

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

**SAÚDE SUPLEMENTAR: A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO ALTERNATIVA  
DE REMODELAÇÃO ASSISTENCIAL E AS POSSIBILIDADES DE INSERÇÃO DO  
SANITARISTA NESTE SETOR**

**GUILHERME LEMOS BATISTA**

**Porto Alegre, agosto de 2017**

**GUILHERME LEMOS BATISTA**

**SAÚDE SUPLEMENTAR: A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO ALTERNATIVA  
DE REMODELAÇÃO ASSISTENCIAL E AS POSSIBILIDADES DE INSERÇÃO DO  
SANITARISTA NESTE SETOR**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Carlos André Aita Schmitz

**Porto Alegre, agosto de 2017**

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus familiares, principalmente meus pais que me apoiaram em todos os momentos e são exemplo de integridade, honestidade e amor.

Aos mestres, especialmente meu orientador.

Aos amigos queridos, com destaque aos que estão presentes em todos os momentos.

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	5
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	6
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	7
<b>2.1. Objetivo Geral</b> .....	7
<b>2.2. Objetivo específico</b> .....	7
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	7
<b>4. DESENVOLVIMENTO</b> .....	7
<b>4.1. Caixas de Assistência no Brasil</b> .....	7
<b>4.2. Atenção Primária à Saúde</b> .....	8
<b>4.3. Formação acadêmica do Sanitarista – Bacharel em Saúde Coletiva</b> .....	9
<b>4.4. Características estruturais dos planos de saúde no Brasil, modelos assistenciais e percepções dos profissionais</b> .....	12
<b>4.5. Experiência de APS em uma operadora de autogestão no Brasil</b> .....	13
<b>5. COMENTÁRIOS</b> .....	15
<b>6. REFERÊNCIAS</b> .....	18

## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

APS - Atenção Primária à Saúde

CAP – Caixa de Aposentadoria e Pensão

CASSI – Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil

CBO - Código Brasileiro de Ocupações

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

ESF – Estratégia de Saúde da Família

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

MS – Ministério da Saúde

MT - Ministério do Trabalho

REUNI - Reestruturação e Expansão das Universidades Federais

SUS – Sistema Único de Saúde

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

## **RESUMO**

O presente trabalho traz uma revisão bibliográfica narrativa sobre o contexto da Saúde Suplementar no Brasil e a experiência de implementação da Atenção Primária em Saúde como modelo assistencial em uma Caixa de Assistência. Diante das mudanças demográficas, sociais, econômicas, epidemiológicas, do crescente custo assistencial e as demandas voltadas para a intersetorialidade e integralidade o trabalho tem os objetivos de colocar a Atenção Primária à Saúde como alternativa de remodelação assistencial para operadoras de planos de saúde, bem como as possibilidades de atuação do sanitарista como profissional deste setor.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Saúde Suplementar. Sistemas de Saúde. Saúde Coletiva. Atenção à Saúde.

## 1. INTRODUÇÃO

Ao longo das décadas o sistema de saúde brasileiro atravessou diversas modificações na estruturação de redes, modelos assistenciais e formas de financiamento. As transformações passaram pela criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão - CAP's, Instituto Nacional de Previdência Social – INPS e do Sistema Único de Saúde – SUS (Polignano, 2006).

Devido ao aumento nos custos assistenciais e administrativos, algumas empresas de planos e seguros de saúde tem enfrentado crises e dificuldades de sobrevivência no mercado. Tais crises podem ser resultantes dos modelos de gestão que não passaram por inovações, produzindo insatisfação por parte dos atores envolvidos bem como a estagnação no que tange a implementação de tecnologias em saúde (Ribeiro et.al.,2008).

Com o objetivo de sobreviver as crises e otimizar a utilização de recursos a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil – CASSI implementou em sua rede de atendimento serviços de Atenção Primária à Saúde - APS, sendo pioneira no segmento de planos de saúde a reorganizar suas ações através da remodelação assistencial. Com princípios embasados nos modelos internacionais busca realizar atendimentos através de equipes multidisciplinares gerenciando o itinerário do usuário na rede de serviços (Reis,2008).

