

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA**

MARIANA MUTTI ZIELINSKI

**ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE SUPLEMENTAR: PERSPECTIVAS DE
IMPLANTAÇÃO NO SEGMENTO PRIVADO.**

PORTO ALEGRE

2016

MARIANA MUTTI ZIELINSKI

**ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE SUPLEMENTAR: PERSPECTIVAS DE
IMPLANTAÇÃO NO SEGMENTO PRIVADO.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado
à Universidade Federal do Rio Grande do
Sul, como requisito para obtenção do título
de Bacharela em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dra. Lisiane Boer Possa.

PORTO ALEGRE

2016

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente aos meus professores pelo aprendizado e pelas lições.

Aos meus pais pelo aprendizado extra classe, que me ensinou sobre a vida e sobre quem eu quero ser como mulher e como cidadã.

Ao meu amor, esposo e pai do meu filho, minha eterna gratidão pela paciência, pelo cuidado e pelo companheirismo.

LISTA DE ABREVIATURAS

ANS – Agência de Saúde Suplementar

APS - Atenção Primária em Saúde

CONSU – Conselho de Saúde Suplementar

ESF - Estratégias de Saúde da Família

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

RESUMO

O modelo hegemônico de atenção à saúde têm se mostrado incapaz de abarcar a complexidade da coordenação do cuidado e da prevenção e promoção em saúde na Saúde Suplementar. O objetivo desse trabalho é descrever os atributos e diretrizes da atenção básica e analisar a possibilidade de aplicação dos mesmos no mercado privado. Os conceitos utilizados abordam temas como modelos assistenciais, atributos da atenção primária e regras da Agência Nacional de Saúde. O trabalho propôs a verificação de impeditivos legais quanto à aplicação da Atenção Primária em Saúde (APS) nas operadoras de saúde. Conclui-se com o estudo que há viabilidade para a modelagem da APS, e, portanto, seus atributos, na Saúde Suplementar, sendo que os impeditivos são mínimos para sua implantação. O que se percebeu, porém, foi a grande dificuldade de adaptação ao mercado privado deste tipo de atenção, cujos clientes e prestadores de serviço ainda mantêm arraigado o conceito de livre demanda como melhor forma de “consumir” o produto que compram, em detrimento da lógica da APS de porta de entrada e coordenação do cuidado, os quais consideram produtos inferiores ao anterior. A Agência Nacional de Saúde, que regula a saúde suplementar no país, muito longe de ser a entidade que projeta obstáculos para a implantação da APS na saúde suplementar, tem ocupado posição de entidade indutora de regras que, em alguns casos voluntariamente e em outros compulsoriamente, implicam às operadoras à pensar em novos modelos de assistência, bem como implantação de programas de promoção e prevenção em saúde.

Palavras-chaves: atenção primária, saúde suplementar.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 MODELOS E MODELAGENS TECNOASSISTENCIAIS: A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E A ATENÇÃO BÁSICA BRASILEIRA	10
3 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE COMO PORTA DE ENTRADA PARA O CUIDADO.....	13
4 LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO COMO POSSIBILIDADE PARA A RELAÇÃO ENTRE BENEFICIÁRIOS, E OS PROFISSIONAIS E SERVIÇOS PRESTADORES DOS PLANOS E OPERADORAS	16
5 INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO E A OFERTA DE SERVIÇOS E AÇÕES PELOS PLANOS E OPERADORAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR.	18
6 COORDENAÇÃO DO CUIDADO DOS BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE ..	21
7 ORIENTAÇÃO PARA A COMUNIDADE, COMPETÊNCIA CULTURAL E CENTRALIDADE NA FAMÍLIA: É POSSÍVEL COMO PRESSUPOSTO DA SAÚDE SUPLEMENTAR?.....	22
8 CONCLUSÃO	24
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos tempos, pôde-se observar indicações de que seria necessária uma mudança na modelagem tecnoassistencial praticada na Saúde Suplementar. Conforme Bahia (1999), a Saúde Suplementar é composta por planos e seguros de saúde que integram um sistema de proteção social híbrido no qual as políticas de caráter universalista convivem com alternativas assistenciais particulares.

O modelo ‘curativista’ de organização da atenção praticado pela Saúde Suplementar, praticamente hegemônico no Sistema de Saúde Brasileiro, e em especial, entre as operadoras que comercializam planos e seguros de saúde, possui como características, entre outras, a livre demanda e um atendimento voltado para especialidades, culminando em um cuidado procedimento-centrado.

