

ATENÇÃO PRIMÁRIA E SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL: REVISÃO INTEGRATIVA

PRIMARY CARE AND SUPPLEMENTARY HEALTH IN BRAZIL: AN INTEGRATIVE REVIEW

ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD COMPLEMENTARIA EN BRASIL: UNA REVISIÓN INTEGRADORA

Lourrany Borges Costa¹, Thais Marcella Rios de Lima Tavares², Ana Beatriz Feijó de Andrade³, Bruna Soares Praxedes⁴, Thayná Custódio Mota⁵, Artur Paiva dos Santos⁶

RESUMO

Sintetizar o conhecimento sobre a incorporação de iniciativas baseadas na Atenção Primária à Saúde pela Saúde Suplementar brasileira. Trata-se de uma revisão integrativa que seguiu seis fases: elaboração da pergunta norteadora, busca na literatura, coleta de dados, análise crítica dos trabalhos, discussão e síntese. Foram buscadas publicações brasileiras nas bases SciELO, Pubmed, Periódicos CAPES, EBSCOHost e Google Scholar, entre os anos 2009 e 2019. Foram analisadas 22 publicações. Os trabalhos versavam sobre conceitos e experiências de Atenção Primária por operadoras de planos de saúde. Os resultados apontam uma gestão mais efetiva com maior satisfação dos beneficiários. A resistência de médicos especialistas, falta de qualificação profissional, motivação política e viés cultural configuram empecilhos para essa reorganização assistencial. O modelo de Atenção Primária impacta tanto na qualidade dos serviços quanto na sustentabilidade econômica da Saúde Suplementar, proporcionando aos usuários o cuidado integral, com prevenção de doenças e promoção de saúde.

Descritores: *Saúde Suplementar; Planos de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Revisão.*

ABSTRACT

To synthesize knowledge about the incorporation of initiatives based on Primary Health Care by the Brazilian Supplementary Health sector. This is an integrative review, which followed six phases: elaboration of the guiding question, literature search, data collection, critical analysis of the articles, discussion, and synthesis. Brazilian publications were searched, in the SciELO, Pubmed, CAPES Periodicals, EBSCOHost, and Google Scholar databases, between 2009 and 2019. 22 publications were analyzed. The articles were about concepts and experiences of Primary Care by private health plan operators. The results point to more effective management with greater beneficiary satisfaction. The resistance of specialist physicians, lack of professional qualification, political motivation, and cultural bias constitute obstacles to this care reorganization. The Primary Care model impacts both the quality of health services and the economic sustainability of the Supplementary Health sector, providing users with comprehensive care, disease prevention, and health promotion.

Descriptors: *Supplemental Health; Prepaid Health Plans; Primary Health Care; Review Literature.*

RESUMEN

Sintetizar conocimientos sobre la incorporación de iniciativas basadas en Atención Primaria por la Salud Complementaria Brasileña. Se trata de una revisión integradora, que siguió seis fases: elaboración de la pregunta orientadora, búsqueda bibliográfica, recolección de datos, análisis crítico, discusión y síntesis. Se buscaron publicaciones brasileñas, en las bases SciELO, Pubmed, CAPES Periodicals, EBSCOHost y Google Scholar, entre 2009 y 2019. Se analizaron 22 publicaciones. Los trabajos versaron sobre conceptos y experiencias de Atención Primaria. Los resultados apuntan a una gestión más eficaz con mayor satisfacción de los beneficiarios. La resistencia de médicos especialistas, la falta de cualificación profesional, la motivación política y el sesgo cultural constituyen obstáculos para esta reorganización asistencial. El modelo de Atención Primaria impacta tanto en la calidad como en la sostenibilidad económica de la Salud Complementaria, brindando a los usuarios una atención integral, con prevención de enfermedades y promoción de la salud.

Descritores: *Salud Complementaria; Planes de Salud de Prepago; Atención Primaria de Salud; Revisión.*

¹ Universidade de Fortaleza. Fortaleza, Ceará, Brasil. (0000-0002-6334-8624)

² Universidade de Fortaleza. Fortaleza, Ceará, Brasil. (0000-0002-6334-8624)

³ Universidade de Fortaleza. Fortaleza, Ceará, Brasil. (0000-0003-0169-8175)

⁴ Universidade de Fortaleza. Fortaleza, Ceará, Brasil. (0000-0001-6220-0612)

⁵ Universidade de Fortaleza. Fortaleza, Ceará, Brasil. (0000-0003-2466-8067)

⁶ Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil. (0000-0002-9261-8718)

INTRODUÇÃO

Em comparação a diversos países desenvolvidos, o Brasil teve seu sistema de seguridade social criado tardiamente por meio da Constituição de 1988, com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), cabendo unicamente ao Estado dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle. O SUS tem como princípios a universalidade de acesso, a igualdade e a integralidade da assistência; enquanto as suas diretrizes são a descentralização, a hierarquização e a participação da comunidade. Esse modelo rompe com a lógica do seguro saúde existente até então para a seguridade social¹.

Apesar da instituição do SUS como sistema universal, gratuito e público, o texto constitucional também afirma que a saúde é livre à iniciativa privada, de forma complementar. Assim, o Brasil possui um modelo considerado “duplicado”, em que no *mix* público-privado coexistem provimento, financiamento, demanda e utilização dos serviços de saúde. O segmento privado é chamado de Saúde Suplementar¹⁻³.

No Brasil, a Saúde Suplementar teve início em 1970. Esse setor sofreu grande ampliação desde então, todavia, sem ter suas atividades normatizadas, orientadas e fiscalizadas, sendo alvo de diversas críticas pelos beneficiários. Nesse contexto, surgiu a Lei nº 9.656 de 1998, que regulamentou os planos e seguros privados de assistência à saúde no território brasileiro⁴.

No ano 2000 foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) pela Lei nº 9.961, objetivando a promoção da defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde. Com o tempo, a ANS, que atuava apenas na regulamentação econômico-financeira, incorporou o foco assistencial, a fim de garantir a qualidade do serviço. Seu papel é estabelecer regulamentações com o intuito de colaborar com a satisfação dos usuários, equilibrar financeiramente as empresas do setor, além de regular valores, produtos e coberturas⁴⁻⁶.

