizando-se, portanto, pelas condições de saúde mais comuns, bem como pelo encaminhamento para outros níveis de saúde.

Para medir esse atributo, no PCATool, devem ser realizadas duas abordagens. Uma delas avalia os serviços disponíveis na APS, tais como aconselhamento nutricional, imunização, remoção de verrugas, colocação de talas e outros. A outra avalia os serviços prestados, tais como aconselhamento sobre alimentação saudável, segurança no lar, maneira de lidar com conflitos na família, como prevenir quedas e outros (ROLIM et al., 2019). Tal atributo obteve avaliações insatisfatórias nos estudos de Ferreira et al. (2016), Almeida et al. (2017), Lins et al. (2016) e Lima et al. (2015).

Ferreira et al. (2016) concluíram que, na visão dos enfermeiros que participaram do estudo, tal atributo recebeu avaliação negativa, pois em muitas situações os profissionais limitam-se a cumprir somente com o que está demarcado pelos Programas do Governo e não se detém diante da necessidade e de/da saúde local. Os autores também citam que alguns profissionais têm dificuldade de discutir temas como “uso de arma de fogo”, aconselhamento “quanto ao uso de segurança”, entre outros assuntos com os usuários, isto por causa das condições socioculturais e de vulnerabilidade.

Para os usuários da pesquisa realizada por Ferreira et al. (2017), a pouca disponibilidade de alguns serviços como “remoção de verrugas”, “colocação de talas”, aconselhamentos e orientações contribuíram para que esse atributo não tivesse boa avaliação, corroborando com o estudo de Ferreira et al. (2016) onde este afirma que a implantação dessas medidas na APS reduziria a procura do usuário pelo serviço de urgência e emergência e, ademais, aumentaria a satisfação do usuário.

Segundo Lima et al. (2015), esse atributo se faz presente quando são desenvolvidas atividades que atendam às necessidades da população e que a integralidade significa cooperação e coordenação entre provedores de serviços assistenciais afim de desenvolver um autêntico sistema de saúde, porém isso não está acontecendo no Sistema Único de Saúde. Para Rolim et al. (2019), torna-se importante discutir quais serviços devem, realmente, permanecer e quais devem ser inclusos na APS, uma vez que se faz relevante levantar as demandas locais e conhecer toda a logística da Rede de Assistência à Saúde e afirma que não deve ser priorizado apenas o cumprimento de programas específicos, restritos a grupos, deixando de lado serviços que são importantes e necessários aos usuários cadastrados.

2.4 COORDENAÇÃO DOS CUIDADOS

A coordenação do cuidado é definida como a articulação da atenção primária com os demais níveis de atenção, de maneira sincronizada e voltada para um objetivo em comum na assistência à saúde (LIMA et al., 2015). Assim, a coordenação da atenção implica numa forma de continuidade, seja pelo mesmo profissional, ou por

meio do compartilhamento de prontuários, visando a busca pelo cuidado integral ao usuário (SILVA et al., 2015).

No PCATool, esse atributo é avaliado em duas dimensões: Coordenação - Integração dos cuidados e Coordenação – Sistema de informação. Diversos autores descrevem a dificuldade de cumprir com esse atributo devido à ausência do prontuário eletrônico, o que implica na dificuldade de manter ou realizar uma comunicação adequada sobre os problemas de saúde apresentados com informações atualizadas. Tal entrave também obstaculiza a referência e a contrarreferência do percurso assistencial (SILVA et al., 2015; LIMA et al., 2015; SILVA et al., 2014; Araujo et al., 2018; SILVA et al., 2018; LINS et al., 2016).

Segundo Araujo et al. (2018), para que a coordenação seja efetiva, a APS deve cumprir com três funções essenciais: organização dos fluxos e contrafluxos dos usuários pelas diversas áreas de atenção, a responsabilização pela saúde e o acompanhamento dos usuários em qualquer nível de atenção à saúde em que estejam e, resolução da maioria dos problemas da população dentro do sistema de saúde. Ressalta também que, cabe à coordenação da atenção, o conhecimento e a disponibilização de informações referentes aos problemas de saúde e serviços prestados anteriores às necessidades do presente atendimento ao usuário e que, mesmo sendo este atributo bem avaliado no estudo, o cumprimento desse atributo precisa ser melhorado e tem como desafios a melhora da qualidade da informação nos prontuários, a implantação de prontuários eletrônicos em todos os serviços de saúde, a constituição de redes de atenção para otimizar o acesso e a utilização dos demais recursos de saúde da rede, assegurando os mecanismos de comunicação (a referência e a contrarreferência).

Silva et al. (2015) identificaram em seu estudo que, no atributo Coordenação – Integração de Cuidados, o encaminhamento para os serviços especializados, do ponto de vista do profissional que encaminha, conta com a falta de uma retroalimentação que favoreça a continuidade do cuidado e, do ponto de vista dos usuários, falta o interesse do profissional da atenção primária sobre os resultados e a qualidade da assistência prestada nos demais níveis assistenciais. Os autores afirmam que a coordenação requer tanto um meio de transferência de informações, o componente estrutural, quanto o reconhecimento dessas informações, o

componente processual. Quanto a Coordenação – Sistema de informação, a avaliação revelou que, embora o profissional disponibilize o prontuário, os usuários informam com frequência que não têm a possibilidade de consultá-lo.

Shimizu et al. (2019) observaram que existe certa dificuldade dos usuários receberem comunicação sobre os resultados de exames recebidos pelos serviços e que, os serviços possuem prontuários, mas os usuários não podem acessá-los. Os autores salientam que os serviços estão pouco organizados para ter a centralidade no usuário. Para essa dimensão, Lins et al. (2016) apontam que a principal fragilidade se deve à falha na comunicação com outros serviços da rede assistencial por problemas na referência e contrarreferência.

No estudo de Vidal et al. (2018), a coordenação do cuidado obteve um escore alto de avaliação, tanto na integração de cuidados como no sistema de informações. Os autores reforçam a capacidade da APS, através das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), em garantir a continuidade da atenção no interior da rede de atenção à saúde e que a existência de um prontuário com suas informações em todos os pontos da rede é essencial para a coordenação da atenção à saúde e, o envelhecimento populacional e o conseqüente aumento da prevalência das doenças crônicas, tornam a integração do sistema de informações cada vez mais necessária.

2.5 ORIENTAÇÃO FAMILIAR E COMUNITÁRIA

A Orientação familiar e a chamada orientação comunitária são consideradas atributos derivados. A orientação familiar é entendida como a importância de levar em conta o contexto familiar, tanto no que diz respeito ao seu potencial para contribuir com o cuidado ou, ao contrário, como sua influência na forma de ameaça à saúde. Já a orientação comunitária consiste no reconhecimento das necessidades de saúde da comunidade por meio de dados epidemiológicos (SILVA et al., 2014).

Shimizu e Ramos (2018) afirmam que a abordagem ou não abordagem, da APS na orientação familiar, traz reflexos para o sucesso ou não do cuidado ao paciente. Além disso, é fundamental que os profissionais da APS elaborem junto com a população os planos de ação para o enfrentamento dos problemas e riscos de

saúde. Esse atributo foi mal avaliado na pesquisa realizada por Lima et al. (2015). Os autores destacam que a falta de acolhimento, respeito, comprometimento, dentre outros fatores, são a principal causa de insatisfação dos usuários.

De acordo com Fracolli et al. (2015), quando abordado sobre a orientação familiar, observou-se que os profissionais de saúde ainda atuam com o modelo tradicional de educação em saúde, no qual, o médico e o enfermeiro são detentores do saber, enquanto que, a população, é ser passivo que não participa da construção de seu projeto terapêutico nem do projeto terapêutico de sua família. Quanto à orientação comunitária, é importante destacar que a participação social é uma importante ferramenta para empoderar as pessoas sobre seus direitos em relação à prestação dos serviços de saúde.

Silva et al. (2018) em seu estudo afirmam que o atributo Orientação Familiar obteve escore médio abaixo da referência estabelecida e reafirmam que a centralização na família seja fundamental para garantir uma assistência de qualidade. Este atributo se apresenta consolidado quando o alcance da Integralidade fornece uma base para a consideração dos pacientes dentro de seus ambientes, quando a avaliação das necessidades considera o contexto familiar e sua exposição a ameaças à saúde e quando a Coordenação da atenção enfrenta recursos familiares limitados. Quanto à Orientação comunitária, os pesquisadores também atribuíram baixo escore para tal atributo. É necessário que o serviço de atenção primária conheça o contexto social no qual o usuário está inserido, isso diz respeito à possibilidade de compreensão de suas necessidades, considerando que as características do ambiente repercutem na condição de saúde e, encontram-se evidenciadas nesse atributo.

Alguns autores apontam a necessidade de estruturar equipes para discutir os conceitos e tratamentos de saúde para além do conceito biológico, por meio de uma abordagem multidisciplinar e cooperativa que rompa com o modelo biomédico curativo (SILVA et al., 2015; LINS et al., 2016).

Compreende-se que as características da APS perduram na literatura tal qual proposto no século XX, uma vez que, as características e atributos estão consolidadas na literatura que atualmente avalia sua aplicabilidade. Também é possível concluir que o não cumprimento de um atributo implicará no prejuízo do

cumprimento dos demais. Por isso, é necessário que este setor seja resolutivo afim de proporcionar vínculo com a população e ajustar os serviços de acordo com sua necessidade.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a implantação do modelo de Atenção Primária à Saúde praticada por uma operadora de saúde suplementar da região sudeste.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as diretrizes do projeto de implantação da Atenção Primária em uma Operadora de Saúde Suplementar;
- Analisar a percepção sobre esse modelo de Atenção à Saúde entre os gestores de empresas que o contrataram.

4 METODOLOGIA

Aspirando conhecer o modelo de Atenção Primária praticada pela Saúde Suplementar foi realizado um estudo com abordagem qualitativa. Essa abordagem facilita a captação e compreensão dos significados dos atos humanos e é capaz de ir além dos fatos superficiais, contribuindo para a compreensão do problema formulado (DALBELLO-ARAUJO, 2008).

Souza e colaboradores (2011) ressaltam a importante contribuição da pesquisa qualitativa no campo da saúde, pois essas pesquisas envolvem questões subjetivas relacionadas aos comportamentos, as interações sociais e o modo de vida dos indivíduos envolvidos no processo saúde-doença.

Minayo (1994) diz que a pesquisa qualitativa se preocupa com uma realidade que não pode ser quantificada. Trabalha com o universo dos significados, valores, crenças, aspirações e fenômenos que não podem ser reduzidos a variáveis.

Tendo isso em vista, este trabalho usou a abordagem qualitativa para alcançar o objetivo de analisar a Atenção Primária praticada por uma operadora de saúde suplementar do sudeste do Brasil, afim de conhecer e contribuir com conhecimento neste cenário.

A pesquisa foi fundamentada em duas técnicas: a análise documental para descrever as diretrizes da APS exercida por uma operadora de saúde suplementar e entrevistas semiestruturadas com gestores contratantes deste modelo de atenção, afim de entender as percepções sobre este modelo de saúde.

4.1 ANÁLISE DOCUMENTAL

A análise documental tem como eixo o tratamento de documentos ainda não examinados (KRIPKA, 2015) e por isso, possibilita a compreensão de fatos, mentalidades e práticas dentro de um contexto histórico e social, para dessa maneira, extrair seus significados (SÁ-SILVA et al., 2009).

Para Lüdke e André (1986), são classificados como documentos, leis, cartas, memorandos, jornais, programas de televisão, rádio, arquivos escolares, dentre outros que representam uma fonte natural de informação de um determinado contexto. Para os autores, a análise documental é o processo de estudar e analisar documentos em busca de informações sobre fatos que possibilitam descobrir circunstâncias sociais de interesse. Os procedimentos metodológicos vão desde a caracterização do documento até sua análise.