Tal forma de organização poderia estar fadada a não suportar um processo descoordenado do cuidado, que é composto por prestadores de saúde que estimulam a produção excessiva de procedimentos médicos, dentro de um contexto de cuidado fragmentado, que não responde às necessidades em saúde decorrentes da alteração do perfil demográfico, principalmente o envelhecimento populacional, e do perfil epidemiológico, com o aumento da incidência de doenças crônicas. Compreendido neste complexo processo está o cliente, que se apoia na lógica do direito do consumidor, e muitas vezes não é estimulado a empoderar-se de informações sobre sua saúde, para tornar-se sujeito principal, ou seja, autônomo no seu cuidado.

A crítica a esta modelagem é mais que necessária ao analisarmos que a medicina hospitalocêntrica, bem como um cuidado ‘médico-centrado’, não dá conta de outros tipos de doenças que não as sintomáticas. A busca por atendimento em um sistema que opera no formato curativista é incentivada a acontecer mediante o surgimento de sintomas, o que torna as doenças crônicas e assintomáticas pouco visíveis na atenção aos beneficiários de planos de saúde. As consequências dos processos de adoecimento das pessoas são extremamente onerosas para grande parte das instituições que compõem a Saúde Suplementar, por não conseguirem agir adequadamente no cuidado dessa parcela da população.

A estratégia da inserção de outra modelagem tecnoassistencial que viesse ao encontro da lógica da Saúde Suplementar, faz-se necessária mediante os impactos causados pelo modelo curativista, praticado pela absoluta maioria dos que compõem a Saúde Suplementar.

Mediante a necessidade de ruptura da modelagem supracitada, este trabalho apresenta as perspectivas de compatibilidade para a implantação de outra organização da atenção na

Saúde Suplementar, elegendo como principal estratégia de cuidado a Atenção Primária em Saúde (APS). Pretendeu-se neste estudo, através da exploração dos atributos da APS princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) brasileira, identificar o quanto os mesmos podem ser condizentes com a Saúde Suplementar e, portanto exequíveis factualmente, bem como os seus obstáculos de aplicabilidade.

Cogitando que a modelagem tecnoassistencial praticada por diversos segmentos da Saúde Suplementar mostra-se insuficiente para o cuidado adequado de seus beneficiários e pode não ser sustentável por muitos anos mais, objetivou-se neste estudo identificar, descrever e analisar quais os atributos da Atenção Primária e os princípios e diretrizes da Atenção Básica que poderiam ser aplicados na saúde suplementar considerando os fatores de estímulo e limitadores presentes nas normativas e regras de regulamentação deste setor.

Os objetivos específicos que orientaram esta análise foram: identificar e descrever os atributos da atenção primária a saúde e os princípios e diretrizes da atenção básica no Brasil; e relacionar e analisar as possíveis implicações das regras e normas da saúde suplementar para a implementação de modelagens baseada na APS por operadoras de planos e seguros de saúde.

A pesquisa qualitativa foi a abordagem metodológica para deste estudo, uma vez que permitiu responder as questões e objetivos propostos. Tratou-se de uma pesquisa em bases documentais, leis e normas, e através de análise de conteúdo, pretendeu-se identificar os princípios e diretrizes da política nacional da atenção básica brasileira e os aspectos da regulamentação da Saúde Suplementar no Brasil que tenham implicação, seja com limites ou como estímulo, para a implementação os princípios da PNAB e atributos da APS. No caso da primeira, a referência será o Decreto que Regulamenta a Lei 8080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990) e a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012). Para o estudo das normativas da Saúde Suplementar realizou-se uma pesquisa no sistema de busca das legislações da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), responsável pela regulação da saúde suplementar no Brasil, cujo foco da escolha de dados foram as leis, regras e normas, relacionados com a pergunta desta pesquisa.

Optou-se por utilizar-se de referência teórica específica para descrição dos atributos da Atenção Primária, por considerar que objetiva-se “descrever e discutir o desenvolvimento ou o ‘estado da arte’ de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou conceitual” (ROTHER, 2007), ou seja, pretendeu-se, a partir de uma revisão rápida focal, dos autores de referência sobre o tema, apontar os conceitos e as tipologias teóricas dos atributos da APS.

Com base nas descrições e análises empreendidas, foram sistematizados os limites e estímulos do regramento da Saúde Suplementar para a implementação de modelagens

tecnossistencias, que tinham como referência os atributos da APS e princípios e diretrizes da AB.