O Sistema de Saúde Suplementar compõe-se das seguintes modalidades assistenciais: autogestão, cooperativa médica, filantropia, medicina de grupo e seguradora especializada em saúde, odontologia de grupo, cooperativa odontológica e administradora de benefícios. Os planos podem ser individuais, quando contratados diretamente por uma pessoa física, ou coletivos, quando contratados para empregados de uma

empresa ou entidade de classe ou instituição (coletivo por adesão)⁷. Até março de 2020, os planos coletivos empresariais eram responsáveis por 65,9% dos clientes, enquanto os individuais ou familiares correspondiam a 12,7%⁸.

A maioria dos gastos com a saúde no Brasil é com o setor privado (51%), sendo mais da metade custeados pelas famílias brasileiras. Por conta dos crescentes subsídios federais, o mercado de planos de saúde e concessão da gerência de estabelecimentos públicos à iniciativa privada expandiram consideravelmente. Em 2013 esses subsídios chegaram a R\$ 25,4 bilhões, equivalentes a 30,6% do orçamento do Ministério da Saúde (MS). Em 2015, 26% da população possuía planos de saúde e o setor movimentou cerca de R\$ 132 bilhões^{9,10}.

Atualmente, com mais de 70 milhões de beneficiários, o setor privado tornou-se indispensável. De acordo com a ANS, em dezembro de 2019, 47.031.980 pessoas mantinham contrato com 1.500 operadoras médicas e odontológicas em todo o país. Na inexistência do setor privado, o SUS teria a responsabilidade sob 47 milhões de pessoas a mais nas filas de espera somente nesse período^{8,11}.

Devido ao modelo médico produtor de procedimentos, no ato prescritivo, fragmentado em subespecialidades, não considerando o processo saúde-doença, as condições sociais e ambientais e o cuidado longitudinal⁷, o setor Suplementar encontra-se em um processo de crise estrutural.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) vem advertindo os países com sistemas de saúde fragmentados que não estão conseguindo acompanhar as tendências epidemiológicas, como a ascensão de problemas crônicos. Esses sistemas têm custos elevados com métodos diagnósticos em massa, recursos tecnológicos e medicamentos, gerando ações ineficientes e desconexas de intervenção para o paciente⁷.

No intuito de contrapor essa crise, em 2005 a ANS publicou a Resolução nº 94, que aborda a adoção, pelas operadoras de planos de saúde, de programas de promoção à saúde e prevenção de doenças (chamados PROMOPREV)⁴. Assim, houve um processo de mudança do enfoque assistencial para uma atenção centrada em um cuidado integral do indivíduo. Dessa forma, estimulou-se a adoção de práticas de Atenção

Primária à Saúde (APS) e sua integração com a atenção especializada. Outros exemplos foram as Resoluções Normativas nº 26.419 e 26.520, ambas de 2011, que dispõem sobre promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, definindo conceitos e modelagens dos programas, e sobre os incentivos à participação dos beneficiários, como a oferta de descontos e prêmios. Tal posicionamento foi reafirmado em 2018 pela recente instituição pela ANS do Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde, o qual objetiva estimular a Saúde Suplementar a adotar um sistema baseado na Atenção Primária à Saúde (APS)¹².

A APS possui quatro atributos essenciais: acesso de primeiro contato, coordenação, longitudinalidade e integralidade. É encarregada do papel de *gatekeeper* do sistema de saúde, facilitando o caminho para o paciente encontrar o profissional adequado no momento certo e no local propício, aumentando o valor preditivo e eficiência dos especialistas. Vários estudos mostram que sistemas voltados para a APS forte são mais efetivos, mais satisfatórios para os usuários, têm menores custos e são mais equitativos⁷.

Frente ao exposto, o presente artigo tem como objetivo sintetizar o conhecimento, através de uma revisão integrativa, sobre a reorganização da Saúde Suplementar brasileira com a incorporação de iniciativas de APS e seu impacto para o setor de saúde do país.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de caráter descritivo e bibliográfico, que reuniu estudos para obter a síntese da temática proposta. Essa revisão possui uma abordagem metodológica ampla, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não experimentais. Nesse tipo de trabalho, o pesquisador sintetiza os resultados de informações publicadas, fazendo análises e interpretações críticas ampliadas do assunto escolhido¹³.

O estudo foi feito a partir de dados de fontes secundárias, por meio de um levantamento bibliográfico acerca da APS dentro da atenção à Saúde Suplementar, seguindo as seguintes etapas: elaboração da questão norteadora, busca na

literatura segundo os critérios de inclusão e exclusão, coleta de dados dos artigos selecionados, análise crítica dos dados encontrados, interpretação e discussão dos resultados, e síntese da revisão integrativa¹³.

Elaborou-se a questão norteadora: “O que se sabe sobre a incorporação de iniciativas de APS no âmbito da Saúde Suplementar no Brasil nos últimos 10 anos?”. Para o levantamento bibliográfico, realizou-se uma busca, de forma independente por dois pesquisadores, nas seguintes bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*) via PubMed, Periódicos CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) e EBSCOHost. Outras fontes, textos não publicados em periódicos científicos, por exemplo, resumos publicados em anais de eventos científicos, relatórios governamentais, leis, decretos, teses, dissertações e artigos publicados em revistas não indexadas, foram acrescentadas de acordo com a experiência dos autores, utilizando também a ferramenta de busca Google Scholar. Além disso, foi realizada busca manual de referências citadas nos artigos selecionados nas bases anteriores.

Nas estratégias de busca foram utilizados termos de indexação específicos (*Medical Subject Headings* – MeSH e Descritores em Ciências da Saúde – DeCS) nas línguas portuguesa e inglesa: “Atenção Primária à Saúde”, “Saúde Suplementar” e “Saúde privada”, “Primary Care”, “Supplemental Health” e “Private Health Care”. Foram realizadas combinações utilizando o operador lógico booleano “AND”, cruzando-se sempre o primeiro descritor com um dentre os dois últimos. Na base MEDLINE, foram utilizados os descritores em inglês. A pesquisa também foi realizada com o filtro de data de publicação de 2009 a 2019, com restrição para artigos em português, tendo o Brasil como o país relativo ao assunto.