Considerando que a APS praticada na Saúde Suplementar Brasileira ainda é pouco explorada por estudiosos, optou-se pela realização da análise documental com o objetivo de descrevê-la neste cenário. Buscou-se então informações da Agência Nacional de Saúde, que orienta a criação da APS na Saúde Suplementar, e, também, aqueles que orientaram a implantação desta modalidade na operadora estudada.

4.1.1 Busca de documentos da Agência Nacional de Saúde

A Agência Nacional de Saúde (ANS), criada em 1998, é um órgão vinculado ao Ministério da Saúde e tem como objetivo promover a defesa do interesse público, suas funções são a regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência supletiva à saúde (SCHEFFER; BAHIA, 2005). Por isso, foram realizadas buscas de resoluções, normativas, manuais e outros documentos que dizem respeito à APS na saúde suplementar, estas buscas foram realizadas no site oficial da ANS entre os meses de dezembro 2018 a abril de 2019. Foram encontrados o “Manual de certificação de boas práticas em Atenção Primária à Saúde de operadoras de planos Privados de Assistência à Saúde”, o “Glossário de Atenção Primária à Saúde”, a “Carteira de serviços em Atenção Primária à saúde (exemplificativa) ” e a “Resolução Normativa que estabelece o programa de certificação de boas práticas em APS de dezembro/2018”.

Para a análise documental, optamos pelo Manual de certificação de boas práticas em Atenção Primária à Saúde de operadoras de planos Privados de Assistência à Saúde. Aqui chamado de documento A. Justifica-se a escolha desse documento por se tratar do manual no qual as operadoras devem realizar as práticas de saúde

contidas no mesmo para obterem a certificação em APS bem como, as referências bibliográficas que justificam essas ações.

Desta forma, o Manual de certificação de boas práticas em Atenção Primária à Saúde de operadoras de planos Privados de Assistência à Saúde é o documento que descreve os critérios que as operadoras de saúde devem cumprir para certificação em APS e como a certificação deve ser realizada. É subdividido em partes: critérios para adesão das operadoras, modalidades de participação das operadoras, processo de certificação, manutenção da certificação e recertificação, requisitos e itens de verificação, interpretação e formas de obtenção das evidências de cumprimento dos requisitos e itens de verificação.

4.1.2 Busca de documentos junto à Operadora

Foram localizados dois documentos:

Documento B: apresentação em *Power Point* com 21 slides contendo o nome do projeto, um breve histórico sobre a busca pelo modelo de atenção, um caso clínico avaliado sobre duas perspectivas (indivíduo atendido pelo modelo tradicional de saúde e atendido pelo modelo de APS), uma simulação de custo assistencial, as premissas, as metas, o modelo do produto de acordo com as exigências da ANS, a estrutura física da unidade de atendimento junto com a equipe de atendimento, a rede de atendimento (Médicos especialistas, quantidade de hospitais e sugestão de incentivo financeiro para o atendimento), o sistema de prontuário específico, o investimento, uma simulação de resultado financeiro, um cronograma, um programa de treinamento médico em APS.

Documento C: documento interno da empresa que descreve os passos e as justificativas para a abertura do projeto a ser aprovado, contendo, nesta ordem: objetivo, retorno esperado, escopo, etapas e produtos, premissas, restrições, data do início e término do projeto, estimativa de custos, custo total, demanda de pessoal, valor residual, avaliação das áreas envolvidas da empresa, a equipe de projeto, o plano de comunicação e comentários.

De posse dos documentos e, para melhor compreensão da análise dos documentos, seguimos as seguintes etapas inspiradas em Souza et al. (2011):

- 1) Organização dos documentos por meio de leituras continuadas, afim de familiarizar-se com os documentos e seus aspectos significativos, de acordo com o objetivo do trabalho e embasado nos critérios da análise de conteúdo.
- 2) Análise: para facilitar a leitura e compreensão dos documentos utilizamos a sugestão de análise de Prates e Prates (2009). Foram feitas adaptações na ficha de leitura para melhor tratamento, análise e síntese das informações como se pode ver no Apêndice A.

4.2 ENTREVISTAS COM OS GESTORES QUE CONTRATAM ESTE TIPO DE PLANO

A entrevista baseada em roteiro semiestruturado é aquela que combina perguntas abertas e fechadas onde o entrevistado pode discorrer sobre o tema com liberdade e espontaneidade de discurso, o que enriquece a investigação (TRIVIÑOS, 1987). Essa técnica também possibilita compreender as relações entre os atores sociais e as situações e contextos específicos (BAUER; GASKELL, 2002).

Assim, por meio da entrevista semiestruturada, buscou-se analisar a percepção dos gestores sobre a APS realizada por uma operadora de saúde suplementar. As entrevistas foram realizadas de abril a junho de 2019, com duração de aproximadamente quinze minutos cada.

Foram feitas entrevistas com dez gestores, quantidade na qual observou-se a saturação das informações, como é descrito por Fontanela et al. 2008. Os agendamentos e realização das entrevistas aconteceram em lugares e horários designados pelos participantes, garantindo o conforto, conveniência, sigilo e o menor impacto no dia a dia de trabalho dessas pessoas.

As entrevistas, baseadas em um roteiro semiestruturado (APÊNDICE B), foram feitas com gestores que atuam no setor de Recursos Humanos (RH) ou

Departamento de pessoal (DP) das empresas, estas são classificadas como “empresas de maior porte” pela operadora de saúde. Optamos por estas, visto que possuem uma quantidade significativa de pessoas com o plano de saúde e, por isso, estão sujeitos aos maiores impactos na sua utilização. Em geral, estes gestores são responsáveis por tudo o que envolve gestão de pessoas, incluindo o plano de saúde, que é caracterizado como um benefício dado ao colaborador da empresa.

A escolha pelo gestor de recursos humanos das empresas se deu porque estes vivenciam as questões da gestão e o contato com os colaboradores, bem como estão envolvidos com as negociações do plano de saúde. Optou-se por gestores de empresas que contrataram o plano há pelo menos um ano e que não fazem uso deste modelo de plano em nível pessoal. Para selecionar tais participantes, a pesquisadora contactou um determinado setor da operadora de saúde que disponibilizou a relação de empresas contratantes, juntamente com os contatos dos respectivos gestores.

Antes de cada entrevista foi feita a leitura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), foram apresentados os objetivos e os procedimentos metodológicos, reforçando o sigilo das informações, bem como houve o esclarecimento das dúvidas e questionamentos, seguidos da assinatura do termo. A fala dos participantes foi identificada da seguinte forma: “Participante” seguido de uma letra que o identifica (A – L).

4.3 TRATATIVA DAS ENTREVISTAS

Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra e submetidas a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011) que define essa metodologia de análise como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2011, p. 47).

Essa análise acontece em três fases: a fase da pré-análise; da exploração do material e de tratamento dos resultados da pesquisa. A partir destas diretrizes, propostas por Bardin (2011), tem-se a primeira fase que se consistiu na transcrição na íntegra das entrevistas. Em seguida foram impressas e submetidas à diversas leituras, de forma a possibilitar maior entendimento do assunto ao pesquisador.

Na segunda fase realizou-se a seleção dos conteúdos das entrevistas que, posteriormente, seriam objeto de análise. Esta etapa se deu com a utilização de uma planilha no programa *Excel* 2007, onde foram inseridos os conteúdos de entrevista que tinham correlação com os objetivos delimitados. Posteriormente foram classificados e agrupados em suas respectivas categorias, a fim de contribuir na interpretação dos conteúdos subjacentes relacionados aos discursos dos entrevistados. Desta forma, foi possível eleger os seguintes eixos de análises: diferenças entre o plano tradicional e o plano de APS; vantagens do plano; pontos positivos e negativos; motivo da troca de plano.

Já na terceira etapa, com base nos resultados obtidos e agrupados, buscamos interpretar e dar significado a estes, apoiando-nos nas literaturas existentes que discutem a temática em questão através de artigos científicos, dissertações, teses e livros. Os resultados oriundos desta análise serão apresentados na seção 6.

Cumprido salientar que obtivemos carta de anuência (APÊNDICE D) da operadora de saúde. Este trabalho foi submetido a Plataforma Brasil sob número do protocolo 99861918.6.0000.5065 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - CEP/EMESCAM pelo número do parecer 3.041.882, seguindo a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde e do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), que normatiza a pesquisa com seres humanos.

5 A ATENÇÃO PRIMÁRIA IMPLANTADA EM UMA OPERADORA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Neste capítulo procuramos descrever as diretrizes vigentes da modalidade “Atenção Primária” exercida por uma Operadora de Saúde Suplementar da região Sudeste, tendo como base os documentos que lhe dão suporte, ou seja, os documentos da Operadora, nomeados como B e C, que registram as diretrizes utilizadas para a implantação do serviço e, o Manual da Agência Nacional de Saúde que orienta tal prática para o setor privado. Sendo assim, destaca-se a importância deste estudo no atual cenário da saúde suplementar que, atualmente, é centrado na saúde especializada, individualizada e pouco resolutive. E de forma contrária, a Operadora de Saúde estudada, introduz a atenção à saúde integral aos seus contratantes, se tornando uma das pioneiras nesse setor.

Vale ressaltar que o documento proveniente da operadora foi datado em 2012, enquanto aquele da ANS, colhido no site, é datado de 2019. Provavelmente houve versões anteriores do documento da ANS que o precederam, pois percebemos que os conceitos e métodos são equivalentes aos da ANS.

Também se entende que o contexto e a finalidade dos documentos são distintos. O documento que orienta a implantação desta modalidade de atendimento por parte da operadora expressa em seus objetivos: “implantar a APS nos seus serviços; ter clientes mais satisfeitos; custos menores e remuneração justa para a equipe médica”.

O documento proveniente da ANS detalha aspectos referentes à certificação das operadoras de saúde em APS, propondo, através da Resolução Normativa (RN) 440/2018, um modelo inovador na saúde suplementar do Brasil, reorganizando a porta de entrada do sistema e orientando mudança do modelo de atenção também para o cenário da saúde privada. Para a ANS a definição de Certificação de boas práticas em Atenção à Saúde de Operadoras:

É um Programa de adesão voluntária desenvolvido pela ANS, que compõe o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde, instituído na Resolução Normativa (RN) nº 440/2018. A Certificação em APS propõe um

modelo inovador na saúde suplementar, para a reorganização da porta de entrada do sistema, com base em cuidados primários em saúde, com vista à indução da mudança do modelo de atenção e ao modelo de remuneração para geração de valor (Anexo IV – II; V) (BRASIL, 2018).

Desta forma, o Manual de Certificação apresenta alguns desafios inerentes à lógica de prestação de serviços ofertados atualmente pelas operadoras de saúde, caracterizado pela fragmentação e descontinuidade dos cuidados. No entanto, expõe a oportunidade de melhoria da qualidade no setor. Para a agência reguladora, a certificação pode ocorrer em três níveis com validade de dois e três anos.

Os documentos da Operadora ressaltam que, para a implantação do serviço, houve a necessidade de uma reestruturação na forma de prestar assistência à saúde ao implantar a APS, isto é, foram necessárias adequações em distintos segmentos, desde a estrutura física até de pessoas.

Para iniciar a prestação de serviços nos moldes da APS, a Operadora abriu um novo registro na ANS e passou pela aprovação daquele órgão. A empresa indicou no registro a descrição de um Plano Coletivo Empresarial¹, coparticipativo², com a abrangência em dois municípios, registrado em um programa da ANS chamado “Programa de Envelhecimento Ativo”, que gera desconto para o cliente.

Também foram realizados arranjos em relação à estrutura física de atendimento, constituindo um setor responsável que, tem entre as suas atribuições, coordenar a implementação e monitorar as estratégias em APS.