2 MODELOS E MODELAGENS TECNOASSISTENCIAIS: A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E A ATENÇÃO BÁSICA BRASILEIRA

Para compreender a complexidade da proposta de mudança de modelos ou modelagens tecnoassistenciais, faz-se necessário explicitar o que tais termos polissêmicos podem simbolizar.

Dentre as perspectivas de conceitos, Silva Junior (2007) retrata modelo assistencial como um modo como são organizadas as ações de atenção à saúde, abarcando os aspectos tecnológicos e assistenciais, além de ser uma forma de articulação entre os recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade.

Já para Merhy (apud SILVA JÚNIOR, 1998), o “modelo tecnoassistencial” caracteriza-se pelas tecnologias do trabalho em saúde, que são operadas por três tipos de arranjos tecnológicos: tecnologias leves, leve-duras e duras; segundo o autor, para alterar qualquer modelo assistencial é necessário impactar o núcleo do cuidado, que é o “trabalho vivo sobre o trabalho morto”. Para tanto, as propostas de mudanças do modelo biomédico e “curativista”, sinalizam que é preciso investir nas tecnologias leves do tipo relacionais, focadas nas necessidades das pessoas, alterando o investimento nas tecnologias duras ou leve-duras, cujo contexto está centrado nas normas, equipamentos e materiais.

O modelo assistencial praticado por grande parte da Saúde Suplementar, possui características que apontam para a necessidade de uma mudança, tanto para saúde financeira das empresas envolvidas, quanto para a saúde dos beneficiários de planos de saúde. É possível identificar elementos no modelo praticado, cujo futuro pode não ser promissor. De acordo com Silva Junior (1998), o cuidado com foco no indivíduo indiferenciado e predominantemente intervencionista no seu corpo, bem como a aplicação de ênfase em ações curativistas e no tratamento de doenças, a medicalização, os atendimentos hospitalocêntricos, entre outros, são características do modelo biomédico atual. Este pode caracterizar o modelo prevalentemente utilizado na Saúde Suplementar brasileira.

O modelo de atenção hegemônico na Saúde Suplementar caracteriza-se, portanto, pelo enfoque biologicista da saúde/doença/cuidado, cujas ações possuem aspectos desarticulados, desintegrados e pouco cuidadores, sendo em sua maioria médico-centradas, além de desconsiderar os determinantes sociais, constituindo-se em um modelo caro e pouco eficiente. (ANS, 2009).

Adiciona-se a isso o fato de os planos de saúde poderem ter coberturas segmentadas, como por exemplo ambulatorial ou hospitalar, afetando a integralidade da atenção. Como alternativa algumas instituições apostam em ações de medicina preventiva mesmo que de forma secundária e com pouco ou nenhum impacto sobre a saúde dos beneficiários, cuja articulação se dá através de práticas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças. (ANS, 2009)

As proposições para reorientação dos modelos assistenciais, não perpassam por críticas vazias sobre o modelo atual praticado. Há que se pensar em novos processos de organização do cuidado, não em detrimento das inúmeras formas de apresentações da Saúde Suplementar, mas em benefício dos consumidores deste mercado, visto que o modelo biomédico e direcionado para cura de doenças não suporta mais as necessidades de saúde da população beneficiária.

Apresentando críticas ao modelo hegemônico, buscamos afetar e implicar os agentes de mudança, para que através da intersetorialidade, consigamos intervir nos determinantes de saúde dos beneficiários e promover uma saúde com qualidade e voltada as suas necessidades e não focadas nos procedimentos e na lógica do mercado de oferta de ações e serviços.

A atenção básica caracteriza-se por ser um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (PNAB, 2012).

Giovanella e Mendonça (2009) abordam a atenção básica também como um conjunto de práticas em saúde, individuais e coletivas, sendo esta, nos dias atuais, considerada internacionalmente a base para um novo modelo assistencial de sistemas de saúde, no qual o centro do cuidado é o usuário-cidadão.

Nessa concepção a atenção básica representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde, pelo qual os cuidados de saúde estão situados mais próximos, dentro da sua possibilidade, aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham (OMS, 1978).

Bárbara Starfield (2002) define certos atributos da atenção primária, os quais são: porta de entrada, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, orientação para a comunidade, centralidade na família, competência cultural. A PNAB definiu cinco diretrizes, entendidas como um conjunto de princípios e normas que devem reger a atenção primária. É perceptível a conexão entre os atributos definidos para a APS e as diretrizes da PNAB,

demonstrando a consonância requerida para aplicabilidade dos regramentos deste modelo de atenção.

A seguir, os atributos da APS serão contextualizados e relacionados com as diretrizes vigentes da política da atenção básica brasileira e com as perspectivas de aplicação na Saúde Suplementar.