Foram selecionadas informações sobre: ano de publicação, autores, base de dados, palavras-chave, título, periódico, desenho metodológico,

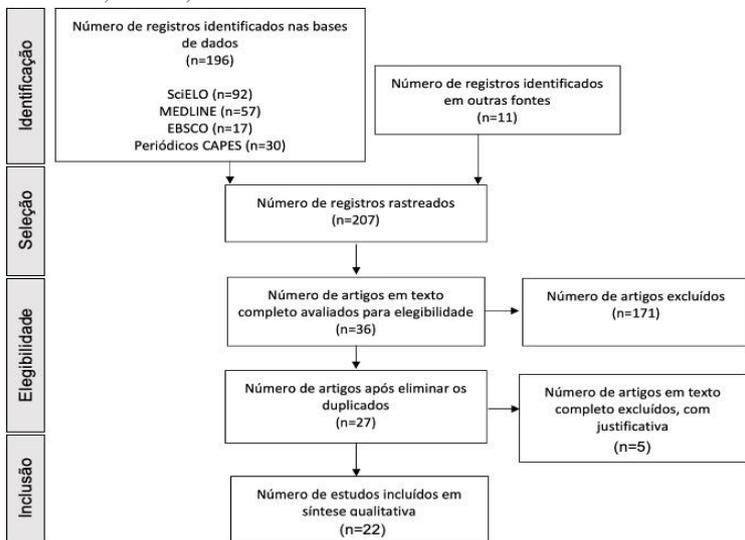
resultados e nível de evidência. Para a coleta de dados foram lidos os títulos e resumos das publicações identificadas e, na segunda etapa, lidos os textos na íntegra. Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: artigos brasileiros; artigos em português, artigos disponíveis on-line, artigos na íntegra que tratassem da temática abordada e artigos publicados e indexados nos referidos bancos de dados no recorte temporal estabelecido.

Em seguida, os estudos selecionados foram organizados em planilhas para auxiliar na análise. As informações coletadas foram interpretadas e analisadas pela sistematização de categorias temáticas, quando revelaram-se os seguintes temas principais: “aspectos conceituais da APS na Saúde Suplementar” e “experiências da implementação de iniciativas de APS por operadoras de planos de saúde”.

RESULTADOS

Identificou-se inicialmente 207 trabalhos sobre o tema (Figura 1). Ao fim da busca nas bases de dados, aplicação dos critérios de elegibilidade, leitura e eliminação de arquivos duplicados, foram selecionados 27 trabalhos. Alguns trabalhos, mesmo dentro dos critérios de elegibilidade, foram excluídos após a leitura completa do texto por terem sido considerados de pouca relevância para o tema da revisão. Assim, a síntese final contou com 22 trabalhos.

Figura 1 - Fluxograma da seleção dos artigos. Fortaleza – CE, Brasil, 2021.



Fonte – Elaborado pelos autores (2021). Baseado em: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ 2021;372:n71. doi 10.1136/bmj.n71.

O periódico “Physis: Revista de Saúde Coletiva” foi onde se localizou o maior número de artigos. Quanto à temática, observou-se que os trabalhos podem ser divididos em dois grandes grupos: os que tratavam de aspectos conceituais sobre atributos da APS na Saúde Suplementar, dentre os quais destaca-se a grande quantidade de revisões bibliográficas, artigos de opinião ou projetos de intervenção, e aqueles que relataram experiências e resultados da implementação de iniciativas de APS na Saúde Suplementar brasileira por operadoras de planos, sendo a maioria estudos de caso e uma minoria de estudos qualitativos e estudos transversais (Tabela 1).

Tabela 1 - Descrição de publicações selecionadas por autores, ano de publicação, periódico, desenho metodológico e resultados principais – Brasil (2009 – 2019).

AUTORES E ANO	FONTE	DESENHO	RESULTADOS	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
REIS E PÜSCHEL (2009) ¹⁴	REVISTA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP	ESTUDO QUALITATIVO. ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS E ANÁLISE DE CONTEÚDO	CONTRADIÇÕES NO CONCEITO DE SAÚDE DA FAMÍLIA QUE DIFICULTAM A IMPLEMENTAÇÃO DE PROPOSTAS BASEADAS NA PROMOÇÃO À SAÚDE NO SETOR SUPLEMENTAR.	NÍVEL 4
PEREIRA ET AL. (2012) ³	SAÚDE EM DEBATE	ESTUDO DE CASOS. COMPARAÇÃO NA ORGANIZAÇÃO DA APS* DE BRASIL, VENEZUELA, BOLÍVIA E URUGUAI.	IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE UNIVERSALIZAÇÃO E MODELOS ASSISTENCIAIS DE APS. PERMANECEM DESAFIOS RELACIONADOS AO CONTEXTO HISTÓRICO DE CADA PAÍS.	NÍVEL 4
ZIROLDO ET AL. (2013) ¹¹	O MUNDO DA SAÚDE	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.	A SAÚDE SUPLEMENTAR TORNOU-SE INDISPENSÁVEL PARA O ESTADO BRASILEIRO PARA SUPORTAR OS GASTOS DO SETOR SAÚDE.	NÍVEL 6