Visando a crescente demanda por redes de atenção à saúde interligadas e com necessidades de intervenções intersetoriais, integrais e multidisciplinares algumas universidades brasileiras incluíram em suas ofertas de cursos a graduação em Saúde Coletiva. O egresso do curso, titulado como sanitarista, possui formação técnica para avaliar e gerir sistemas e serviços, públicos e privados, à luz dos conceitos da Saúde Coletiva, podendo contribuir para a implementação de novas tecnologias de cuidado na saúde suplementar (UFRGS, 2009).

Através da revisão bibliográfica narrativa deste trabalho, buscou-se fazer uma análise do subsistema de saúde suplementar no Brasil e relatar a experiência da CASSI na adesão da APS como principal modelo assistencial. A

APS está colocada como alternativa de reorganização para as operadoras de planos de saúde bem como a inserção do sanitarista neste setor, visando qualificar as práticas no âmbito da Saúde Coletiva.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo Geral**

Revisar a experiência em APS de uma operadora de autogestão no Brasil.

### **2.2. Objetivo específico**

Explorar as possibilidades de atuação do Sanitarista – Bacharel em Saúde Coletiva no setor de saúde suplementar.

## **3. METODOLOGIA**

Desenho: revisão bibliográfica narrativa. Conforme Bernardo et al. (2004), as revisões narrativas não objetivam esgotar as fontes de informação e não aplicam estratégias de busca sofisticadas e exaustivas. Pelo contrário, são amplas e úteis para descrever o contexto de um determinado assunto de forma adequada para um trabalho de conclusão de curso.

## **4. DESENVOLVIMENTO**

### **4.1. Caixas de Assistência no Brasil**

A lei Eloi Chaves, de 1923, possibilitou a criação das chamadas Caixas de Aposentadoria e Pensão - CAP's no Brasil, viabilizadas pela contribuição do



trabalhador através de descontos do seu salário e também de recursos provenientes dos empregadores. Anteriormente, os trabalhadores não tinham quaisquer direitos de assistência previdenciária e médica. Embora fosse uma estrutura muito distante do princípio de universalidade do atual Sistema Único de Saúde - SUS, onde só trabalhadores e seus familiares vinculados às empresas que possuíam suas Caixas podiam acessar, garantiu o atendimento médico a uma parte da população.

A criação da primeira CAP foi motivada pela mobilização da categoria profissional dos ferroviários, categoria essa com grande capacidade organizativa e de articulação, pois era responsável pelo transporte do principal produto comercializado no país, na época, o café. A partir desse período, várias categorias se organizaram na busca de melhores condições e garantias de trabalho. As caixas, mais tarde foram reunidas em institutos que, por fim, foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social - INPS (Polignano, 2006).

Com a criação do SUS os planos e seguros de saúde foram denominados na Constituição de 1988 como “Saúde Suplementar” e compreendem as categorias de Medicina de Grupo, Cooperativas Médicas, Auto-gestões e Seguros de Saúde. Os planos de autogestão, categoria foco do presente trabalho, terceirizam a maior parte da assistência prestada aos beneficiários. A receita é proveniente da contribuição dos funcionários e do patrocínio da empresa em que estão vinculados. Diferente de outras categorias de planos de saúde, onde há o objetivo de angariar lucro financeiro, as autogestões visam a sustentabilidade (Reis, 2008).

#### **4.2. Atenção Primária à Saúde**

Em 1920, o médico inglês Bertrand Dawson escreveu um texto que organizava o sistema de saúde em três principais níveis: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais escolas. Esse texto lançou os fundamentos da Atenção Primária à Saúde (APS) e serviu de base para

muitos países para a organização de seus sistemas. A Assembleia Mundial da Saúde definiu, em 1977, uma meta para que toda a população mundial obtivesse padrões satisfatórios em qualidade de vida até o ano de 2000.