3 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE COMO PORTA DE ENTRADA PARA O CUIDADO

É importante valorizarmos o imaginário do conceito de porta de entrada, pensando em um dos maiores problemas destacados informalmente pela população que é o acesso aos serviços de saúde, principalmente do SUS. Ao analisarmos a ideia de uma porta, inferimos a mesma, o significado da entrada do usuário no sistema e por consequência, a orientação de como proceder diante do problema apresentado.

O auxílio efetivo pelas portas de entrada é o direcionamento quanto ao problema exposto, ou o esclarecimento de que se trata de uma situação sem necessidade de maiores encaminhamentos (STARFILED, 2002). A modelagem da APS estabelece que são esses os serviços para primeiro acesso das pessoas à atenção à saúde.

Em consonância com este atributo, na PNAB, verifica-se a criação da diretriz abaixo, que ratifica não somente a importância, mas a necessidade das portas de entradas nos sistema de saúde brasileiro.

II - Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção; (BRASIL, 2012, p.20)

Na realidade da Saúde Suplementar, ao não fornecermos a porta de entrada adequada, inchamos as emergências, tanto de hospitais quanto de prontos atendimentos e estimulamos a realização de procedimentos fragmentados em especialidades. Ambos resultam em atendimentos desnecessários do ponto de vista clínico, incorrendo em gastos que poderiam ter sido evitados e em desfechos que não visam, muitas vezes, na custo-efetividade do cuidado.

Reguladas pela ANS, as operadoras de planos de saúde não podem dificultar o acesso a qualquer tipo de atendimento cuja cobertura estiver em contrato, porém a agência não impede que as operadoras estabeleçam mecanismos de regulação, desde que sejam devidamente informados para a mesma.

Existe uma norma ativa sobre mecanismos de regulação, a Resolução CONSU nº 8; tal norma cita como possível a definição e regulação das portas de entrada no seguinte trecho: “Art. 4º As operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde, quando da utilização de mecanismos de regulação, b) os mecanismos de "porta de entrada", direcionamento, referenciamento ou hierarquização de acesso;” (BRASIL, 1998, p.1)

Portanto, pensarmos em APS como porta de entrada aos serviços de saúde, é analisarmos uma possibilidade de microrregulação respaldada pela ANS. No entanto, podem haver dificuldades a serem transpassadas para implementação de tal diretriz que necessitaria de adaptação, obviamente para a realidade do setor privado.

Entre estas dificuldades destaca-se que, salvo nos casos já existentes em que o plano é adaptado para atenção primária, e, portanto, já regulamentado nas normas de acesso deste modelo, a adesão pela escolha das portas de entradas é de livre demanda pelos beneficiários.

Podemos analisar a livre adesão como uma problemática na implantação da APS na Saúde Suplementar, visto existir uma visão quase aristocrática sobre o modelo hegemônico e tradicional de acesso e assistência das operadoras, em oposição a uma estrutura calcada na APS, visto a mesma assemelhar-se ao sistema público de atenção, o Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao se autodenominarem como pertencentes a “um estrato social diferenciado” , tendo “ uma percepção de classe média”, reforçam uma contraposição aos usuários do SUS, com quem não querem ser comparados. Tal análise denota o conceito simbólico de que estruturas baseadas em APS seriam uma categoria inferior em comparação ao modelo tradicional de livre acesso (CUGINOTTI, 2005).

No entanto, poderiam existir dispositivos de promoção em saúde e oferta de serviços que auxiliariam na construção da demanda por parte das pessoas, com estímulo baseado na qualidade da atenção realizada quando esta orienta-se pelos preceitos da atenção primária.

Sobre este ponto de vista a dificuldade para oferta da atenção primária está relacionada ao formato tradicional da organização do cuidado na Saúde Suplementar baseado nas especialidades médicas e nos procedimentos, que orientam tanto a oferta de serviços dos planos e seguros, quanto às práticas profissionais e também a expectativas das pessoas sobre o que seria atenção à saúde qualificada.

Algumas operadoras de planos de saúde têm desenvolvido experiências de APS como porta de entrada. Nos casos relatados na literatura, a estratégia tem sido utilizar-se de estruturas parecidas com as Estratégias de Saúde da Família (ESF), aos moldes do preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) (BARBOSA; CELINO; COSTA; 2015).