FONTES (2013) ¹⁵	UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ	REVISÃO E PROJETO DE INTERVENÇÃO.	IDENTIFICOU-SE A NECESSIDADE DE PROPOR UM PROJETO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA OS PROFISSIONAIS DA ESF.	NÍVEL 6		EM QUALITATIVA, EM BELO HORIZONTE/MG (BRASIL).	CLIENTES. BENEFICIÁRIOS BUSCAM CUIDADOS INTEGRAIS, MAS ENFRENTAM RESTRIÇÕES AO ACESSO.		
LIMA-COSTA ET AL. (2013) ¹⁶	CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA	ESTUDO TRANSVERSAL, COMPARANDO DADOS DE INDICADORES DE USO E QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.	INDICADORES DE USO APRESENTARAM MELHOR PERFORMANCE ENTRE USUÁRIOS REGULARES DA ESF E AFILIADOS A PLANO PRIVADO EM COMPARAÇÃO AOS COBERTOS PELA UBS ⁸ . INDICADORES DE QUALIDADE FORAM MELHORES ENTRE AFILIADOS A PLANO PRIVADO.	NÍVEL 4	DAROS ET AL. (2016) ¹⁹	PHYSIS: REVISTA DE SAÚDE COLETIVA	ESTUDO QUALITATIVO. ANÁLISE DE CONTEÚDO DE E-MAILS ENVIADOS POR BENEFICIÁRIOS À CENTRAL DE RELACIONAMENTO NO SITE DA ANS, E GRUPOS FOCAIS COM TÉCNICOS E ESPECIALISTAS EM REGULAÇÃO DA ANS.	RELATOS APONTAM NEGAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS E PROCEDIMENTOS E DA RESTRIÇÃO DA CONTINUIDADE DO CUIDADO.	NÍVEL 4
OGATA (2014) ⁴	ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS)	RELATOS DE RESULTADOS DO LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO NA SAÚDE SUPLEMENTAR OPAS E ANS**.	-	NÍVEL 5	ZIELINSKI (2016) ²⁰	UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.	HÁ VIABILIDADE PARA A MODELAGEM DA APS E SEUS ATRIBUTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR, COM IMPEDITIVOS MÍNIMOS PARA IMPLANTAÇÃO.	NÍVEL 6
BARBOSA ET AL. (2015) ⁵	INTERFACÊ – COMUNICAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO	ESTUDO DE CASO DE OPERADORA DE PLANO EM JOÃO PESSOA, RECIFE E NATAL. ENTREVISTAS COM GERENTES E PROFISSIONAIS, COM ANÁLISE DE CONTEÚDO	A INICIATIVA DE ESF CONSTITUI UM AVANÇO NO SETOR E CAPAZ DE MELHORAR A SAÚDE DOS USUÁRIOS.	NÍVEL 4	NUNES ET AL. (2016) ²¹	REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA	ESTUDO TRANSVERSAL COM 1.593 IDOSOS DE BAGÉ/RS. AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO DA MULTIMORBIDADE, MODELO DE ATENÇÃO BÁSICA E POSSE DE PLANO DE SAÚDE COM HOSPITALIZAÇÃO.	A MULTIMORBIDADE AUMENTOU A OCORRÊNCIA DE HOSPITALIZAÇÕES. IDOSOS COM PLANO DE SAÚDE E RESIDENTES EM ÁREAS DE ESF INTERNARAM MAIS, INDEPENDENTEMENTE DA PRESENÇA DE MÚLTIPLAS DOENÇAS.	NÍVEL 4
RODRIGUES ET AL. (2015) ¹⁷	INTERFACÊ – COMUNICAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO	ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS DE ABORDAGEM EM QUALITATIVA, EM BELO HORIZONTE/MG (BRASIL).	HÁ NECESSIDADE DE APOIO ÀS OPERADORAS SOBRE MODELOS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA INDUZIR MUDANÇAS E INOVAÇÕES.	NÍVEL 4	OLIVEIRA (2016) ²²	PHYSIS: REVISTA DE SAÚDE COLETIVA	ARTIGO DE OPINIÃO/REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.	IMPORTÂNCIA DA IDENTIFICAÇÃO DO RISCO E INTEGRALIDADE E NOS DIFERENTES PONTOS DA REDE ASSISTENCIAL.	NÍVEL 6
SILVA E RODRIGUES (2015) ¹⁸	SAÚDE E SOCIEDADE	ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS DE ABORDAGEM	OPERADORAS OBJETIVAM REDUZIR CUSTOS E ATRAIR	NÍVEL 4					

Author(s) and Year	Journal	Article Title	Abstract Summary	Level
OLIVEIRA E KORNIS (2017) ²	PHYSIS: REVISTA DE SAÚDE COLETIVA	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.	O ÍNDICE DE DESEMPENHO DA SAÚDE SUPLEMENTAR TEVE UM PAPEL CONCENTRADO DO MERCADO, INDO DE ENCONTRO ÀS NORMAS DA ANS.	NÍVEL 6
BATISTA (2017) ²³	UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL	REVISÃO E PROJETO DE INTERVENÇÃO.	INSERÇÃO DA APS COMO ALTERNATIVA ASSISTENCIAL PARA OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE E ATUAÇÃO DO SANITARISTA COMO PROFISSIONAL DO SETOR SUPLEMENTAR. O MODELO DE APS É VIÁVEL FINANCEIRAMENTE E TENDE A INCREMENTAR SEUS RESULTADOS NO MÉDIO E LONGO PRAZO, TRAZENDO VANTAGEM COMPETITIVA.	NÍVEL 6
SILVA (2018) ²⁴	FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS	REVISÃO E PROJETO DE INTERVENÇÃO.	INSERÇÃO DA APS COMO ALTERNATIVA ASSISTENCIAL PARA OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE E ATUAÇÃO DO SANITARISTA COMO PROFISSIONAL DO SETOR SUPLEMENTAR. O MODELO DE APS É VIÁVEL FINANCEIRAMENTE E TENDE A INCREMENTAR SEUS RESULTADOS NO MÉDIO E LONGO PRAZO, TRAZENDO VANTAGEM COMPETITIVA.	NÍVEL 6
ANS (2018) ¹²	ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE	RELATOS DE RESULTADOS DO LABORATÓRIO DE INOVAÇÕES NA SAÚDE SUPLEMENTAR OPAS E ANS.	-	NÍVEL 5
MACHADO (2019) ²⁵	CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA	ARTIGO DE OPINIÃO/REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.	EVIDENCIADOS RISCOS DE O SUS ^{§§} PERDER PROFISSIONAIS DE MFC ⁺⁺ PARA O SETOR PRIVADO, E DE OS PRÓPRIOS MÉDICOS NÃO CONSIDERAREM A ESF COMO ESPAÇO DE ATUAÇÃO. A INSERÇÃO DA ESTRATÉGIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE NA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL VEM PROVOCANDO GRANDES TRANSFORMAÇÕES.	NÍVEL 6
ALVES ET AL. (2019) ²⁶	REVISTA CIENTÍFICA DA FACULDADE UNIMED	ARTIGO DE OPINIÃO/REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.	EVIDENCIADOS RISCOS DE O SUS ^{§§} PERDER PROFISSIONAIS DE MFC ⁺⁺ PARA O SETOR PRIVADO, E DE OS PRÓPRIOS MÉDICOS NÃO CONSIDERAREM A ESF COMO ESPAÇO DE ATUAÇÃO. A INSERÇÃO DA ESTRATÉGIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE NA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL VEM PROVOCANDO GRANDES TRANSFORMAÇÕES.	NÍVEL 6
RIBEIRO (2019) ²⁷	UNIVERSIDADE FEDERAL DE	REVISÃO E PROJETO DE	O MODELO DE ACESSO AVANÇADO PODE	NÍVEL 6
AVELAR (2019) ²⁸	MINAS GERAIS	INTERVENÇÃO.	MELHORAR O VÍNCULO ENTRE PACIENTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE.	NÍVEL 4