A declaração da Assembleia ficou conhecida como “Saúde para Todos no Ano 2000”, tendo seus princípios redigidos em 1978 na Conferência de Alma Ata e confirmados em 1979 na reunião da Assembleia Mundial da Saúde. A partir da Conferência de Alma Ata a APS passou a ser tratada como prioridade e não como complemento dos sistemas. A APS está organizada através dos atributos de acesso, longitudinalidade e integralidade. A equipe de referência deve realizar o primeiro contato para todas as necessidades em saúde do indivíduo e coletivo e coordenar o cuidado ao longo da vida observando os aspectos biológicos, socioeconômicos, culturais e psicossociais. Seguindo estes atributos a APS deve ser o acesso preferencial da população a rede de serviços e norteadora para a condução do projeto terapêutico (Starfield, 2002).

As pesquisas realizadas para avaliar a APS trazem resultados positivos acerca do custo efetividade na atenção à saúde, ampliação do acesso à assistência e satisfação dos usuários, demonstrando melhor resposta sanitária nos países onde este modelo está colocado (Starfield, 1991). As pesquisas também apontam não existir superioridade na assistência fornecida pelos sistemas especializados, sendo maior a iniquidade de acesso nos mesmos (WHO, 2004).

#### **4.3. Formação acadêmica do Sanitarista – Bacharel em Saúde Coletiva**

Historicamente os profissionais de Saúde Pública e Coletiva são formados em pós-graduação. Mesmo antes do SUS ser criado, em 1988, já existia a preocupação de formar profissionais para atuação na Saúde Pública. Os sanitaristas aparecem na história da Saúde Brasileira desde 1920, embora a ocupação tivesse um caráter higienista para resolver situações emergenciais ou catastróficas, como epidemias. Ao longo dos anos, a formação passou por

transformações, agregando competências ao profissional para trabalhar com as mudanças epidemiológicas, políticas, sociais e com conceitos inovadores sobre a produção de saúde individual e coletiva (Lorena et al., 2016).

Desde o início dos anos 2000, a graduação em Saúde Coletiva passou a integrar a grade de cursos de universidades públicas brasileiras, sendo 2008 um marco de criação do curso em diversas universidades federais. A concretização desta nova formação se deu através do programa de Restruturação e Expansão das Universidades Federais - REUNI. A nomenclatura do curso varia entre as universidades, porém o foco da formação e a grade curricular segue as Diretrizes Curriculares Nacionais - DCN para o curso de graduação em Saúde Coletiva (Lorena et al., 2016).

Na Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, a graduação existe desde o ano de 2009, está lotada na Escola de Enfermagem e é a oferta de curso noturno da Escola. O tempo mínimo para a formação é de oito semestres, sendo 2.370 horas aulas e 600 horas de estágio curricular. A divisão do conteúdo programático se organiza através dos eixos: Políticas, Planejamento, Gestão e Avaliação, Vigilância em Saúde, Epidemiologia, Pesquisa e Bioestatística, Sociedades e Humanidades, Educação em Saúde, utilizando metodologia de Unidades de Produção Pedagógica para abordar os conteúdos necessários para a formação do profissional. A titulação obtida após a conclusão de todos os pré-requisitos é de Sanitarista – Bacharel em Saúde Coletiva (UFRGS, 2009).

Em 17 de março de 2017, o Ministério do Trabalho - MT incluiu o Sanitarista na lista de Classificação Brasileira de Ocupações - CBO, tendo como descrição sumária para a ocupação:

Planejam, coordenam e avaliam ações de saúde; definem estratégias para unidades e/ou programas de saúde; realizam atendimento biopsicossocial; administram recursos financeiros; gerenciam recursos humanos e coordenam interfaces com entidades sociais e profissionais.

O Sanitarista graduado está instrumentalizado tecnicamente para responder às demandas do SUS, abrangendo todos os seus subsistemas, no

que tange à avaliação, planejamento e gestão de um sistema complexo com necessidade de intervenções no âmbito da intersetorialidade e integralidade (UFRGS, 2009).

Considerando as reais demandas dos sistemas de saúde para a qualificação da assistência prestada, reorganização das redes de atenção e a necessidade de lançar mão dos recursos de educação em saúde para estimular o trabalho interdisciplinar, o sanitarista é um profissional estratégico nos diversos setores da saúde (CNE, 2017).