Os casos de implantação de tais experiências, ao serem pesquisados demonstram a viabilidade de, a partir da oferta pela operadora, alterar paulatinamente o modelo de atenção, ao mesmo tempo em que sinalizam a inexistência de regras impeditivas na Saúde Suplementar para a construção do mesmo. Porém é importante destacar que tal mudança não ocorre de forma automática, devendo haver a inserção dos sujeitos envolvidos nos processos de trabalho, dos usuários e dos profissionais, promovendo as relações de troca para a transformação almejada.

4 LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO COMO POSSIBILIDADE PARA A RELAÇÃO ENTRE BENEFICIÁRIOS, OS PROFISSIONAIS E SERVIÇOS PRESTADORES DOS PLANOS E OPERADORAS

Cunhado por Alpert e Charney em 1974, o termo longitudinalidade implica em uma relação pessoal entre profissionais de saúde e paciente, cuja ininterrupção não é fator condicionante de qualidade do cuidado, mas sim a longa duração desta relação. Portanto, pressupõe-se que longitudinalidade é parte inerente da atenção primária e diz sobre a ligação pessoal ao longo do tempo, independente inclusive, de haver alguma doença estabelecida. Tal ligação permite que os profissionais e pacientes se conheçam ao longo do tempo, e estreitem cada vez mais esta conexão (STARFIELD, 2002).

Ao avaliarmos este atributo, percebemos que as diretrizes criadas pela PNAB tendem a contemplá-los, e em algumas vezes, abrangem em uma única diretriz, mais de um atributo da APS.

A diretriz II da PNAB englobou os atributos porta de entrada (conforme citado no tópico anterior) e longitudinalidade. Ao encontrarmos em seu texto as palavras e conceitos que seguem: acesso universal e contínuo a serviços de saúde; vinculação e corresponsabilização; proximidade; capacidade de acolhimento; responsabilização, trata-se de reafirmar a relação de longitudinalidade entre equipes de saúde e os usuários.

Na Saúde Suplementar há obstáculos para aplicabilidade deste atributo, principalmente nos planos que possuem todas as segmentações liberadas (à exemplo: ambulatorial e hospitalar) e, portanto, a regulação do acesso é muito mais restrita. Isso significa que o vínculo das pessoas se dá, a critério dos beneficiários, com diversos especialistas cuja procura ocorre com base na apresentação de sintomas, fragmentando o cuidado tanto no tempo quanto com base nas doenças e procedimentos. Nestes casos, há que se incentivar que os atendimentos sejam realizados com os profissionais e/ou equipes generalistas de referência, através de campanhas de estímulo e de comprovação de que uma relação longa com os profissionais de saúde que acompanhem o conjunto das necessidades em saúde das pessoas, permitindo uma melhora significativa da saúde do indivíduo.

O vínculo tem sido um dos conceitos atribuídos à perspectiva de alcançar a longitudinalidade do cuidado, constituindo uma característica primordial da APS, ao alçar o patamar de potencial terapêutico, ao desenvolver as relações de confiança e afetividade que

aprofundam o processo de corresponsabilização pela saúde (BARBOSA; CELINO; COSTA; 2015).

5 INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO E A OFERTA DE SERVIÇOS E AÇÕES PELOS PLANOS E OPERADORAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR.

Este atributo tem como proposição a compreensão de que a integralidade na atenção à saúde é entendimento disparador da atenção primária, visto que a mesma deve dar conta de todas as necessidades dos usuários, na justa medida em que detém a capacidade de acionar a prestação de serviços de acordo com a necessidade dos mesmos e de que a APS é parte da rede de atenção à saúde, devendo, portanto, ser componente articulador para o atendimento das necessidades da população de um determinado território (STARFIELD, 2002).

A PNAB traz a diretriz número quatro como indutora deste atributo, conforme segue:

IV - Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. A presença de diferentes formações profissionais, assim como um alto grau de articulação entre os profissionais, é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica; (BRASIL, 2012, p.21-22)

No que diz respeito ao tratamento e reabilitação o eixo temático “Garantia de acesso e qualidade assistencial” da Agenda Regulatória 2011/2012 da ANS, discutiu e elaborou o projeto “Definir critérios para análise da suficiência de rede”, com intuito de mapear e estabelecer critérios de controle tanto à garantia de acesso quanto à suficiência de rede de serviços (ANS, 2015). É importante salientar a existência de um rol mínimo de procedimentos criado pela ANS, que define o que é de cobertura obrigatória pelas operadoras para os planos contratados após a Lei de Planos de Saúde (Lei 9.656/98).