Fonte – Elaborado pelos autores (2021). *APS= Atenção Primária à Saúde; +ESF= Estratégia Saúde da Família; §UBS= Unidade Básica de Saúde; **, ANS= Agência Nacional de Saúde Suplementar; ++MFC= Medicina de Família e Comunidade; §§SUS = Sistema Único de Saúde.

DISCUSSÃO

O PAPEL DA APS NA SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRA

As publicações mostram que a Saúde Suplementar no Brasil apresenta uma crescente na fragmentação e descoordenação das especialidades médicas: lógica biomédica com foco na doença, excessiva medicalização, o privilégio do uso de alta tecnologia nas práticas de cuidado e o predomínio das tecnologias duras nas relações com os usuários; contrapondo com o modelo assistencial baseado na APS já consolidado no SUS. Os clientes acabam por assumir a responsabilidade de organizar a assistência que vão receber, o que também contribui para a geração de procedimentos desnecessários, ou mesmo repetidos, resultando em ineficiência, risco aumentado de iatrogenias e aumento de custos e baixa satisfação do usuário¹⁴.

Nesse cenário, com a sustentabilidade econômico-financeira ameaçada a médio e longo prazo, vários planos de saúde estão passando por um processo de fusão, compra e incorporação entre as empresas do setor³. Ao analisar as principais

causas dessa crise, observa-se maior influência dos seguintes fatores: envelhecimento populacional, incorporação de tecnologia, desperdício decorrente de um modelo de atenção com base no consumo excessivo de recursos diagnósticos e terapêuticos mais complexos e crescente “judicialização” da assistência à saúde diante da negativa ou da falta de previsibilidade de cobertura⁷. Avelar *et al.*²⁸ destacam, como alguns dos determinantes para endividamento de operadoras do tipo autogestão, a proporção de contratos antigos em suas carteiras e a idade média dos beneficiários.

Segundo a ANS¹², o Brasil conseguiu fazer uma transição epidemiológica e demográfica, mas ainda não alcançou a transição do cuidado. Observa-se uma cronificação das doenças, especialmente em idosos, os quais possuem mais incapacidades e utilizam mais os serviços de saúde. Surgiram, desse modo, diversas adversidades, como fragmentação na atenção à saúde, ineficiências, custos elevados e exposição dos pacientes a riscos e efeitos iatrogênicos¹². Diante desse novo cenário, a APS deve estar orientada ao cuidado das condições crônicas, de forma longitudinal, para controlar os agravos de maior relevância, por meio da adoção de tecnologias de gestão da clínica. Zielinski²⁰ – comparando o decreto que regulamenta a Lei nº 8.080, o texto da PNAB de 2012 e as legislações da ANS – afirma não haver impeditivos legais para implantação dos atributos da APS na Saúde Suplementar brasileira.

Após 2 anos de vigência da política de incentivo da ANS, observou-se um aumento de seis vezes no número de beneficiários de planos de saúde que participaram de algum produto PROMOPREV. Em 2011, havia cerca de 198 mil beneficiários ativos nesses programas e 127 programas inscritos na ANS. Em 2013, observou-se um total de 997 programas, com a projeção de participação de 1.400.839 beneficiários. Os programas oferecem atividades voltadas para o estímulo à atividade física, alimentação saudável e prevenção de tabagismo e doenças – como câncer e condições crônicas¹².

Em 2012, a ANS publicou o Plano de Cuidados dos Idosos na Saúde Suplementar, que abrange os conceitos da linha de cuidado e projeto terapêutico, focando ainda na sua estratificação de risco e estado funcional. Já em 2016, a ANS elencou três linhas de atenção como prioritárias a serem desenvolvidas pelas operadoras: oncologia, odontologia e cuidado ao idoso. Esses projetos propõem desenhos de percurso assistencial sob a lógica da hierarquização dos serviços e destacam a importância da APS como ponto de atenção^{25,29}.

Em geral, as operadoras de saúde criam modelos assistenciais inserindo o profissional médico de Família e Comunidade em programas PROMOPREV, atenção domiciliar ou carteiras de APS com vinculação de uma lista de pacientes. Nesse caso, usualmente são formadas equipes, tendo a enfermagem um papel principalmente gerencial, além de outros profissionais, como psicólogos e nutricionistas²³.

INICIATIVAS DE IMPLEMENTAÇÃO DE MODELOS DE APS NA SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRA

A autogestão Caixa de Assistência à Saúde dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI) foi pioneira em reorganizar parte de seus serviços, em 2001, focando na APS como eixo organizador, operacionalizada nos serviços próprios, as CliniCASSI, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF). Hoje a instituição dispõe de 65 desses serviços em todos os estados brasileiros. Uma equipe de Saúde da Família é formada por médico de família, técnico de enfermagem, nutricionista, enfermeiro, psicólogo e assistente social. O atendimento longitudinal e coordenado visa favorecer o envelhecimento ativo e saudável. Atualmente, a CASSI conta com 142 equipes. A população CASSI cadastrada na ESF era de 181.694 participantes no ano de 2015, configurando cerca de 25% dos beneficiários, sendo os idosos 28,9% dos participantes^{15,30}. Fontes¹⁵ destaca que as diferenças entre a CASSI e a ESF do SUS são que a autogestão não utiliza seus

serviços próprios como porta de entrada obrigatória e não utiliza o conceito territorialidade, sendo que os pacientes escolhem seu médico de família²⁶.