Tal modificação também cumpre com uma exigência da ANS, explicitada no documento, esta indica que, para obtenção da certificação essencial, deve haver um setor constituído de área física que comporte a equipe ou o profissional de referência em cuidados primários em saúde e que, desenvolva as atividades de planejamento relacionada a APS e, para comprovação, deve haver a documentação que registre a criação desse setor, a que área da Gestão da Operadora está

¹ Plano Coletivo Empresarial: plano privado de assistência à saúde, oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária (BRASIL, 2009).

² Mecanismo de regulação financeira que consiste na participação do beneficiário na despesa assistencial a ser paga diretamente à operadora, em caso de plano individual e familiar, ou à pessoa jurídica contratante, em caso de plano coletivo, após a realização de procedimento (BRASIL, 2020).

vinculado e o responsável técnico. Além disso, este setor deve contar com pelo menos um profissional com pós-graduação em saúde coletiva, saúde pública, saúde da família ou a outra área de conhecimento da APS e, o documento que define isto, também esclarece sobre o que considera como cursos de pós-graduação.

Para a implantação da prestação de serviços de saúde nos moldes da APS, a Operadora de Saúde implementou um orçamento relativo ao investimento de uma unidade de atendimento aos beneficiários com a capacidade inicial para uma equipe composta por um médico clínico e um pediatra, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, um nutricionista, um fisioterapeuta, dois recepcionistas, dois analistas administrativos e um assistente administrativo.

Nota-se que o local escolhido para as instalações da unidade de atendimento é estratégico, de fácil acesso e próximo a um hospital de referência da região e estruturado com consultórios, auditório e com sala de medicação.

Outro investimento da Operadora foi em sistema de informação, devido à necessidade de ajustes no atendimento e, pela composição da equipe de profissionais, pois é indispensável um sistema específico para o prontuário do cliente inserido na APS, de forma que este atenda a necessidade de realizar a “referência e contrarreferência” para as especialidades médicas, ou seja, a integração de informação da atenção primária para a atenção médica especializada. Além disso, que seja de fácil manuseio e capaz de integrar-se com o sistema já adotado pela operadora. Os documentos da Operadora descrevem a aquisição de um sistema de informação que permite realizar a gestão clínica, com ferramenta onde seja possível realizar a interface com o cliente, que seja capaz de apurar indicadores populacionais, de sinistralidade³ e com capacidade de apoiar na Gestão de risco em saúde para mapear riscos a fim de avaliar a sinistralidade e para apoiar na renovação contratual.

Outro ponto frisado pelos documentos que apoiaram a implantação da APS na Operadora é o “incentivo para seguir o percurso assistencial”. Neste contexto,

³ A definição de Sinistralidade é: índice de despesas assistenciais, ou despesas médicas, ou ainda, sinistralidade. Mostra a relação entre despesas assistenciais e o total das receitas com operação de planos de saúde (contraprestações efetivas) (BRASIL, 2020).

entende-se que o objetivo da Operadora é direcionar o atendimento do beneficiário de forma coordenada ou direcionada.

Tal incentivo se justifica na prerrogativa de que a assistência à saúde na Saúde Suplementar praticada no Brasil, desde sua criação, apresenta uma lógica distinta da APS. Em geral, cada indivíduo procura o atendimento médico de acordo com sua necessidade e com a especialidade que acredita atender as suas queixas. Podemos dizer que essa assistência à saúde não acontece no contexto de uma equipe e a integralidade e acessibilidade, por exemplo, são conceitos pouco praticados.

Encontramos no manual da ANS de 2019, que, na APS, os cuidados e atendimentos devem ocorrer através da equipe Multiprofissional. O Manual descreve que a composição mínima da equipe de APS deve conter: o médico generalista ou especialista em medicina de Família e Comunidade ou o médico de família e comunidade, o enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, técnico de enfermagem e um profissional de saúde não médico, podendo ser inserido na equipe de acordo com demandas específicas, podendo ser psicólogos, fisioterapeutas, nutricionista e outros. A ANS acrescenta ainda que, se caso a APS contemple saúde bucal, a presença do profissional cirurgião dentista é obrigatória e, se a APS contemplar crianças, a presença do Pediatra é imprescindível. Quanto à atuação dos membros da equipe multiprofissional, a ANS dispõe como essencial um programa de educação continuada para a equipe de APS.

Também podemos ler nos documentos da implantação que a citada operadora buscou compor uma equipe multiprofissional composta por médico clínico, médico pediatra, ginecologista, enfermeiro, técnico de enfermagem, nutricionista e fisioterapeuta. Para a Operadora, a qualificação Médica e “médicos com qualificação técnica e humana” estão colocados como uma das premissas do plano. Está descrito também o planejamento de um programa de aprimoramento em Atenção Primária e treinamento dos médicos em Atenção Primária à Saúde.

Com referência à capacidade de atendimento de cada equipe de APS, o manual da Agência Nacional de Saúde afirma que cada equipe de saúde deve assistir a 2,5 mil beneficiários. Para alcançar a certificação exige cobertura percentual mínima da população da operadora na APS. Para operadoras maiores, ou seja, com mais de 16

mil beneficiários, a cobertura inicial mínima com APS é de 15,5% do total de clientes. Para alcançar esse percentual foi estabelecido um escalonamento da meta em dois níveis: o primeiro é a cobertura de APS entre 5% e 7,5% da população no primeiro ano e mais o mesmo percentual no segundo ano.

Para o atendimento dos beneficiários do plano, estabeleceu-se o papel do médico responsável a partir de uma “carteira” de clientes. Nessa “carteira”, cada médico “é responsável” por um determinado número de beneficiários que devem ter seus atendimentos pautados em protocolos clínicos.

Os fundamentos para a criação do médico responsável pela “carteira” de clientes estão descritos pela operadora em forma de “caso clínico”, definido como uma pesquisa de um sistema delimitado ou de um caso, alcançado através de coleta de dados detalhada, envolvendo múltiplas informações, ou seja, um estudo aprofundado a fim de fornecer informações relevantes para tomada de decisões.

Na atenção de saúde, no modelo tradicional da saúde suplementar brasileira, o mesmo indivíduo é atendido por médicos com especialidades distintas, realizando mais consultas, exames laboratoriais repetidos e exames de imagem. A intenção da mudança de modelo aponta que com a implantação da APS o beneficiário teria o Médico de Família que coordenaria a assistência. Desta forma, há a redução da realização de exames laboratoriais e de imagem, além da implantação dos atributos de Integralidade e Longitudinalidade, boa acessibilidade e com manejo clínico da Medicina centrada na Pessoa.

No que se refere à remuneração, rede de atendimento dos prestadores hospitalares e dos médicos, a Operadora adota, para o modelo de APS, uma diretriz distinta do modelo tradicional de saúde. Para os hospitais, cuja classificação é de prestador, e para os médicos especialistas, o modelo de remuneração adotado é o *Pay For Performance (P4P)*. Este modelo de remuneração em saúde é caracterizado por pagamento fixo mais uma variável ou bônus por performance. Neste caso, a Operadora gratifica os hospitais com 20% a mais nas diárias e taxas hospitalares e, nas consultas médicas, atrela esse pagamento à contrarreferência dada à APS.

Já a remuneração do médico responsável pela “carteira” na APS, ocorre no modelo de capitação. Nesse modelo de remuneração é estabelecido um valor fixo por

paciente cadastrado (per capita) para o fornecimento de serviços de saúde previamente contratados e prevê ainda uma bonificação de 40% por resultados alcançados.

A ANS também trata do quesito remuneração de Pessoa Física ou Jurídica que presta serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde. Orienta formas de pagamento que agreguem valor em razão da qualidade da rede assistencial e que considere os objetivos e metas estratégicas determinadas pela operadora ao adotar a APS. Nota-se que, a maneira adotada pela ANS para incentivar todos os envolvidos na assistência de saúde nos moldes da APS, atrela-se às metas, atribuindo bonificações e incentivos na remuneração.

Para iniciar a divulgação e comercialização desse plano de saúde, a Operadora fez campanha de marketing específica e buscou praticar um “preço competitivo” de venda desse plano, ou seja, valores menores que outros produtos comercializados pela operadora para atrair consumidores.

É importante ressaltar que, para a adesão à certificação em APS, é obrigatória a inclusão da Atenção à Saúde do Adulto e Idoso como população alvo, as demais - crianças e adolescentes, gravidez e puerpério, saúde mental e outros - poderão ser incluídas posteriormente.

A Operadora estudada é uma das pioneiras no país a implantar a APS neste setor. Podemos notar, na leitura dos documentos, a preocupação com algumas situações que poderiam gerar riscos para o sucesso do estabelecimento desse serviço, tais como: o não cumprimento do cronograma pactuado para a implantação do serviço; inconsistências no processo de integração do sistema de informação; a não adesão do cliente ao plano de APS e a resistência dos médicos especialistas.

Indiretamente, a preocupação com as prerrogativas supracitadas é corroborada pela afirmação constante no Manual de acreditação da ANS, que se dá diante da proposição de um modelo inovador na saúde suplementar para reorganização da porta de entrada do sistema, com base em cuidados primários em saúde, visando à indução da mudança do modelo de atenção.

Encontramos ainda requisitos no manual da ANS que, provavelmente, são praticados pela operadora, porém, não foram identificados nos documentos analisados. Dentre eles teríamos o manejo farmacêutico para casos específicos e de telemonitoramento dos beneficiários, ações de prevenção de doenças e monitoramento do cuidado. De acordo com o manual, é essencial o uso das tecnologias de informação de modo a garantir a validação, análise e avaliação de dados coletados para realização da gestão do cuidado.

Por meio da análise dos documentos, podemos afirmar que, a Operadora busca cumprir com os atributos da APS: Acesso, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação.

Certamente este setor busca cumprir com o atributo acesso ao dispor de uma estrutura para o atendimento dos indivíduos a cada necessidade de atendimento de saúde, esta composta por uma equipe de saúde com localização estratégica e próxima de uma estrutura terciária, caso necessário. O atributo Coordenação, através da implantação de um sistema de informação, possibilita a troca de informação com o setor secundário, desta forma, a “referência e contrarreferência” para as especialidades médicas é o “incentivo para seguir o percurso assistencial”.

Com a finalidade de exercer a longitudinalidade e a integralidade, estabeleceu o papel do médico responsável por uma “carteira” de clientes, em que esses indivíduos são assistidos pelo mesmo profissional a cada novo evento de saúde. Possibilitando que ao longo do tempo seja possível a criação do vínculo entre profissional e usuário, bem como a melhor identificação dos problemas de saúde e com a satisfação desses indivíduos.

Cabe ressaltar que, de acordo com as definições da literatura, para se cumprir com a integralidade é necessário realizar um conjunto de serviços disponíveis e prestados pela APS aos usuários, tais como: aconselhamento nutricional, imunização, remoção de verrugas, colocação de talas, aconselhamento sobre alimentação saudável, segurança no lar, maneira de lidar com conflitos na família. Nos documentos analisados não foi possível avaliar se há o cumprimento desses serviços neste nível da saúde.

6 PERCEPÇÕES SOBRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Encontramos, entre os dez entrevistados, apenas um do sexo masculino. A idade média é de 41,4 anos com a mínima de 27 e a máxima de 67 anos e com média de 12,6 anos de trabalho na empresa (mínimo de nove meses e máximo de 32 anos). As funções exercidas são: Atendimento ao colaborador, Analista Financeiro ou de folha de pagamento, Supervisor de Recursos Humanos, Gerente de Recursos Humanos, Gerente administrativo, superintendente de Recursos Humanos e Diretor de Recursos Humanos.

Tabela 1: Características dos Entrevistados e tempo de contratação do plano

| | Mínimo | Máximo | Mediana |
|---|---------------|---------------|----------------|
| Idade do Entrevistado | 27 Anos | 67Anos | 41,4 Anos |
| Temo de Trabalho na Empresa | 9 Meses | 32 Anos | 12,6 Anos |
| Tempo de contratação do Plano de Saúde | 2 Anos | 6 Anos | 3,2 Anos |

Fonte: elaborado pela autora (2020).