Para que possa ser aferida a suficiência de rede, e garantir o acesso e integralidade nos atendimentos, a oferta de serviços tem de ser planejada percebendo a necessidade real da população beneficiária de plano ou seguro de saúde em um determinado território, e não seu histórico de insuficiência, visto que tal critério se apropria de fatores que podem não ser mais condizentes com a realidade daquela população.

Ao estabelecer critérios de avaliação que aferiam a efetiva prestação de serviços e não somente a quantidade de rede prestadora versus população credenciada àquela área de ação, a ANS estabelece que a rede assistencial para ser bem estruturada necessita ser bem planejada e abarcar a garantia de atendimento quando o cliente necessitar.

Existem problemas em relação ao cumprimento da integralidade do atendimento no mercado privado, visto a possibilidade, conforme já referido, de venda de planos segmentados, como por exemplo, apenas ambulatorial ou apenas hospitalar, restringindo o acesso aos atendimentos descritos no Rol mínimo divulgado pela ANS para os tipos de cobertura assistencial e dificultando, portanto, a completude de determinados tratamentos.

No que diz respeito à promoção, prevenção e vigilância há políticas de estímulo por parte da ANS. Estas têm sido consideradas pelas operadoras, que investem em ações de prevenção, como alternativa cuja finalidade é promover a orientação em saúde e criar grupos específicos de cuidado, para qualificar a atenção e dirimir as lacunas dos atendimentos individuais e fragmentados.

A ANS é indutora de programas e ações que visem à promoção e prevenção em saúde e a participação dos beneficiários em programas de grupo, possibilitando o vínculo e o empoderamento destas pessoas, auxiliando na mudança de modelo assistencial. As dificuldades encontradas pelas experiências das operadoras é a baixa adesão a tais grupos, o que denota uma necessidade de remodelagem destes grupos, para que os mesmos causem um impacto efetivo na saúde da população e que não sejam apenas cumprimento de protocolos da agência.

Uma das dificuldades para a integralidade da atenção é o formato tradicional de credenciamento e oferta de assistência por profissional e financiamento por procedimentos. Tal mecanismo dificulta a atuação multiprofissional e o trabalho em equipe, acarretando a sobreposição, não necessariamente articulada, de ações e procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

A Resolução Normativa nº 285 / Diretoria Colegiada versa sobre "... a obrigatoriedade de divulgação das redes assistenciais das operadoras de planos privados de assistência à saúde nos seus Portais Corporativos na Internet".

Ao divulgar sua rede de serviços, as operadoras ficam de certa forma a mercê da escolha do cliente, quando o mesmo possui segmentação de livre demanda. Com isso, há muita dificuldade em planejar ações de acordo com territórios. Tal fato não anula outras possibilidades, como o trabalho em conjunto com a rede de serviços contrata para tratar as informações dos clientes por demandas, para identificar perfis e por consequência criar planos

e ações que possam auxiliar na adequação da oferta de saúde as necessidades identificadas. Sejam elas de promoção, prevenção, tratamento ou reabilitação.

Não há impeditivo em certas formas de regulação, como programas educativos que possam de certa forma direcionar os clientes para serviços mais resolutivos, com mais coordenação do cuidado bem como com custos inferiores para operadora.

6 COORDENAÇÃO DO CUIDADO DOS BENEFICIÁRIOS DE PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE

Conforme Starfield (2002) a coordenação do cuidado é componente essencial para que o restante dos atributos faça sentido. Se pensarmos em longitudinalidade, integralidade e primeiro contato, sem coordenação do cuidado, a obtenção de resultados satisfatórios para saúde da população seria afetada.

O cerne da coordenação é o acesso a informações de saúde dos pacientes, entre elas os problemas anteriores, tratamentos e serviços utilizados; porém é de extrema importância que tais informações sejam relacionadas às necessidades ao atendimento buscado. Para isso o acesso às informações é crucial, cuja disponibilidade deve perpassar por todos os níveis da atenção (STARFIELD, 2002).

Seguindo a lógica de intercooperação, verificou-se que a diretriz número quatro da PNAB também aborda o atributo da coordenação do cuidado, visto que preconiza uma atenção que, conforme o texto esteja "... realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção" (BRASIL, 2012, p.21).

Neste sentido, trata-se de reconhecer que cabe à equipe de saúde da atenção primária articular e coordenar o cuidado necessário para cada pessoa. Esta coordenação torna-se realidade com a proposição dos planos terapêuticos individuais, que englobem o conjunto das necessidades de cuidado de cada pessoa, bem como com a articulação do acesso aos demais pontos de rede de atenção à saúde que sejam oportunos para a garantia deste cuidado.