De acordo com uma pesquisa realizada nas cidades de João Pessoa/PB, Natal/RN e Recife/PE sobre a implementação das CliniCASSI, constatou-se o aumento do vínculo e das relações de confiança entre profissionais e usuários, uma vez que a divisão dos indivíduos em equipes permitiu maior continuidade do cuidado⁴.

A CASSI publicou em seu boletim informativo em 2016 que as metas para controle dos diabéticos, hipertensos e dislipidêmicos foram atingidas por meio da implementação efetiva do programa de APS, em que se demonstrou o aumento da adesão terapêutica dos pacientes acompanhados e do autocuidado. Todavia, o alcance aos beneficiários ainda é precário, com uma população restrita utilizando tal serviço, demonstrando a dificuldade de difundir a implementação da ESF no âmbito da Saúde Suplementar³⁰.

A proposta de APS da UNIMED do Brasil é chamada de Atenção Integral à Saúde (AIS), a qual é incentivada por meio de manuais técnicos e consultoria do Comitê de Atenção Integral à Saúde (CAS), iniciativas discutidas na educação continuada e permanente da faculdade UNIMED, reuniões plenárias, congressos e produção de trabalhos científicos. A expansão proposta pela gestão da UNIMED do Brasil em 2017 apontava para uma meta de 80% das UNIMEDs com AIS até 2021. Atualmente, ultrapassa sessenta projetos implantados, sob diferentes modalidades²⁶.

Os produtos do modelo AIS são chamados de diversas formas nas diferentes cidades, como “Pleno” em Belo Horizonte, “Fácil” em Florianópolis e “Personal” em Vitória¹². A UNIMED João Pessoa implantou o modelo em setembro de 2016, com o plano chamado "Viver Mais", captando seus clientes por meio de palestras, intranet, *hotsite*, cartazes e mensagens de texto para telefones. Após a implantação do plano, houve uma redução de 5% de consultas eletivas e

de 31% em consultas de pronto atendimento, além da diminuição das referências para especialistas.

Silva²⁴ realizou um trabalho aplicado que buscou analisar a viabilidade financeira da implementação de um produto baseado em APS (chamado “Personal”) para a UNIMED Leste Paulista, por meio de um Plano de Negócios. O projeto atenderia inicialmente colaboradores e seus dependentes (cerca de 1.100 beneficiários) e depois haveria expansão para a cooperativa (presente em 11 municípios). Segundo o autor, os resultados sinalizaram que o modelo é viável financeiramente e tende, paulatinamente, a incrementar seus resultados em médio e longo prazo, trazendo vantagem competitiva ao negócio²⁴.

A Amil, após sua aquisição pela United Health Group, em 2012, iniciou a oferta de cuidados em APS em unidades próprias e credenciadas, sendo a maior parte da carteira concentrada no Rio de Janeiro e São Paulo, através dos chamados Clubes Vida de Saúde, com médicos de Família e Comunidade. Os pacientes cadastrados têm garantia de acesso a consultas em até 2 dias úteis e contam com o telefone de um técnico de enfermagem 24 horas por dia, 7 dias por semana, para tirar dúvidas sobre cuidados, serviços e exames¹².

O resultado esperado, da implementação da APS e da presença do médico de Família e Comunidade na Saúde Suplementar, é assegurar atenção à saúde por meio da promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, acarretando melhoria da qualidade de vida dos seus usuários. Além disso, oferece atendimento de forma longitudinal, promove cuidado integral da saúde ao longo de todas as fases da vida e diminui a chance de agravos. Ademais, estimula a autonomia e o autocuidado da população²³.

Uma análise feita por Rodrigues *et al.*¹⁷ em seis operadoras de planos de saúde que ofereciam programas de PROMOPREV e incorporaram serviços de APS deixou explícito aspectos comuns nesses programas, como a aderência de profissionais da saúde não médicos, as atividades

em grupo e a relevância de temas direcionados – como atividade física, idosos, prevenção e controle de doenças e obesidade. Além disso, alguns serviços inovaram implementando espaços de socialização – como oficina da memória, dança e yoga¹⁷.

Uma pesquisa realizada na região Sudeste do Brasil sobre critérios de satisfação do beneficiário em relação à qualidade e à integralidade do cuidado apontou a necessidade da construção de novos indicadores de avaliação para a Saúde Suplementar, como vínculos com os profissionais do cuidado, contratos mais explícitos, garantia do acesso e continuidade do cuidado¹⁹. Como exemplo, Ribeiro²⁷ analisou indicadores de uso (longitudinalidade, procura por atenção e consultas médicas) e de qualidade (dificuldade para obter consultas, existência de filas, queixa para obtenção de medicamentos e consultas em 24 horas). Esse estudo, realizado em 2010, com 7.534 adultos de Belo Horizonte/MG cobertos por plano privado, Estratégia Saúde da Família (ESF) e Unidade Básica de Saúde (UBS) “tradicional”, mostrou que os indicadores de qualidade foram superiores nos planos privados¹⁶. Destaca-se que modelos de agendamento como acesso avançado podem contribuir para a melhoria desses indicadores.

OBSTÁCULOS PARA A EFETIVAÇÃO DA APS NA SAÚDE SUPLEMENTAR

A implementação de cuidados primários na Saúde Suplementar enfrenta alguns obstáculos, tanto da parcela logística e trabalhista das operadoras quanto da própria sociedade e seus beneficiários.

Alves *et al.*²⁶ avaliaram os desafios e tendências enfrentados pela implementação da AIS no sistema UNIMED e destacaram os seguintes obstáculos: fatores intrínsecos como a aceitação pelos médicos cooperados, a aprovação em assembleia, a motivação política, o engajamento de lideranças e escolha da abordagem; e fatores extrínsecos como a regulação da ANS e o mercado.

Segundo Oliveira *et al.*²², para a população ter alcance à saúde significa ter acesso ilimitado a procedimentos e não necessariamente a um cuidado organizado e planejado. Há um viés cultural da população cuja percepção de valor agregado em saúde alinha-se com acesso fácil aos especialistas, à tecnologia e à resolução “imediate” dos problemas, enaltecendo exames de imagem em detrimento do raciocínio clínico e da prevenção, aguardando a doença como fator desencadeante da atenção e do cuidado. Esses planos costumam operar com o modelo do consultório, em descompasso com a natureza da assistência à saúde dominada pelas condições crônicas. Além disso, há conflitos entre especialistas e prestadores de cuidados primários, devido à implantação de conceitos de prevenção quaternária, questionando rastreamentos excessivos e exames desnecessários²⁵.