Entre os seguimentos de empresas contratantes do plano de saúde temos: Comércio, Atacado e Varejo de Alimentos, Transporte e Indústria, Operadora de Plano de Saúde, *Call Center*, Comunicação - Jornalístico, televisão e Rádio -, Grupos de: Construção, Shopping, Comunicação e Franquias e Rede Hoteleira. Tais empresas tem média de três anos de contratação do plano de saúde com o tempo mínimo de 2 anos e o máximo de seis anos.

Apenas dois dos entrevistados não acompanharam o processo de troca do plano de saúde do modelo tradicional para o modelo de Atenção Primária praticado pela operadora de saúde, no entanto, todos afirmaram perceber diferenças entre os planos.

6.1 AS DIFERENÇAS ENTRE O PLANO TRADICIONAL E O NOVO PLANO

O apontamento principal dos entrevistados diz respeito a presença do médico de referência que atende em unidades específicas de atendimento. Indiretamente esta afirmação está associada ao fato de que, para os beneficiários terem o atendimento do médico especialista, este só ocorrerá com a avaliação prévia deste profissional e com a sua indicação. Abaixo constam as afirmações de alguns entrevistados:

“De cara, o conceito. Porque o mais difícil da gente lidar foi isso” (Entrevistado A).

“Então, foi cultural mesmo. Eles se adaptaram, entenderam, uns até gostaram, por exemplo: “Agora eu tenho um médico de referência e tal”, outros não têm essa mesma opinião, eu já ouvi colaborador falar “Olha, eu não vi diferença, não, o médico vai lá, me atende rapidamente e pronto” (Entrevistado B).

“Então, nossa maior dificuldade foi quebrar esse paradigma. De tipo “Ei, você agora tem um médico de referência “ (Entrevistado C).

“Até hoje, ainda não é muito aceito, não é muito entendido pelas pessoas. Esse negócio de médico de referência, você tem que ir no médico para depois ir no especialista, a cultura do Brasil, na cultura as pessoas não estão acostumadas com isso. Então ainda tem uma certa resistência a isso” (Entrevistado D).

“Basicamente não ter a livre escolha de rede aberta” (Entrevistado F).

Compreende-se os relatos dos entrevistados visto que, historicamente, o modelo médico assistencial privatista ofertado pela saúde suplementar brasileira vem voltado para o atendimento espontâneo e baseado nos serviços especializados, ou seja, os indivíduos procuram, por iniciativa livre, o serviço de saúde. Haja vista o enfoque no papel do profissional médico. O objetivo é o foco curativo da doença ou no doente tratado pelo médico, sobretudo o especialista e organizado principalmente nos hospitais. Esse modelo é fundamentado na medicina flexneriana, tal qual a assistência à saúde Americana adotada em 1911 (PAIM, 2008).

A medicina flexneriana tem como ênfase a atenção médica individual, que organiza a assistência médica em especialidades e valoriza o ambiente hospitalar em detrimento à assistência ambulatorial. A medicina flexneriana é predominantemente curativa e tem como ênfase a atenção médica individual, que organiza a assistência

médica em especialidades e valoriza o ambiente hospitalar em detrimento a assistência ambulatorial (PAIM, 2008).

Já a fundamentação da AP está no Relatório Dawson (1920), este descreve a organização dos serviços de saúde em três níveis principais: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escola. Ou seja, um sistema de saúde organizado e planejado para atender aos níveis de necessidade de serviços médicos da população. A Atenção Primária é caracterizada por oferecer atenção à pessoa não só direcionada à enfermidade, mas na promoção e prevenção da saúde, pois aborda os problemas de saúde mais comuns da sociedade. Ela integra a atenção quando há mais de um problema relacionado à saúde e lida com o contexto no qual a doença existe, auxiliando nas resoluções das questões de saúde das pessoas (STARFIELD, 2002).

De acordo com Starfield (2002), um sistema de saúde, organizado a partir da APS, deve apresentar uma porta de entrada para cada novo episódio de saúde pelo qual as pessoas buscam o cuidado/contato, contato este que se dá afim de receber a atenção necessária e, a partir disto ajudá-los a entender a condição de saúde e a necessidade do cuidado especializado. No contexto dessa operadora, o “Médico de Referência” desenvolve esse papel, corroborando com os objetivos do programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde, que propõe um modelo inovador na saúde suplementar para reorganização da porta de entrada do sistema com base em cuidados primários em saúde, com vista à indução da mudança do modelo de atenção.

Os participantes ainda mencionaram sobre a mudança de cultura já que, no plano tradicional, os agendamentos para os médicos especialistas são por opção de cada indivíduo e, por isso, há o relato da sensação de restrição ou limitação por parte de alguns beneficiários, por não terem a opção de escolherem seus médicos: “restrito porque a pessoa tem que ir até à clínica pegar uma requisição para fazer o exame ou consultar-se só naquela localidade, ela não tem a liberdade de escolha”.

Outra diferença é a ausência do tradicional guia médico. Depreende-se que o guia médico seja uma espécie de manual com as informações de contratação na qual contém os profissionais e serviços habilitados para uso. De acordo com os relatos,

não há a entrega física deste guia e, por não o terem para escolher os médicos, os indivíduos relatam que:

“No plano tradicional, ele vai no livrinho, olha o número do médico, marca a consulta e vai, independentemente de ser estética ou não, independente do motivo” (Entrevistado A).

“Todo mundo é acostumado pegar um livrinho, folhear, escolher” (Entrevistado C).

“Eu quero esse médico, eu quero esse médico”. Então, nossa maior dificuldade foi quebrar esse paradigma” (Entrevistado B).

Entendemos que, para os indivíduos que compram o serviço de saúde, o melhor serviço prestado é aquele no qual se possa “experimentar” os atendimentos médicos. Entretanto, o plano atual não oferece a “liberdade de escolha” ou de “folhear e escolher”, o atendimento de determinados profissionais se faz uma característica negativa da Atenção Primária neste setor. Este fato elucida a reconhecida fragmentação dos cuidados de saúde, o que dificulta o cuidado integral, sobretudo quando o indivíduo considera a fragmentação do cuidado positiva nos cuidados de saúde.

Todavia, Starfield (2002) afirma que, uma fonte regular de atenção, ao longo do tempo traz benefícios, tais como o vínculo interpessoal e de cooperação entre os profissionais e indivíduos, além da possível redução das hospitalizações, do custo assistencial total e da atenção mais oportuna e adequada.

Neste sentido, outro fator importante deve ser considerado, a satisfação e competência profissional. Araujo et al. (2018) afirmam em seu estudo que o atributo longitudinalidade foi bem avaliado pelos participantes da pesquisa, frisa-se que, muito embora, mesmo insatisfeitas com o atendimento, desconfiadas da competência profissional e sem a criação de vínculo por não terem outra opção, as mães levavam suas crianças para atendimento. Esse fato pode tornar a assistência pouco resolutiva além de, impactar negativamente o cumprimento de tal atributo.

A abrangência da cobertura do plano também foi um apontamento já que, no tradicional, a abrangência ou cobertura do plano pode ser a nível estadual ou nacional, enquanto, no novo plano, a cobertura de grupo é centralizada por município. Identifica-se que, no contexto da operadora de saúde estudada, a contratação e cobertura dos serviços de saúde é somente para determinados

município contratados, isso significa que, se o indivíduo buscar por atendimento fora destes municípios, não terá direito a atendimento. A ANS dispõe sobre a área de abrangência dos planos contratados na Resolução Normativa 259 de 17 de junho de 2011.

6.2 PERCEPÇÕES NEGATIVAS

Quanto as questões relatadas como negativas, os participantes mencionaram que os indivíduos se sentem limitados com essa modalidade de plano, pelo fato de não terem acesso direto ao especialista desejado ou que entendem como necessário para o tratamento de sua saúde. Relatam que é moroso o processo do médico de referência ou clínico encaminhar o indivíduo para um especialista e de compreender as competências do médico da APS nas questões de saúde mais comuns, como se pode observar nas falas abaixo:

“Até que as pessoas entendam isso, demora muito. Hoje, um ou outro ainda me procuram reclamando - “Não, porque para ir para o especialista é uma dificuldade enorme” (Entrevistado A).

“[...] se tivesse uma forma de acesso mais fácil que ter que marcar uma consulta com um médico para ele poder encaminhar para você ir lá só pegar o encaminhamento e algumas coisas básicas” (Entrevistado H).

De certo modo, os indivíduos ainda não entendem o médico de referência com habilidades e competências já que, em determinadas situações, o beneficiário se dirige a ele apenas para solicitar o encaminhamento à alguma especialidade médica. Se houver o direcionamento à atenção secundária, isto gera maior satisfação, ou seja, quanto mais encaminhado para especialidades diversas, maior a satisfação dos usuários com a APS. Essa realidade é mostrada com parte da entrevista abaixo:

“[...] às vezes tem um tipo de doença e já quer chegar lá e falar assim - “Eu quero só a requisição, eu não quero nem falar com o médico de referência o que estou sentindo, é ortopedista, eu quero um ortopedista. Ah, eu pedi um ortopedista e eu não ganhei o direito ao ortopedista [...] Eu diria que essa fábrica, digamos assim, de encaminhamento ou não, é o que gera maior insatisfação dos usuários, isso é fato” (Entrevistado C).

Podemos observar a insegurança na condução de tratamentos clínicos pelo médico de referência, especialmente em casos nos quais os beneficiários já seguiam com a conduta do especialista como rotina de tratamento:

“Uma pessoa que já fazia acompanhamento em outro plano com um neurologista, quando teve a troca, o médico do novo plano, o clínico, disse que não precisaria mais ir no neurologista porque ele mesmo ia fazer o acompanhamento” (Entrevistado H).

Inferimos que, na saúde, o tema vínculo é definido como “a construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico” (BRASIL, 2012, p. 21). É um aspecto importante e, nesta conjuntura, esbarramos tanto na “quebra” do vínculo com o profissional anterior, no caso, com um especialista, quanto a inserção do indivíduo num novo plano com novos profissionais de saúde e com um profissional médico “não especializado”.

Barbosa e Bosi (2017) afirmam que, por vezes, o vínculo é confundido ou reduzido a um simples contato, qualquer que seja, por meio de consultas, grupos, momento em que acontece algum encontro entre profissionais de saúde e as pessoas que usam os serviços e que esse contato é sempre referido como algo que favorece. Afirmam também que o vínculo se apresenta como condição para a autonomia, para a longitudinalidade do cuidado, para a responsabilização, para a confiança. Todavia, pode se apresentar de forma fragilizada. Sem dúvida, os indivíduos que migraram para o novo plano, de certa forma, sentiram-se impactados à mudança e a inserção de um novo profissional de saúde que, além de ser novo, também coordenaria suas questões.

Um dos participantes aponta que, quando os indivíduos são avaliados pelo médico de referência e encaminhados a algum especialista, na verdade necessitam de dois atendimentos médicos para a resolução da sua queixa. Isso pode comprometer o cumprimento das horas trabalhadas na empresa:

“Isso, a ida a esse médico. Vamos supor: “Eu quero ir num ortopedista. Eu tenho que ir duas vezes.... Eu tenho que ir no médico de referência e depois tenho que ir no ortopedista. Então, por exemplo, aqui na empresa, se você

vai numa consulta, ela não tem aquela hora abonada, só tem hora abonada quando realmente está doente” (Entrevistado I).