Não há impeditivo legal pela ANS para cumprimento deste atributo, porém, percebe-se no setor suplementar a mesma dificuldade que no sistema público, que é a dificuldade de oferta de serviços de atenção primária e atenção básica, com a lógica das especialidades médicas como primeiro acesso, e também a integralização das informações nos sistemas de informação. É impossível pensar em coordenação do cuidado sem tais ferramentas, que permitiriam o acompanhamento do cuidado das pessoas e a análise histórica de atendimentos.

Para o setor privado, essa diretriz permitiria a gestão do cuidado dos clientes também contribuindo com a diminuição de custos, visto que a solicitação e realização desenfreada de procedimentos, consultas e exames repetidos. A regulação neste caso poderia ocorrer tanto acesso ao cliente nos serviços de saúde, com a APS coordenando o cuidado, mas também no melhor aproveitamento da clínica médica e de outros profissionais da saúde, criando uma lógica de custo-efetividade para os que cuidam efetivamente dos beneficiários.

7 ORIENTAÇÃO PARA A COMUNIDADE, COMPETÊNCIA CULTURA E CENTRALIDADE NA FAMÍLIA: É POSSÍVEL COMO PRESSUPOSTO DA SAÚDE SUPLEMENTAR?

Para Starfield (2002), todas as necessidades de saúde da população estão ligadas e ocorrem dentro de um contexto social; para que haja, portanto, o reconhecimento das necessidades dos usuários é necessário que haja o reconhecimento do contexto social, portanto da comunidade, no qual ele está inserido.

A necessidade de conhecimento dos nichos sociais nos quais os usuários estão inseridos é de extrema importância, e utiliza-se dos métodos da epidemiologia e das ciências sociais para identificar fatores determinantes de saúde que sejam condizentes ao grupo populacional que se está cuidando.

Segue abaixo, diretriz que contempla o conceito do atributo da orientação para comunidade:

V - Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social (BRASIL, 2012, p. 22-23).

Assemelha-se ao contexto comunitário, o atributo da APS da competência cultural que é o reconhecimento das características diferenciadas das subpopulações, cujos aspectos podem não ser evidentes, mas que compõem, quando não, determinam os condicionantes de saúde daquela população (STARFIELD, 2002).

A diretriz da PNAB que preconiza a relevância deste atributo relata exatamente esta relação, uma vez que considera que territórios adscritos e reconhecidos nas suas especificidades são muito melhor assistidos.

I - Ter território adscrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade; (BRASIL, 2012, p. 20)

É perceptível a preocupação acerca destes atributos nas diretrizes da PNAB, não apenas pela responsabilidade da saúde pública na execução de estudos epidemiológicos, sociais e culturais, mas também pela necessidade de empoderamento dos usuários quanto ao exercício do bem viver.

No caso da Saúde Suplementar, os planos e operadoras contam com uma população credenciada e um território de referência para a rede de serviços. Esta territorialização pode ser nacional, estadual ou regional. A adscrição de clientela permitiria o reconhecimento sobre o contexto social, cultural, epidemiológico e comunitário dos beneficiários dos planos, bem como as análises destes fatores poderiam contribuir para identificar os determinantes e condicionantes da saúde das populações beneficiárias. No entanto, a centralidade na realização de procedimentos médicos-assistenciais, no modelo curativo e especializado a essa população também dificulta a análises e a intervenções no plano comunitário.

Perpassando a Resolução CONSU nº 8, que preconiza os processos de regulação, a adscrição dos beneficiários é importante instrumento de reconhecimento da população sob responsabilidade da operadora do plano e seguro e da possibilidade de propor ações de melhora na qualidade de vida dos mesmos, ao pensarmos nas inúmeras possibilidades de intervenção nos grupos definidos (BRASIL,1998).

Conforme já referido, algumas iniciativas de prevenção e promoção à saúde, desenvolvidas por planos e seguros têm incorporado as atividades coletivas e apostam no empoderamento das pessoas na construção da autonomia para o cuidado.

No atributo que versa sobre centralidade na família, Starfield (2002) cita que tal atributo seria o resultado da união dos atributos integralidade, coordenação do cuidado e orientação para comunidade. Tal atributo é contemplado pela diretriz número três da PNAB, que trecho abaixo:

III –“... A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado.” (BRASIL, 2012, p. 21)

O conhecimento dos componentes familiares bem como a sua lógica de organização, permitem a indução de uma comunicação familiar e apoio nos recursos familiares, para que os profissionais possam auxiliar nos problemas de saúde da família, dentro de seu contexto.