Nunes *et al.*²¹, em um estudo transversal realizado com 1.593 idosos residentes na zona urbana do município de Bagé/RS, buscaram avaliar a associação da multimorbidade, modelo de atenção básica (ESF ou não) e a posse de plano de saúde com hospitalização no último ano. Os resultados mostraram que idosos com plano de saúde e residentes em áreas de ESF internaram mais, independentemente da presença de múltiplas doenças. Os autores explicam o fato com a hipótese de que provavelmente os idosos possuidores de plano eram internados mais por disporem de acesso facilitado à hospitalização, mesmo se o manejo de algum problema de saúde pudesse ser realizado no domicílio ou em serviço ambulatorial. Assim, o trabalho corrobora o problema da falta de uma porta de entrada e de cuidado coordenado na Saúde Suplementar.

Reis e Püschel¹⁴ destacam a lacuna na formação dos profissionais de saúde e na sua educação permanente sobre a Estratégia de Saúde da Família, uma vez que muitos ainda possuem a visão biomédica-hospitalocêntrica, com foco na medicina curativa. Quanto à promoção de saúde, tais profissionais possuem apenas o conceito

teórico, sem condições para atuarem na operacionalização do sistema. Oliveira *et al.*²² corroboram essa ideia, uma vez que citam como um obstáculo para a qualificação da Saúde Suplementar a capacitação profissional pautada na busca ativa e no atendimento de necessidades integrais do indivíduo.

Por outro lado, o número de profissionais médicos de Família e Comunidade ainda é baixo no Brasil. Sua atuação na Saúde Suplementar tem como benefícios a diminuição de taxas de encaminhamentos e a racionalização de exames complementares. Contudo, põe em questão a sua formação voltada para a comunidade, uma vez que atividades comunitárias não fazem parte desse sistema. Ademais, seu atendimento é voltado para o mercado e não a uma população específica demarcada em um território²⁵.

Apesar do interesse em ampliar esses programas e romper o paradigma biomédico-hospitalocêntrico, essas propostas ainda são pouco conhecidas e analisadas. Além disso, há grandes interesses econômicos que sustentam a Saúde Suplementar, causando possíveis prejuízos nas ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, uma vez que podem estar sob uma vigilância rígida de redução de custos¹⁸.

Por fim, com base nos trabalhos encontrados, observa-se que, pela característica do SUS de ser um sistema de saúde misto com complexas relações público-privadas, o fortalecimento da APS poderia melhorar a eficiência e a sustentabilidade do setor de Saúde Suplementar, com redução de gastos, financiamentos e subsídios, gerando impacto positivo na saúde pública brasileira como um todo^{31,32}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo apresenta limitações na sistematização da busca na literatura, próprias do desenho de uma revisão integrativa de literatura. Ressalta-se que há poucas publicações sobre a temática abordada, mesmo com o intervalo de tempo de 10 anos utilizado na pesquisa, inclusive

com predomínio de trabalhos com baixo nível de evidência, dificultando a consolidação do conhecimento sobre o real impacto da implementação de iniciativas de APS na Saúde Suplementar brasileira. Mesmo com tais limitações, observou-se que, apesar dos benefícios, a implementação da APS ainda é pouco utilizada pelas empresas de setor privado no Brasil. Assim, percebe-se o quanto de conhecimento há para ser desenvolvido sobre essa temática, como o desenvolvimento de estudos robustos que utilizem métodos validados de avaliação da qualidade de serviços de saúde.

Conclui-se que a Saúde Suplementar tem buscado aderir ao modelo de APS, com medicina centrada na pessoa, promovendo ações de prevenção e promoção de saúde. Entretanto, a grande fragmentação e especialização desse setor ainda representa um grande desafio para o modelo de saúde integral e longitudinal. A sustentabilidade do modelo tradicional de planos de saúde tem sido questionada pelo desafio da mudança epidemiológica ocorrida junto à transição demográfica, pela incorporação de novas tecnologias, carências existentes diante da desigualdade socioeconômica e assistência insuficiente, além do desperdício de recursos ocasionado pela sua fragmentação. O investimento na APS pela Saúde Suplementar contribui para um maior vínculo com o beneficiário, maior longitudinalidade do atendimento e melhor adesão terapêutica.