Outra avaliação negativa foi em relação a demora de agendar o atendimento com o médico de referência. Por vezes, para cumprir a legislação da ANS quanto ao tempo para a oferta de atendimento em consulta, este setor faz o agendamento com outro médico de referência que possua agenda disponível mais próxima ou que atenda a necessidade do beneficiário e, diante disso, há o questionamento sobre a longitudinalidade:

“Se o seu médico de referência não puder atender, você é transferido para outro médico, que não é o seu médico de referência. Então... E esse acompanhamento com aquele médico que te acompanha? Isso aí não está muito bom porque as consultas estão demorando muito, pra atender a legislação, eles encaminham a pessoa para outro médico” (Entrevistado D).

Quanto a continuidade do cuidado, o manual de certificação da ANS aborda essa questão, porém, não atrela todos os atendimentos especificamente com o mesmo profissional médico, mas coloca o atendimento pelo mesmo profissional de saúde ou por uma mesma equipe de APS em diferentes consultas e que, esse acompanhamento, tende a aumentar a adesão ao tratamento das condições crônicas, que requerem acompanhamento de longo prazo. Compreendemos que pode haver situações em que o indivíduo necessite de um atendimento e, o profissional que lhe é comum, não poder lhe atender no momento, isso pode ocorrer por diversos fatores, além da possibilidade de questões administrativas, há, também, a possibilidade de questões pessoais que podem inviabilizar este atendimento (BRASIL, 2019).

Os indivíduos também mencionaram a demora no atendimento de demanda espontânea nas unidades de atendimento, pois ao procurar a unidade pela manhã, seu atendimento é programado para à tarde e, outra reclamação é a de que há poucos médicos de referência.

Tal qual encontrado no estudo de Fracolli et al. (2015), a avaliação do acesso ao profissional de saúde, especialmente do médico, é negativa no acesso à APS. Os autores afirmam no estudo que é possível conseguir consulta no mesmo dia, porém os usuários precisam chegar no horário de abertura da unidade e que, para o agendamento de uma consulta, a espera na recepção é grande.

O acesso é o atributo que, junto ao cuidado individual, mede a qualidade do sistema de saúde e é relevante tanto para as estruturas quanto para os processos de trabalho nos serviços de saúde. Este tema é tão fundamental para a qualidade do serviço que, em 2004, o governo britânico determinou que a população passasse a ter seu acesso a um profissional médico da APS em no máximo 48 horas e a qualquer outro profissional da APS, geralmente uma enfermeira da equipe, em 24 horas. No entanto, definir acesso não é uma tarefa fácil, em essência, o acesso é quando o usuário consegue o cuidado quando dele necessita (NORMAN; TESSER, 2015).

De acordo com a ANS, consultas não urgentes são aquelas que não se enquadram em casos de urgência e emergência médica, isto não necessita de assistência médica em um intervalo reduzido de tempo. Desse modo, os casos que não se enquadram nessas duas categorias não apresentam risco de vida para o paciente. Mas, o protocolo dispõe que, mesmo se a condição de saúde apresentada pelo paciente não se enquadrar nas definições de urgência e emergência médica, a efetividade do sistema de saúde está intimamente relacionada ao equacionamento de demandas simples ou complexas em tempo oportuno para o diagnóstico e tratamento adequados, de modo que tais demandas não se transformem em demandas de caráter emergencial. A ANS sugere, portanto, a disponibilidade do prazo de 72 horas para atendimento desses casos, pois amplia o acesso e a resolutividade da APS (BRASIL, 2019). Todavia, os beneficiários desse serviço expõem o desejo do atendimento imediato.

Alguns participantes mencionaram a coparticipação em outros atendimentos além do pronto-socorro. Um dos entrevistados afirmou não ver vantagem no plano, pois *“passou a ser participativo, ou seja, é um plano hoje restrito, porém com características de participativo”* (Entrevistado B).

Diante desse relato, infere-se que o plano de atenção primária não tinha coparticipação em determinados eventos de utilização e após determinado momento passou a ter essa característica. Para o usuário além de ser um plano restritivo por ter o médico de referência, ainda possui as características do plano tradicional com a cobrança. Por haver a compra de saúde, os indivíduos têm dificuldade ou até

resistência ao modelo por terem um médico de referência e não mais a opção de livre escolha de médicos tal qual o modelo tradicional.

Desde 2018 a ANS instituiu novas regras para a cobrança e definiu coparticipação como “valor pago pelo consumidor à operadora em razão da realização de um procedimento ou evento em saúde” (BRASIL, 2018, s/p).

Também relataram como negativo o não entendimento do funcionamento e do formato do plano e o fato de somente tal operadora ofertar essa modalidade de plano.

“Então, as desvantagens são mais a questão do modelo, porque por ser o único plano, acredito eu, que é dessa forma, existe muita comparação. As pessoas olham aquele plano e não veem ele como algo positivo, veem como algo dificultador, não entendem” (Entrevistado G).

“Essa dificuldade que as pessoas têm de aceitar o plano é mais por não ter o costume, novos funcionários que já entram no plano as vezes reclamam “ah, eu queria marcar, mas não consigo,” mas não reclama tanto quanto quem foi feito a troca, que tinha o plano de região por livre escolha e agora não consegue mais fazer, então a gente tem uma reclamação maior dessas pessoas” (Entrevistado B).

“É um plano bom, mas que realmente precisa ser mais divulgado, outras operadoras de saúde “aderir”. Porque se não ele fica meio que sozinho ali, nadando, nadando, nadando [...]” (Entrevistado J).

Outro ponto negativo mencionado foi a superlotação das unidades de atendimento, poucos hospitais e/ou hospitais distantes e a coparticipação nos atendimentos de pronto-socorro.

6.3 PERCEPÇÕES POSITIVAS

Como pontos positivos do plano, um dos participantes afirma que ter o acompanhamento do médico que te conhece torna o atendimento personalizado e mais rápido e, por isso há a possibilidade de um diagnóstico mais preciso:

“A questão também do médico de referência, ele dizer se você precisa ou não de uma especialidade ou outra pode ser interessante também, porque ele está dizendo para você que naquele momento ali não precisa de um cardiologista, mas, assim, grosseiramente falando, pode ser que você precise de um neurologista, entendeu? E você acaba encontrando soluções” (Entrevistado C).

“O que eu percebo de positivo nesse plano é que ele por te orientar, se as pessoas soubessem usá-lo melhor, a gente demoraria menos em ter diagnósticos mais precisos, o atendimento seria mais rápido. Porque às vezes, com especialista, você demora dois meses, coisa que talvez um clínico pudesse resolver. E às vezes tem um especialista, como já vai indicado pelo clínico, também essa espera é menor” (Entrevistado I).

Starfield (2002) afirma que o processo de diagnóstico na APS é diferente dos outros níveis de atenção, pois a probabilidade de ocorrerem doenças graves é menor e que, este nível de saúde, está mais sujeito a erros de omissão enquanto a atenção especializada é mais propensa a erros por realização.

Também mencionaram como positivo o histórico de saúde possibilitado por este setor além do acompanhamento do empregado e de sua família, da proximidade com a unidade de atendimento e com o médico de referência:

“[...] é criar acompanhamento daquele empregado e da sua família. Positivo também que o sistema é integrado, né? Mesmo que não seja o médico de referência que atenda a pessoa, as informações estão ali, diferente do plano xx, que as pessoas vão em cada médico diferente e não existe continuidade do tratamento da pessoa” (Entrevistado D).

“[...] eles sempre pontuam aquela questão de ter esse relacionamento mais perto com o médico da família, com a unidade de referência, o médico da referência que traz esse acompanhamento para mais próximo, tem esse acompanhamento do médico ali mais próximo mesmo. Então eu vejo que eles têm isso como algo positivo, porque aqueles que permaneceram, permaneceram justamente por isso, por assim dizer, eu entendo dessa forma” (Entrevistado B).

A disponibilidade do histórico de saúde em um sistema de informação e a proximidade com a equipe de saúde são pilares importantes para o desenvolvimento da coordenação dos cuidados. Ela é capaz de promover melhorias na qualidade da prestação, reduzindo barreiras de acesso a distintos níveis de atenção e integrando ações e serviços em um mesmo nível do sistema de saúde. Ademais, quanto maior a multiplicidade de pessoas e serviços envolvidos no cuidado e, mais complexa for a intervenção para resolução de determinado problema, maior é o nível de coordenação requerido para que se alcance o resultado desejado (ALMEIDA et al., 2018).

Aqui, a coordenação é peça fundamental na trajetória assistencial do cliente de maneira assertiva. Entendemos que o acompanhamento relatado como coordenação é uma estratégia para superação da fragmentação assistencial, este

também expressa os objetivos fundamentais de sistemas de saúde em contextos diversos. Independente do sistema de saúde, a coordenação tem com foco favorecer que a atenção à saúde seja apropriada e eficiente no sistema de saúde (ALMEIDA et al., 2018).

Além do prontuário único e do histórico de saúde e exames, foi mencionado como positivo o poder se dirigir ao médico de referência quando não se sabe ao certo que tipo de acompanhamento/tratamento precisa e, a existência de “poder levar tudo o que é seu para esse médico: saúde, doença, o pessoal ou o que for” (Entrevistado B). Ou ter o seu médico de referência para tratar “[...] coisa pequena como febre, sinusite e não precisar ir no pronto-socorro por isso” (Entrevistado D).

De acordo com Organização Mundial da Saúde (1978), a APS pode resolver até 80% dos problemas de saúde, no entanto, as decisões e responsabilidades da APS ou de outro nível de atenção variam de acordo com a época, o lugar e a natureza dos problemas de saúde das populações.

Por isso, a integralidade é um dos atributos mais importantes em relação a resolutividade da APS nos diferentes sistemas de saúde. Para garanti-la, o indivíduo deve receber os serviços de saúde necessários para a resolução das condições de saúde mais comuns assim como o encaminhamento para outros níveis de saúde. Tal atributo requer que a APS reconheça as necessidades da população e recursos para abordá-las (STARFIELD, 2002).

No estudo realizado por Silva et al. (2014), avaliou-se negativamente o atributo Integralidade. De acordo com os autores, os profissionais de saúde não estão desenvolvendo suas ações a partir de análise da situação de saúde e realidade, apenas cumprem as determinações dos programas governamentais. Já Lins et al. (2016), observaram que os preceptores e discentes demonstram maior aproximação entre as atividades médico assistenciais e preventivas operando na mudança do modelo biomédico tradicional.

Através dos relatos percebe-se que a coordenação do cuidado, através das informações de saúde, é um fator importante para os utilizadores. Não é possível identificar, pelos relatos, se a disponibilização das informações como os outros

níveis de atenção acontece, todavia, constata-se o cumprimento da coordenação através das informações ofertadas pelos membros da APS.

Portela (2017) diz que é essencial o profissional da APS moderar a tomada de decisões quanto a tratativa do paciente, evitar duplicações desnecessária de exames e procedimentos, minimizar o hiper dimensionamento por outro profissional quanto à necessidade de intervenções. No entanto, a complexidade do processo e a multiplicidade dos motivos de encaminhamento para outros níveis de atenção variam de acordo com as populações, o que dificulta o dimensionamento da capacidade da APS responsabilizar-se pelo sujeito.

Os participantes afirmaram como benéfico a saúde preventiva com a identificação dos obesos, ansiosos, tabagistas, entre outros, além da qualidade de vida e do acompanhamento das pessoas com doenças crônicas, e, também, a redução dos custos devido o acompanhamento.

“Então, o benefício da saúde sempre veio com esse objetivo, da gente fazer o preventivo, ele estar bem tratado e ele conseguir estar saudável para exercer um bom trabalho [...] Dentro dessa modalidade, a gente tem dentro uma parte que cuida da saúde preventiva, então a operadora vem, faz palestras e faz uma identificação na massa que está hoje dentro desse plano, então por exemplo, obesidade, tabagismo, ansiedade [...]” (Entrevistado J).