Pensando em uma operadora de planos de saúde, a atuação do sanitarista pode iniciar na identificação do perfil epidemiológico da clientela, tendo assim subsídios para planejar uma rede de serviços próprios ou definições estratégicas para contratação de prestadores e linhas de cuidado. A avaliação situacional é um dos instrumentos utilizados pelo profissional para definir propostas organizacionais voltadas para intersetorialidade, integralidade, promoção à saúde e prevenção de doenças (UFRGS, 2009).

No que tange à organização de serviços próprios, o profissional está apto a planejar e gerir recursos financeiros, físicos e humanos. Tendo também habilidades para a coordenação de programas de educação permanente, educação popular e processos de trabalho. Podemos destacar a APS como conteúdo amplamente tratado na formação do bacharel, bem como os demais níveis de atenção e todas as tecnologias de cuidado utilizadas (UFRGS, 2009).

A comunicação também faz parte das competências do sanitarista, sendo possível o mesmo organizar planos de comunicação internos, produzir e avaliar materiais utilizados em campanhas publicitárias em saúde (UFRGS, 2009).

Cabe ressaltar a compreensão da produção de saúde como um processo no aumento da qualidade de vida da população observando suas características e o contexto em que está inserida. Considerando aspectos subjetivos que transcendem os padrões biológicos para definir um indivíduo saudável (UFRGS,2009).

#### **4.4. Características estruturais dos planos de saúde no Brasil, modelos assistenciais e percepções dos profissionais**

Para fins de financiamento o sistema de saúde no país é classificado como misto, onde parte da assistência é provida pelo Estado e também há a livre operação da iniciativa privada nas ofertas de serviços assistenciais, constituindo assim os subsistemas público, suplementar e privado. A saúde suplementar embora não tenha financiamento estatal é considerada de interesse público, desta forma recebe regulação do Estado e deve seguir as diretrizes estabelecidas na legislação vigente (Aciole, 2006).

No final da década de 90, foi criada no Brasil a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, passando então a regular os planos e seguros de saúde, que até então possuíam pouco controle ou normatização pelo Estado. Com a criação da ANS, os planos de saúde passaram a ser obrigados a ofertar cobertura mínima de serviços, contratos e tarifas de acordo com legislação vigente (Polignano, 2006). De acordo com a atual legislação, os planos de saúde devem manter um “Fundo Garantidor”, sendo ele responsável por cobrir as despesas em caso de déficit orçamentário (ANS, 2009).

Um estudo realizado por Ribeiro, et al. (2008), traz análises acerca dos mecanismos utilizados pelas empresas da saúde suplementar brasileira. Os autores abordam os relacionamentos entre operadoras, beneficiários e prestadores de serviços, além disso explicam como funciona o sistema de pagamentos e de acesso à assistência à saúde. Os resultados da pesquisa sugerem que o subsistema de saúde suplementar tem um comportamento herdado de antigos sistemas previdenciários, onde ocorre o pagamento por serviços prestados, através de tabelas fechadas não havendo divisão de riscos com os prestadores. Os médicos credenciados aos planos de saúde afirmam não sofrer influência das operadoras na conduta profissional e protocolos utilizados.

Com o avanço das tecnologias médicas e o livre acesso dos beneficiários às redes de serviços, ocorre um desequilíbrio financeiro no sistema. Diante das exigências da ANS, as operadoras utilizam mecanismos de

regulação para controlar a utilização da rede de serviços, a exemplo das autorizações prévias, glosas e fator moderador para procedimentos. Sugere-se na conclusão do estudo que o atual modelo utilizado pelas operadoras é ineficiente, pois aumenta as tensões nos relacionamentos entre os atores envolvidos. Além disso, restringe a implementação de novas tecnologias de cuidado, interação entre os prestadores de serviços e planos de saúde. A falta de interação impossibilita o compartilhamento de protocolos clínicos, assistenciais e a gestão das linhas de cuidado que permitiriam acompanhar os beneficiários em seus itinerários nos serviços, bem como controles mais eficientes de custos assistenciais e administrativos.

Os planos de saúde brasileiros perderam aproximadamente 788 mil clientes nos primeiros cinco meses de 2016, tal queda contracenou com o elevado aumento do custo assistencial produzindo crises financeiras para o mercado de saúde (ANS, 2016).