INFORMAÇÕES EDITORIAIS

Autor Correspondente

Lourrany Borges Costa

E-mail

lourranybep@hotmail.com

Submetido

28/07/2021

Aceito para Publicação

24/09/2021

REFERÊNCIAS

1. Machado CV, Lima LD, Baptista TWF. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Cad Saúde Pública* [online]. 2017;33 (Suppl)2: S143-61. doi 10.1590/0102-311x00129616.
2. Oliveira DF, Kornis GEM. A política de qualificação da saúde suplementar no Brasil: uma revisão crítica do índice de desempenho da saúde suplementar. *Physis* [online]. 2017; 27(2):207-31. doi 10.1590/s0103-73312017000200003.
3. Pereira AMM, Castro ALB, Malagón Oviedo RA, Barbosa LG, Gerassi CD, Giovanella L. Atenção primária à saúde na América do Sul em perspectiva comparada: mudanças e tendências. *Saúde Debate* [online]. 2012;36(94):482-99. doi 10.1590/S0103-11042012000300019.
4. Ogata AJN, organizador. Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar brasileira: resultados do laboratório de inovação. Brasília: OPAS; 2014. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49108>.
5. Barbosa ML, Celino SDM, Costa GMC. A estratégia de saúde da família no setor suplementar: a adoção do modelo de atenção primária na empresa de autogestão. *Interface* [online]. 2015;19(55): 1101-8. doi 10.1590/1807-57622014.1179.
6. Alves EAV, Silva AC, Almeida GH. Aspectos comparativos entre os mecanismos de financiamento das agências reguladoras do setor saúde (ANVISA e ANS). *Cadernos ESP* [online]. 2006; 2(2):21-30. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/17>.
7. Mendes EV. Desafios do SUS. Brasília: CONASS; 2019. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1104190/desafios-do-sus.pdf>.
8. Agência Nacional de Saúde Suplementar (BR). Dados e indicadores do setor: beneficiários de planos privados de saúde. Sistema de Informações de Beneficiários. Agência Nacional de Saúde Suplementar [Internet]. Brasília: 2020. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>.
9. Reis AAC, Sóter APM, Furtado LAC, Pereira SSS. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. *Saúde debate* [online]. 2016; 40(spe): 122-35. doi 10.1590/0103-11042016s11.
10. Vieira FS, Benevides RPDS. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do estado. *Ver Estud Pesqui Sobre Am* [online]. 2016;10(3):1-28. doi 10.21057/repam.v10i3.21860.
11. Ziroldo RR, Gimenes RO, Júnior CC. A importância da saúde suplementar na demanda da prestação dos serviços assistenciais no Brasil. *Mundo Saúde* [online]. 2013;37(2):216-20. doi 10.15343/0104-7809.2013372216220.
12. Agência Nacional de Saúde Suplementar (BR). Laboratórios de inovação sobre experiências em atenção primária na saúde suplementar [internet]. Rio de Janeiro: ANS; 2018. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/Publicação_Laboratório_de_Inovações_em_APS.pdf.
13. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Integrative review: what is it? How to do it? *Einstein* [online]. 2010;8(1):102-6. doi 10.1590/s1679-45082010rw1134.
14. Reis ML, Püschel VAA. Estratégia de saúde da família no sistema de saúde suplementar: convergências e contradições. *Rev Esc Enferm USP* [online]. 2009;43(spe2):1308-13. doi 10.1590/S0080-62342009000600028.
15. Fontes MC. A estratégia de saúde da família no SUS e na saúde suplementar: comparações e propostas [Monografia]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2013. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1884/46748>.
16. Lima-Costa MF, Turci MA, Macinko J. Estratégia saúde da família em comparação a outras fontes de atenção: indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* [online]. 2013;29(7):1370-80. doi 10.1590/S0102-311X2013000700011.
17. Rodrigues AT, Silva KL, Sena RR. Programas de promoção da saúde na saúde suplementar em Belo Horizonte, MG, Brasil: concepções e práticas. *Interface* [online]. 2015;19(54):455-66. doi 10.1590/1807-57622014.0181.
18. Silva KL, Rodrigues AT. Promoção da saúde no âmbito da saúde suplementar: relações e tensões entre operadoras, beneficiários e agência reguladora estatal. *Saúde Soc* [online]. 2015;24(Suppl)1: 193-204. doi 10.1590/s0104-12902015s01017.
19. Daros RF, Gomes RS, Silva FH, Lopes TC. A satisfação do beneficiário da saúde suplementar sob a perspectiva da qualidade e integralidade. *Physis* [online]. 2016;26(2):525-47. doi 10.1590/S0103-73312016000200010.
20. Zielinski MM. Atenção primária na saúde suplementar: perspectivas de implantação no segmento privado [Monografia]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/159119>.
21. Nunes BP, Soares MU, Wachs LS, Volz PM, Saes MO, Duro SMS, et al. Hospitalization in older adults: association with multimorbidity, primary health care and private health plan. *Rev Saúde Pública* [online]. 2017;51:43. doi 10.1590/S1518-8787.2017051006646.
22. Oliveira MR, Veras RP, Cordeiro HA, Pasinato MT. A mudança de modelo assistencial de cuidado ao idoso na saúde suplementar: identificação de seus pontos-chave e obstáculos para implementação. *Physis* [online]. 2016;26(4):1383-94. doi 10.1590/s0103-73312016000400016.
23. Batista GL. Saúde suplementar: a atenção primária à saúde como alternativa de remodelação assistencial e as possibilidades de inserção do sanitário neste setor [Monografia]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2017. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/178220>.
24. Silva FRV. Plano de negócios de um modelo assistencial centrado na atenção primária no setor da saúde suplementar [Monografia]. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 2018. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/24231>.
25. Machado HSV, Melo EA, Paula LGN. Medicina de família e comunidade na saúde suplementar do Brasil: implicações para o Sistema Único de Saúde e para os médicos. *Cad Saúde Pública* [online]. 2019;35(11):e00068419. doi 10.1590/0102-311x00068419.

26. Alves CV, Carvalho LC, Cassias AL. A atenção integral à saúde no sistema unimed. Rev Cient Fac Unimed [online]. 2019;1(1):19-38. doi 10.37688/rcfu.v1i1.26.
27. Ribeiro IAP. Projeto de intervenção para melhoria do acesso ao serviço de saúde suplementar em uma unidade de atenção primária de Belo Horizonte [Monografia]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/33467>.
28. Avelar EA, Souza AA, Amaral HF, Reyes ST. Endividamento de operadoras de planos de saúde da modalidade autogestão e regulação da saúde suplementar. REAd [Porto Alegre, online]. 2019;25(3): 124-52. doi 10.1590/1413-2311.271.96907.
29. Oliveira M, Veras R, Cordeiro H. A importância da porta de entrada no sistema: o modelo integral de cuidado para o idoso. Physis [online]. 2018;28(4):e280411. doi 10.1590/s0103-73312018280411.
30. CASSI. A Cassi e a Estratégia Saúde da Família (ESF): uma história de pioneirismo e sucesso na maior autogestão do País. Boletim Informativo no 24; 2016 Jun. Disponível em: <http://bancariosabc.org.br/wp-content/uploads/2015/04/Boletim-Cassin%C3%BAmero-24.pdf>.
31. Santos IS, Santos MAB, Borges DCL. Mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: realidade e futuro do SUS. A saúde no Brasil em 2030: estrutura do financiamento e do gasto setorial. 2013;4: 73-131. doi 10.7476/9788581100180.0004.
32. Gusso GDF, Knupp D, Trindade TG, Junior NL, Neto PP. Bases para um novo sanitário. Rev Bras Med Fam Comunidade [online]. 2015;11(36):1-10. doi 10.5712/rbmfc10(36)1056.