Medina et al. (2014) afirmam que a promoção de saúde pode ser conceituada como atividade voltada para a mudança de estilos de vida dos indivíduos e de determinantes gerais das condições de saúde. Conceito que ganhou sua consolidação com a importância que as doenças crônicas não transmissíveis têm assumido na atualidade como um problema de saúde pública e tem colocado o debate sobre as práticas de saúde em voga. O estudo desses autores salienta a importância dessas ações e, como resultado, mostram a incipiência da realização de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas pelas equipes de atenção primária no país.

Alguns dos entrevistados mencionaram a queda do absenteísmo dos colaboradores na empresa:

“Assim, para a empresa, teve uma diferença forte, que foi no seguimento do absenteísmo, né? De cara, quando a gente começou com essa nova

modalidade de plano, o absenteísmo caiu quase pela metade” (Entrevistado H).

“Porque quando você tem um livro aberto, você vai em qualquer médico e qualquer médico te dá um atestado e a gente vê que nesse plano não, eles só dão atestado realmente quando necessário. Então assim, eu acho que para a saúde do colaborador e para a saúde financeira da empresa, eu acho um produto excelente” (Entrevistado I).

Uma hipótese para diminuição dos afastamentos, neste contexto, é o fato dos indivíduos disporem de referência de saúde, ou seja, locais de atendimento específico e, deduz-se, portanto, que o acesso ou a porta de entrada no serviço através da APS corrobora com este fato.

Já outros afirmaram que esse plano de saúde gera um custo menor para o contrato:

“Diminuiu muito o custo. Inicialmente, nós migramos por questão de custo mesmo, diminuiu bastante o custo” (Entrevistado G).

“Sim, é menor. O que você tem uma utilização menor de especialistas, então o especialista, ele vai ser utilizado no momento que realmente é necessário, você consegue ter um tratamento melhor dos colaboradores que vão até o médico de referência, então você consegue banha momento” (Entrevistado I).

Percebe-se, diante das falas dos entrevistados que, para a grande maioria das empresas, esse plano de saúde foi incorporado na empresa por causa de menor custo tanto para a empresa quanto para os empregados. Para alguns isso se deve ao acompanhamento com o médico de referência e pela prevenção de saúde proposta pelo modelo adotado.

Quanto ao tema, Starfield (2002) diz que as evidências empíricas sustentam noções teóricas. Que quanto maior o número de médicos generalistas em uma comunidade, menor a frequência de hospitalizações e, também, no fluxo de utilização da atenção secundária, como de salas de emergência e consultórios, o que diminui os custos totais de atenção à saúde. Cabe ressaltar, porém, que este tema é delicado e abrangente para a discussão e pede uma análise mais aprofundada neste trabalho.

6.4 MOTIVO DA TROCA DE PLANO

O motivo pelo qual as empresas optaram por essa modalidade de plano, em sua grande maioria, foi devido aos reajustes altos nas negociações, para diminuir os custos ou devido encontrarem o plano com um custo menor ou mais acessível aos colaboradores.

Alguns gestores afirmaram ter trocado para esta Operadora por questões comerciais de negociação e por uma gestão melhor da saúde das pessoas:

“Eu acredito que, para ser bem sincera, uma questão de custo”
(Entrevistado E).

“Na época, seria o que teria mais, um custo menor e que teria um custo”
(Entrevistado G).

“Nós migramos primeiro porque a gente estava com uma sinistralidade alta, naquele momento a gente iria ter um reajuste no benefício muito pesado, o que poderia até inviabilizar a empresa de continuar ofertando [...] e nos foi ofertado como uma mudança de paradigma, de cultura e até como uma mudança de que nós teríamos uma gestão melhor e que isso iria acontecer”
(Entrevistado I).

“Sim, nós mudamos porque eles vieram com essa proposta e falaram que o produto que a gente usava anteriormente não iria existir mais, que não iriam abrir mais vidas, para colocar mais vidas nesse plano, que era o que tinha antes e a alteração feita no custo desse plano, ela foi muito alta”
(Entrevistado A).

“A gente buscou custo. Isso é claro, claro e evidente. A gente foi atrás de custo menor, porque plano de saúde hoje é tudo muito caro, não adianta você fazer com planinho de valor baratinho, porque você vai ter o baratinho lá na frente também” (Entrevistado C).

6.5 OUTRAS CONTRIBUIÇÕES

Ao final da entrevista, os participantes puderam ficar à vontade para contribuir com outras colocações. Então, estes apontaram sobre o atendimento aos beneficiários por parte da operadora:

“Eu acho que a (Operadora de Saúde) precisava ter sim estruturado melhor para poder garantir aquilo que o modelo sugere, que é para ser. Eu acho que conhecimento até mesmo da parte do pessoal da própria (Operadora de Saúde). Nós recebemos muitas informações atravessadas de recepcionista e a atendente via telefone” (Entrevistado A).

Outro ponto salientado pelos indivíduos foi referente ao tempo de cobrança da coparticipação realizada ao utilizar alguns tipos de atendimento do plano. Os participantes afirmam que, por essa cobrança poder vir descontada após meses em que o atendimento foi realizado, isto gera desconforto ou até desconfiança de que se a cobrança está sendo realizada de maneira correta, mesmo com a possibilidade de acompanhamento desta através do aplicativo disponibilizado pela Operadora:

“Porque apesar de ter as vezes a questão do aplicativo, ele não tem aquele entendimento, às vezes acha que passou hoje para o pronto-socorro nesse mês já virar descontando em folha de pagamento. No acompanhamento desse processo, não fica muito claro para ele porque na verdade ele não entende mesmo, por ser leigo de repente nesse processo. Então, às vezes criar uma insegurança, porque às vezes eles acham que está sendo descontado algo que já foi descontado [...]” (Entrevistado C).

E, também houve sinalização quanto ao preparo e atualização dos médicos que atuam no serviço:

“O projeto é excelente, eu acho uma coisa revolucionária, acredito que o caminho é esse, o futuro é isso. O futuro é de uma medicina de boa qualidade, de custo mais baixo e de resolução, mas precisa pensar no profissional que está ali diante desse paciente” (Entrevistado G).

“Eu não estou questionando e nem jamais questionaria a área de um médico na profissão dele, porque eu não sou médica, não tenho especialidade nenhuma, mas eu estou questionando a questão experiência e a questão humanitária. A questão é mais até psicológica de se colocar, a empatia, se colocar no lugar do outro. Porque o médico ele tem que se colocar de vez em quando no lugar do paciente, ele tem que ser paciente mais do que o paciente, porque o paciente é um paciente” (Entrevistado I).

“O que eu percebo é que precisa se fazer pelas operadoras é que esses médicos de referência realmente tenham um treinamento voltado para essa atenção básica. Eu percebi que no início, quando ele entrou, alguns médicos não tinham essa formação eles continuaram sem ter essa visão do todo. Então como um ponto de observação é realmente investir para que esses profissionais tenham essa formação e não uma formação generalista ou do conceito antigo, isso seria um ponto de referência para que funcione. Porque se eles não tiverem essa formação essa visão para o atendimento, não adianta existir o plano, porque não vai funcionar, vai ficar só conceitual” (Entrevistado J).

Ao final é possível constatar que o modelo praticado está centrado na figura do profissional médico. Não observamos nas entrevistas menção dos outros profissionais de saúde envolvidos no cuidado de saúde desses indivíduos. Uma hipótese é a questão comercial envolvida, ou seja, para que os empresários confiem e comprem o plano, a venda foi realizada somente com base na figura do médico e desconsiderando, por vezes, os papéis fundamentais realizados pelos outros profissionais de saúde. Todavia, há resistência quanto ao papel desempenhado pelo médico de referência. Por vezes, o indivíduo o vê como uma espécie de encaminhador para especialidades, ou seja, não está claro sua capacidade de resolução das questões de saúde.

Há, portanto, muitos desafios a serem superados, sobretudo quando observarmos impressões negativas deste plano, as quais destacam o médico de referência como um tipo de restrição, além da demora para um agendamento, porém, não foi mencionado qual o prazo considerado moroso. As dificuldades de entendimento e confiabilidade neste profissional e a cobrança de coparticipação em alguns serviços também foram questões desfavoráveis. Por outro lado, as qualificações deste modelo têm um peso importante para os contratantes, sendo estes o histórico e acompanhamento de saúde, a diminuição do custo assistencial e do absenteísmo.

Partindo do ponto de vista que as questões inerentes à saúde e à doença devem ser pensadas a partir dos contextos socioculturais específicos, ou seja, nos quais os mesmos ocorrem, sendo assim, é preciso levar a biomedicina em questão, uma vez que, a mesma é um sistema cultural em que as realidades da clínica médica devem ser analisadas a partir de perspectiva transcultural. Desta forma, o sistema de atenção à saúde não está desacoplado de outros aspectos gerais da cultura, assim como um sistema social não está dissociado da organização social de um grupo. Conseqüentemente, a maneira através da qual um determinado grupo social pensa e se organiza, para manter a saúde e enfrentar episódios de doença, não está dissociado da visão de mundo e da experiência geral que esse tem a respeito dos demais aspectos e dimensões sociocultural mente informados (LANGDON; WIIK, 2010). Compreende-se, portanto, que as dificuldades de compreensão do sistema de saúde brasileiro, tanto para usuários quanto para os profissionais, estão ligadas à forma como o fenômeno saúde/doença foram historicamente construídos no Brasil.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Atenção Primária à Saúde foi fundada com o objetivo de organizar os serviços e levar saúde às populações com equidade e de forma a possibilitar o controle dos custos visto que, a saúde subespecializada é mais cara do que a Atenção Primária e ameaça os princípios da equidade.

Diferente e, ao mesmo tempo similar ao objetivo da inicial da APS, o setor de saúde privado no Brasil deu o pontapé para a mudança na lógica do funcionamento deste setor em 2012. Evidentemente, porque esse setor presta um atendimento fragmentado, de baixa resolutividade e, por isso, com custos elevados a ponto de tornar-se pouco sustentável.

Nesta conjuntura, a revisão da literatura mostrou que a APS continua alicerçada nos conceitos colocados desde sua criação: Acesso, Integralidade, Longitudinalidade e Coordenação. Pelas benfeitorias desse modelo de atenção à saúde, o caminho encontrado pela saúde suplementar no Brasil foi implementar a APS para a prestação da saúde sustentável.

No entanto, a literatura ainda descreve as dificuldades de implementação desse sistema de saúde no Brasil por fatores sociais, geográficos, políticos e econômicos. Em outros países do mundo o sistema também apresenta empecilhos de diferentes ordens. Mesmo assim, com virtudes importantes para a saúde.

Por meio da análise documental, identificamos que a fundamentação para a criação das diretrizes da APS na operadora estudada foi baseada na literatura tradicional do tema, justamente pela capacidade de prover o direcionamento no curso assistencial. Inclusive este é o objetivo da Agência Nacional de Saúde ao instituir o programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde em 2019. A Certificação em APS propõe um modelo inovador na saúde suplementar para a reorganização da porta de entrada do sistema com base em cuidados primários em saúde, com vista à indução da mudança do modelo de atenção e ao modelo de remuneração para geração de valor.

Para a implantação desse sistema na Operadora houve adequações em distintos segmentos, desde a estrutura física até de pessoas. Foi necessário um novo registro na ANS, assim como a implementação de um orçamento para atender os investimentos no sistema de informação, este específico para o setor e que atendesse a composição da equipe multidisciplinar e, o treinamento específico para os médicos, para a implantação da “carteira” de beneficiários para cada um desses profissionais.

Houve também planejamento do pagamento diferenciado para hospitais e especialistas, estes baseados na remuneração por performance (*P4P*), visto que existia apreensão de situações de risco como a resistência dos médicos especialistas, a não adesão do cliente ao plano, entre outros.