É importante pensarmos que diferentemente das regras aplicadas pela ANS, as propostas de vínculo com as famílias, de continuidade, de conhecimento e reconhecimento entre profissionais e clientes e seus contextos familiares, não necessitam ser ações compulsórias aos clientes, mas de ofertas de equipes de referência com formação em APS, saúde da família e comunidade e de conscientização para este modelo de atenção, não havendo, portanto, impeditivo para a oferta de serviços, com equipes multiprofissionais, cuja ênfase da atenção fosse o cuidado das famílias.

8 CONCLUSÃO

A adoção dos atributos e diretrizes da APS nas operadoras da Saúde Suplementar, representa um avanço na coordenação do cuidado dos clientes do mercado privado de saúde, bem como uma contraproposta ao modelo hegemônico de atenção, construído e posteriormente disseminado pelas academias formadoras dos profissionais de saúde, e por fim legitimado pela população que consome estes produtos.

Perante todas os atributos apresentados, verificou-se a capilaridade da estratégia da APS na Saúde Suplementar, cujos impeditivos são mínimos para sua implantação. O que se percebeu, porém, foi a grande dificuldade de adaptação ao mercado privado deste tipo de atenção, cujos clientes e prestadores de serviço ainda mantêm arraigado o conceito de livre demanda como melhor forma de “consumir” o produto que compram, em detrimento da lógica da APS de porta de entrada e coordenação do cuidado, os quais consideram produtos inferiores ao anterior.

A ANS, muito longe de ser a entidade que projeta obstáculos para a implantação da APS na saúde suplementar, tem ocupado posição de entidade indutora de regras que, em alguns casos voluntariamente e em outros compulsoriamente, implicam às operadoras a pensar em novos modelos de assistência, bem como implantação de programas de promoção e prevenção em saúde.

A adesão de clientes á produtos que possuam a APS como lógica de acesso, possibilita o vínculo e o empoderamento dos mesmos, auxiliando na mudança do modelo assistencial hegemônico atual. As dificuldades encontradas pelas experiências das operadoras é a baixa adesão a tais grupos, o que denota uma necessidade de remodelagem no processo de convencimento dos clientes quanto à efetividade da proposta, causando um impacto concreto na saúde da população, não sendo apenas cumprimento de protocolos da ANS.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Rede assistencial e garantia de acesso na saúde suplementar / Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Rio de Janeiro: ANS,2015. Disponível em: www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/rede_completo_digital.pdf.

BAHIA, Ligia. Mudanças e padrões das Relações Público-Privado: Seguros e Planos de Saúde no Brasil. 1999. 380 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.

BARBOSA, Mayara Lima; CELINO, Suely Deysny de Matos; COSTA Gabriela Maria Cavalcanti. A Estratégia de Saúde da Família no setor suplementar: a adoção do modelo de atenção primária na empresa de autogestão Interface (Botucatu). 2015; 19(55):1101-8.

BRASIL. Decreto 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, e dá outras providências. Disponível em: www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/dec-7508-2011-reg-8080-29-6-2011.pdf

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. Brasília, 1990.

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

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília (DF): CONASS; 2011.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, Lígia et al (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Cap. 16. p. 575-625.

LAVRAS, Carmen. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil, Saúde Soc., São Paulo, v.20, nº4, p.867-874, 2011
TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Humanização e Atenção Primária à Saúde, Ciência & Saúde Coletiva, 10(3), 585-597, São Paulo, 2005.

MALTA, Debora. et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais, Ciência & Saúde Coletiva, 9(2), 433-444, São Paulo, 2004.

MALTA, Debora. et al. Modelos assistenciais na Saúde Suplementar: o caso de uma operadora de auto-gestão, Ciência & Saúde Coletiva, 13(5), 1535-1542, São Paulo, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Alma-Ata. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primário de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em

<<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>.

ROTHER ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. Acta paul. Enferm 2007; 20(2):v-vi.

ROTHER, E. T. (2007). Revisión sistemática X revisión narrativa. Acta Paulista de Enfermagem, 20, v-vi. doi:org/10.1590/S0103-21002007000200001

SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C. Estudos de Revisão Sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. Revista Brasileira de Fisioterapia, São Carlos, v. 11, n. 1, p. 83-89. 2007.

SANTOS, Fausto Pereira dos. et al. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados, Ciência & Saúde Coletiva, 13(5), 1463-1475, São Paulo, 2008.

Disponível em:

http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/rede_completo_digital.pdf

SILVA JÚNIOR AG. Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate do campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 1998.

STARFILED, Barbara. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. – Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.