Através dos discursos dos gestores das empresas contratantes, coletados ao longo da pesquisa, pudemos perceber que para os envolvidos a principal diferença observada entre o plano tradicional e o plano de APS é a presença do médico de referência. Também pudemos notar o quão importante é a presença do guia médico neste processo. É como se receber em mãos “o encarte” de opções de utilização deixasse os indivíduos aptos à utilização do serviço. Além disso, “não ter liberdade de escolha” ou de “folhear e escolher” o atendimento destes profissionais é uma realidade da lógica comercial do setor privado de saúde. Do mesmo modo, a cobertura de serviços, a nível de grupos de municípios, foi uma percepção de diferença entre os planos.

Entre as percepções negativas desse modelo de saúde e que se constitui em um dos maiores desafios dessa lógica de assistência: o acesso ao sistema de saúde através do médico de referência. Os beneficiários não entendem o papel desse profissional e da equipe de saúde, assim como as suas funções e habilidades. Por isso encontramos relatos de demora para o encaminhamento para especialidades médicas e a incerteza na condução clínica desenvolvida nesse setor. Outras realidades vistas como negativas foram: pagamento individual na modalidade coparticipação para determinadas utilizações, hospitais distantes e unidades de atendimento com grande demanda sem que haja capacidade instalada para o atendimento.

Por outro lado, o acompanhamento de saúde pelo médico de referência e o prontuário único foram vistos como positivas por alguns participantes. De acordo com eles, dessa forma é possível a proximidade com a unidade de atendimento e oferece a possibilidade de buscar o médico de referência por quaisquer motivações: saúde, doença ou questões de outras ordens. Relatam que esta estratégia traz visão de promoção de saúde e prevenção de doenças e que esse conjunto pode ser capaz de diminuir os custos com a saúde e o absenteísmo nas empresas.

A partir dos resultados desta pesquisa, notamos que os sistemas de saúde organizado pelos atributos da Atenção Primária, tanto na saúde pública quanto na saúde suplementar, possuem falhas que ainda precisam ser trabalhadas, mesmo com os benefícios desse modelo de saúde apresentados na literatura. Infere-se também que a problemática da APS é semelhante em ambos os setores - Público e Privado -, ou seja, se faz necessária a discussão da resolutividade da APS em ambos os setores e decerto o desafio pode ser ainda maior na saúde suplementar brasileira devido seu histórico fundamentado na assistência individual, especializada e de livre escolha.

Como limitações deste estudo destaca-se a delimitação do período de análise para a busca de estudos sobre o assunto e a ausência de trabalhos encontrados sobre esse tema na saúde suplementar brasileira. Por fim, salientamos a necessidade de pesquisas que busquem acompanhar e analisar o cenário da Atenção Primária à Saúde no setor privado no Brasil afim de identificar e responder às questões que a permeiam, especialmente pela prática recente e inovadora neste setor.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. H. M. et al. Avaliação da atenção primária em saúde por usuários com e sem deficiência. **CoDAS**, v.29 n.5, 2017.
- ALMEIDA, P. F. et al. Coordenação do cuidado e atenção primária no Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v.42, n. 1, p.244-260, setembro 2018.
- ARAUJO, J. P. et al. Avaliação dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde da criança. **Rev Bras Enferm** n.71, p.1447-54, 2018.
- BARBOSA, M. I. S. B.; BOSI, M. L. M. Vínculo: um conceito problemático no campo da saúde coletiva. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.27, n.4, p.1003-1022, 2017.
- BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BRASIL. Agência Nacional De Saúde. **Manual De Certificação De Boas Práticas Em Atenção Primária À Saúde De Operadoras De Planos Privados De Assistência À Saúde**. Rio de Janeiro, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_2018.pdf> Acesso em: 26 mar. 2020.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Dados_e_indicadores_do_setor/total-cad-info-jun-2019.pdf. Acesso em: 26 mar. 2020.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/qualidade-da-saude/4763-ans-lanca-programa-para-incentivar-a-atencao-basica-nos-planos-de-saude>> Acesso em: 03 mar. 2019.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Disponível em <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/4499-ans-define-regras-para-cobranca-de-coparticipacao-e-franquia-em-planos-de-saude>> Acesso em 25 jan. 2020.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. **Guia para Implementação de Modelos de Remuneração baseados em valor**. Disponível em:<http://www.ans.gov.br/images/Guia_-_Modelos_de_Remunera%C3%A7%C3%A3o_Baseados_em_Valor.pdf> Acesso em: 30 jan. 2020.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Disponível em http://www.ans.gov.br/aans/biblioteca/index.php?option=com_glossario&view=termo&id=125> Acesso em 30 jan. 2020.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/stories/diqs/Ficha_Tecnica_dos_Indicadores_DIQS> Acesso em: 30 jan. 2020.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. **RN nº 195, de 14 de julho de 2009 dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.** Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQ1OA==>> Acesso em: 30 jan. 2020.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde. **Resolução normativa - RN nº 259, de 17 de junho de 2011. Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de planos privado de assistência à saúde e altera a Instrução Normativa – IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO.**

BRASIL. Agência Nacional de Saúde. Resolução normativa - RN nº 440, de 13 de dezembro 2018. Institui o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. **Diário oficial [da] República Federativa do Brasil.** Brasília, 03 dez. 2018.

BRASIL. Lei 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] República Federativa do Brasil.** Brasília 19 set.1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **NOB – SUS 1996.** Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre Pesquisa envolvendo Seres Humanos. **Diário oficial [da] República Federativa do Brasil.** Brasília, 12 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

DALBELLO-ARAUJO, M. Comunidade ampliada de Pesquisa. In: ROSA, E. M. L.; AVELLAR, L. Z. (orgs.) **Psicologia Social: temas em debate.** Vitória, ES: UFES-ABRAPSO/GM. Gráfica e Editora, 2008.

DAL PRÁ, K. R. et al. O Sistema Nacional de Saúde Cubano: caracterização dos serviços de atenção primária à saúde. **Tempus, actas de saúde colet,** Brasília, 9(2), 91-103, jun., 2015.

FERREIRA, V. D. et al. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em um Município Mineiro. **Esc Anna Nery**, v.20, n.4, 2016.

FAUSTO, M. C. R; MATTA, G. C. Modelos de atenção e a saúde da família. MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D'Andrea. **Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas**). Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007.

FRACOLLI, L. A. et al. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde num município do interior do Estado de São Paulo – Brasil. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 39, n.1, p.54-61, 2015.

FONTANELLA, B.J.B; et al. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p.17-27, jan. 2008.

HARZHEIM, E. et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.8, p.1649-1659, ago. 2006.

KRIPKA, R. M. L. et al. Pesquisa documental: considerações sobre conceitos e características na Pesquisa Qualitativa. **Atas CIAIQ**. [S.l.: s.n.], 2015.

LANGDON, E. J; WIJK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** jan-jun 2010; 18(3): [09 telas].

LIMA, E. F. A. et al. Avaliação dos atributos da atenção primária na perspectiva das usuárias que vivenciam o cuidado. **Rev. Latino – Am. Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 553-9, 2015.

LINS, T. S. et al. Avaliação dos atributos em atenção primária à saúde no estágio em saúde da família. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v.40, n.3, p. 355-363, 2016.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. **Pesquisa em Educação** - abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MALOUIN, R. A.; STARFIELD, B.; SEPULVEDA, M. J. Evaluating the tools used to assess the medical home. **Manag Care** [Internet] 2009[cited 2015 Jun 10];18(6):44-8. Disponível em: <<http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policycenter/PCAT%20pubs/Malouin%202009.pdf>> Acesso em: 30 jan. 2020.

MEDINA, M. G. et al. Promoção de Saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de saúde de família. **Saúde Debate**, Rio De Janeiro, v. 38, n. Especial, p. 69-82, out. 2014.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília, DF: Conselho Nacional dos Secretários de Saúde, 2015.

MINAYO, M. C. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MINISTRY OF HEALTH. **Interim report on the future provision of medical and allied services**. London, 1920. Disponível em: <<http://www.sochealth.co.uk/history/Dawson.htm>>. Acesso em: 06 nov. 2019.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, 2016; 19(3): 507-519.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, n.1 v.24, p.165-179, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. In: conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 1979. Disponível em: <<https://www.opas.org.br/declaracao-de-alma-ata/>>. Acesso em: 06 nov. 2018.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, n.9779, v.377, p. 1778–1797, 21 May 2011. Periódico online.

PRATES, J. C.; PRATES, F. C. Problematizando o uso da técnica de Análise Documental. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 15, n. 2, p. 111-125, jul./dez. 2009.

PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 255-276, 2017.

ROLIM, L. B. et al. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Rev Bras Enferm**, v.72, n.1, p.24-31, 2019.

SÁ-SILVA, R. J. et al. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**. n.1, a. 1, p. 1-14, jul, 2009.

SCHEFFER, M.; BAHIA, L. Planos e seguros privados de saúde no Brasil: Lacunas e perspectivas da regulamentação. HEIMANN, L. S.; IBANHES, L. C.; BARBOSA, R. (Org.). **O público e o privado na saúde**. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 127-165.

SHIMIZU, H.; RAMOS, M. C. Avaliação da qualidade da estratégia saúde da família no Distrito Federal. **Rev Bras Enferm**, v. 72, n. 2, p. 385-92, 2018.

SILVA, A. N. et al. A avaliação da atenção primária a saúde na perspectiva da população masculina. **Rev Bras Enferm**, v.71, n.2, p.255-63, 2018.

SILVA, S. A. et al. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.23, n.5, p.979-87, 2015.

SILVA, S.A. et al. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: visão dos profissionais de saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, p.126-32, 2014.

SOUZA, J. et al. Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 2, p. 221-228, mai./ago. 2011.

STARFIELD B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf> Acesso em: 30 jan. 2020.

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

VIDAL, T. B. et al. Avaliação do desempenho da atenção primária à saúde em Florianópolis, Santa Catarina, 2012: estudo transversal de base populacional. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 27, n. 4, 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Análise documental da operadora x manual de certificação da ANS

| DOCUMENTOS | A. MANUAL DE CERTIFICAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE OPERADORAS DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE | B. DOCUMENTO INTERNO DA OPERADORA | C. TERMO DE ABERTURA DE PROJETOS OPERADORA |
|------------------------------|--|--|--|
| Data do documento | 2019 | - | 28/05/2012 |
| Esfera de abrangência | Operadoras de Plano de Saúde | Operadora de Saúde | Operadora de Saúde |
| Autores | - | P. M. D.B.F. | P. M. D. B. F. |
| Conceitos-chaves | Agência Nacional de Saúde (ANS), Atenção Primária à Saúde, Certificação | Trabalho em equipe, Porta de entrada, Boa acessibilidade, Integralidade, longitudinalidade, Medicina centrada na pessoa, menor custo, cliente satisfeito, remuneração justa para equipe, equipe multiprofissional. | Atenção Primária, Agência Nacional de Saúde (ANS), Novo Produto, Redução de Custos, Aumento da Satisfação. |
| Objetivos | A Certificação de Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde – APS de operadoras de Saúde Suplementar | Cliente mais satisfeito, menor custo para operadora, equipe reconhecida e remunerada de forma justa. | Implantar o modelo de atenção primária em saúde em uma operadora de saúde suplementar, através da criação de um novo produto e de um serviço específico para atender ao cliente. |
| Princípios | 1.Porta de entrada do sistema – primeiro contato acolhimento 2. Longitudinalidade do cuidado 3. Alta coordenação do cuidado 4. Integralidade do cuidado | Redução do custo assistencial. | Redução de custos e Aumento da Satisfação |

| | | | |
|--------------------|--|---|---|
| | 5. Heterogeneidade das demandas 6. Centralidade na família 7. Orientação ao paciente e a comunidade | | |
| Diretrizes | Planejamento de estrutura técnica; Ampliação e qualificação do acesso; qualidade da continuidade do cuidado; interações centradas no paciente; monitoramento e avaliação da qualidade; educação continuada; modelos inovadores de remuneração baseadas em valor. | 1.Médicos com qualificação Técnica e humana; 2.Sistema de informações com prontuário de fácil uso e que permita o gerenciamento do cuidado; 3.Médicos de AP: remuneração capitation; 5.Modelo de remuneração com incentivo à qualidade (Médicos e hospitais); 5.Modelo de incentivo a adesão (Programa de envelhecimento ativo inscrito na ANS); 6.Gestão de risco em saúde (Mapeamento de risco e avaliações de indicadores) 7.Unidades de atendimento com: Carteira Médica, Protocolos clínicos, atendimento de clínica médica, ginecologia e pediatria; 8.Sistema de informação integrado 9.Plano coletivo empresarial; 10.Coparticipativo; 11.Abrangência: Serra e Vitória 12.Preço competitivo; | 1.Sistema de informação específico; 2.Área física para implantação da Unidade de Atendimento; 3.Aprovação do Produto na ANS; 4.Preço competitivo; 5.Campanha de Marketing; 6.Produto coletivo empresarial com rede específica e abrangência na região metropolitana; 7.Produto coparticipativo com incentivo para percurso assistencial; 8.Treinamento da equipe de médicos em APS; 9.Remuneração Médica per capita e com incentivo à qualidade; 10.Remuneração da Rede de atendimento com incentivo à qualidade |
| Fundamentos | Propor um modelo inovador na saúde suplementar para reorganização da porta de entrada do sistema com base em cuidados primários em saúde, com vista à indução da mudança do modelo de atenção | Economia para a Operadora de Saúde | A APS em sistemas de saúde (Público e Privado) levou a redução de custos e aumento da satisfação de clientes e usuários. |

| | | | |
|------------------|--|---|---|
| | e ao modelo de remuneração para geração de valor | | Não adesão do cliente ao produto, resistência dos médicos especialistas ao modelo, inconsistências no processo de integração de sistemas. |
| Histórico | A atenção primária pode ser considerada a pedra fundamental do cuidado em saúde em diferentes sistemas de saúde na experiência de muitos países. É reconhecidamente a porta de entrada preferencial de acesso ao sistema de saúde, sendo ela que possibilita um melhor fluxo e itinerário do paciente entre os demais níveis de atenção, fundamentado nas necessidades de saúde apresentadas, nos seus mais diversos graus de complexidade. A disponibilidade de serviços de cuidados primários na saúde suplementar no Brasil, embora apresente desafios inerentes à atual lógica organizativa da rede de serviços ofertados pelas operadoras de planos privados de saúde, oferece oportunidade ímpar de melhoria da qualidade e redesenho do arranjo assistencial caracterizado hoje pela fragmentação e descontinuidade do cuidado existentes no setor. | 2008: Troca de experiência com Kaiser Permanente 2011: representantes conhecem o modelo de CHA e Kaiser e congresso sobre pagamento por performance. | |

APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista

Roteiro de Entrevista

Identificação:

Função:

Seguimento:

Data:

Idade:

1. Há quanto tempo trabalha na empresa?
2. Você sabe a quanto a empresa está no plano?
3. Você acompanhou a troca do plano?
4. Você vê diferença entre o plano tradicional e o novo plano? Quais?
5. Percebe vantagens nesse modelo de plano de saúde? Quais?
6. Você sabe porque a empresa mudou para esse plano?
7. Há pontos negativos? Quais?
8. Há pontos positivos? Quais
9. Gostaria de comentar algo mais sobre o plano?

APÊNDICE C – Termo de consentimento

**Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)**

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa como voluntário. Após os esclarecimentos quanto as informações a seguir e caso deseje participar desse estudo, assine ao final do documento que está em duas vias. Uma via é sua e a outra é do pesquisador responsável. Caso recuse a participar, não será prejudicado (a) de maneira alguma. Se surgir dúvida, poderá solicitar esclarecimentos ao pesquisador em qualquer momento. Você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética da EMESCAM, que validou esse trabalho no telefone (27) 3334-3586 ou pelo e-mail comitê.etica@emescam.br ou no endereço Comitê de Ética em Pesquisa – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – Av. N.S. da Penha, 2190, Santa Luzia – Vitória – ES – 29045-402 ou Comitê de Ética.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Título do Projeto de Pesquisa: A Atenção Primária na Saúde Suplementar

Instituição: EMESCAM

Telefone: 3334-3586

Pesquisador responsável:

Nome: Thuany Küster Will

Endereço: Rua Gonçalves Dias, 1292, São Diogo, Serra – ES

Telefone: (27) 99998-6340

Assinatura do Participante: _____

Assinatura do Pesquisador: _____

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – Av. N.S. da Penha, 2190, Santa Luzia – Vitória – ES – 29045-402. Telefone (27) 3334-3586. E-mail comitê.etica@emescam.br



Objetivos da pesquisa:

Objetivo Geral: Analisar o funcionamento do modelo de Atenção Primária à Saúde na Saúde Suplementar. **Objetivos Específicos:** Descrever os Princípios e Diretrizes da Atenção Primária à Saúde; descrever o Modelo de Atenção Primária na Saúde Suplementar; Avaliar a visão do contratante sobre o modelo de atenção primária à saúde.

Procedimentos: a entrevista será realizada com o apoio de um questionário como um instrumento orientador e com apoio de um gravador para que não se perca as informações passadas pelo entrevistado.

Riscos e desconfortos: Essa pesquisa apresenta riscos mínimos devido a metodologia de não realizar qualquer intervenção, mas, é possível gerar desconforto ao entrevistado. Caso o indivíduo não se sinta confortável ou à vontade para responder quaisquer abordagens do questionário, poderá questionar o pesquisador ou desistir em qualquer momento.

Benefícios: Conhecer o modelo de APS serviço suplementar a saúde é importante pois, o evento histórico é recente e contribuirá para a literatura e construção das ideias dos profissionais que atuam nesse serviço, das operadoras de saúde, das contratantes e dos beneficiários. Além disso, conhecer a visão do contratante é importante pois a partir dessa representação é possível servir de apoio para as análises já que esse sujeito é um elo entre os beneficiários e a operadora de saúde.

Assinatura do Participante: _____

Assinatura do Pesquisador: _____



Custo/Reembolso para o pesquisado: O participante da pesquisa deverá participar voluntariamente da pesquisa, ou seja, não receberá quaisquer espécies de apoio financeiro para participar da pesquisa (Como por exemplo passagens, lanches ou qualquer outro custo) visto que, a pesquisa não é patrocinada por nenhuma instituição ou órgão. O pesquisador é que irá deslocar-se até o local e dia proposto pelo participante afim de evitar quaisquer despesas para o participante.

Confidencialidade: As entrevistas serão gravadas e transcritas na íntegra e, após as transcrições, serão apagadas. Somente a pesquisadora e a sua orientadora terão acesso aos dados coletados. Todas as informações serão mantidas em sigilo pelo pesquisador além disso, as cópias da assinatura do TCLE serão arquivadas pelo pesquisador.

Consentimento de Participação

Eu _____, RG: _____/_____, CPF _____, abaixo assinado, autorizo a participação no estudo referido. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos assim como algum desconforto decorrentes da participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer prejuízo.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante: _____

Assinatura do Pesquisador: _____


Obs) Todas as páginas deverão ser assinadas.

APÊNDICE D – Carta de anuência

CARTA DE ANUÊNCIA

Vitória, 31 de Agosto de 2018

Eu, Dr^o _____, responsável pela instituição na função de **Diretor de Provimento de Saúde**, autorizo a realização da pesquisa intitulada **Atenção Primária na Saúde Suplementar**, sob responsabilidade da pesquisadora Thuany Küster Will. Informo que a instituição possui infraestrutura necessária e adequada ao desenvolvimento da pesquisa. Comunico que os procedimentos da referida pesquisa a serem realizados nesta instituição somente poderão ter início após a apresentação da Carta de Aprovação emitida pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Instituição Proponente, conforme o disposto na Resolução 466/12 do Conselho Nacional da Saúde (CNS).



ANEXOS

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Atenção Primária na Saúde Suplementar

Pesquisador: Thuany Küster Will

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 99861918.6.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.041.882

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa intitulado "Atenção Primária na Saúde Suplementar" é vinculado ao Mestrado de Políticas Públicas e Desenvolvimento Social da Emescam e será realizado em co-parceria com a UNIMED - Vitória. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, tendo como objetivo analisar a Atenção Primária e Suplementar na região metropolitana da Grande Vitória- ES. O estudo será realizado por meio de pesquisa bibliográfica, análise documental e entrevista com representantes do plano de saúde da Atenção Primária, afim de analisar a visão da empresa contratante sobre o modelo de atenção primária à saúde. Os participantes serão aproximadamente dez representantes ou gestores das maiores empresas contratantes desse modelo na região metropolitana da Grande Vitória -ES.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO

Analisar o modelo de Atenção Primária na Saúde Suplementar da região metropolitana da Grande Vitória, - ES.

OBJETIVO SECUNDÁRIO

- Descrever os Princípios e Diretrizes da Atenção Primária à Saúde

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 3.041.882

- Descrever o Modelo de Atenção Primária na Saúde Suplementar
- Analisar a percepção dos clientes sobre o modelo de atenção primária à saúde

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS:

A pesquisadora reconhece que há risco mínimo e que pode gerar desconforto que será minimizado por meio de "[...] orientações e avisos da total proteção e confidencialidade das informações e o pesquisador se compromete a esclarecer qualquer questão que fique em dúvida".

BENEFÍCIOS:

De acordo com a pesquisadora a pesquisa "[...]" contribuirá para a literatura e construção das ideias dos profissionais que atuam nesse serviço, das operadoras de saúde, das contratantes e dos beneficiários". Além de conhecer a visão do contratante por ser este "[...] um elo entre os beneficiários e a operadora de saúde".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de Pesquisa relevante, pois buscará analisar a APS como modelo de atenção à saúde no setor privado e assim produzir conhecimento sobre essa área, já que, segundo a pesquisadora há pouca produção científica na área.

Para a realização da pesquisa documental foi necessária a aprovação e assinatura da Carta e Anuência pelo Diretor de Provimentos em Saúde da Unimed (Anexo A) além da exigência de submissão do projeto ao CEP UNIMED VITÓRIA após aprovação do CEP -Emescam


Mantido o Anexo B em que a pesquisadora garante a manutenção do sigilo das informações, conforme declaração de responsabilidade na utilização dos dados obtidos como exigido pela Unimed Vitória.

A pesquisadora seguindo a recomendação do CEP para "rever a Declaração de Responsabilidade do pesquisador (ANEXO C)" informa que tal declaração foi retirada dos anexos, visto ferir a resolução 466/2012 e que atualizou o cronograma prevendo a aprovação pelo CEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados Carta de Anuência devidamente assinada (Emescam e Unimed); Folha de rosto, projeto completo, TCLE, Termo de utilização dos dados (assinado pela pesquisadora).

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA - 

Continuação do Parecer: 3.041.882

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Favorável à aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|--------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1208223.pdf | 09/11/2018 21:53:50 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | projeto_thuany.doc | 09/11/2018 21:53:10 | Thuany Küster Will | Aceito |
| Outros | AnexoB.pdf | 26/09/2018 22:43:08 | Thuany Küster Will | Aceito |
| Outros | AnexoAcartadeAnuencia.pdf | 26/09/2018 22:41:15 | Thuany Küster Will | Aceito |
| Outros | apendiceB.docx | 26/09/2018 22:36:32 | Thuany Küster Will | Aceito |
| Outros | apendiceA.docx | 26/09/2018 22:34:46 | Thuany Küster Will | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.docx | 26/09/2018 22:33:40 | Thuany Küster Will | Aceito |
| Folha de Rosto | Folhaderostoassinada.pdf | 10/09/2018 20:23:20 | Thuany Küster Will | Aceito |


Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA - 

Continuação do Parecer: 3.041.882

VITORIA, 27 de Novembro de 2018

Assinado por:
PATRICIA DE OLIVEIRA FRANCA
(Coordenador(a))