#### **4.5. Experiência de APS em uma operadora de autogestão no Brasil**

A materialização da APS no Brasil se deu através da implementação da Estratégia Saúde da Família - ESF na rede pública. Até setembro de 2016 contava em todo território nacional com 40.014 equipes, 63,48% da população coberta, totalizando 123.145.068 usuários cadastrados (Brasil, 2016).

Buscando qualificar a oferta assistencial aos seus beneficiários e o equilíbrio financeiro, a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI) foi a empresa de auto-gestão pioneira na implementação de serviços de APS. A empresa se dedicou a criação de equipes similares a da rede pública, onde os beneficiários e suas famílias podem ter acompanhamento ao longo da vida com foco em ações de promoção a saúde prevenção a doenças. Utiliza os princípios de primeiro contato, coordenação, atenção integral e longitudinalidade como estratégias assistenciais (Reis, 2008).

Além da gestão administrativa e da existência de um estatuto, há uma representação do corpo de beneficiários constituída como conselho de usuários. Este conselho tem o papel de controle social e está presente nas discussões acerca de tomadas de decisões estratégicas e de interesses dos usuários. A implantação da APS na CASSI ocorreu de forma gradual, a partir de 2005, sendo espalhada ao longo dos anos principalmente pelas capitais dos estados e cidades polos. Está organizada através de clínicas próprias e conta com equipes multidisciplinares compostas por médico de família, técnico em enfermagem, nutricionista, enfermeiro, psicólogo e assistente social, responsáveis pela gestão do cuidado de forma integral de um determinado número de beneficiários cadastrados, estes serviços são denominados pela empresa como ESF. Além da ESF, os ambulatórios próprios contam com serviço médico de demanda espontânea e em algumas regiões com médicos do trabalho, equipe de saúde mental e médicos perito. Define suas ações através das áreas de conhecimento da Administração e Saúde Coletiva: epidemiologia, bioestatística, educação em saúde, medicina baseada em evidências, entre outros (Reis, 2008).

A empresa desenvolve um programa de educação permanente em saúde, buscando a constante atualização de seus profissionais. Tem como prioridade a Oficina de sensibilização à ESF, estendido para todos os funcionários e o Curso Básico em Saúde da Família, com foco nos princípios da ESF, medicina baseada em evidências e abordagem familiar. Além disso propõe o matriciamento como ferramenta potente para aumentar a prática de atendimentos interdisciplinares com um olhar integral. Em parceria com instituições governamentais e privadas, a CASSI realiza atividades de educação popular em saúde com temas pertinentes ao perfil da população atendida. Em destaque estão as campanhas publicitárias, seguindo calendário do Ministério da Saúde - MS, como exemplo campanhas de imunização e combate à dengue (Reis, 2008).

As equipes ESF realizam o monitoramento das condições de saúde dos beneficiários cadastrados, possuem indicadores definidos para facilitar os processos de trabalho e realizar o acompanhamento gerencial da produtividade das equipes. Os resultados de uma pesquisa realizada entre janeiro e

dezembro de 2012 na CASSI Belém/Pará, apontou em uma população de 3704 (três mil, setecentos e quatro) beneficiários cadastrados em três equipes, composta por 14,12% de crianças, 67,36% de jovens/adultos e 18,52% de idosos ( $\geq 60$  anos). Sendo os hipertensos 12,80% e os diabéticos, 5,07%. Demonstrou que 62,08% dos hipertensos encontravam-se controlados e 39,57% de diabéticos, compensados. Os pesquisadores consideraram o resultado impactante para o aumento de qualidade de vida dos beneficiários cadastrados bem como a resolutividade da ESF para os agravos apresentados (dos Reis et al, 2013).

Embora tenha serviços próprios de APS, a CASSI continua tendo uma ampla rede de serviços credenciados, muitos trabalhando no modelo biomédico curativo e operando apenas com a lógica de mercado. Para atuar junto a rede credenciada, a empresa utiliza estratégias de negociação, relacionamento e regulação, tentando compor com os prestadores de serviços, mecanismos facilitadores para o trabalho da ESF e contenção de custos. No atual modelo, a ESF passou a ser a porta de entrada preferencial para a rede de serviços, sendo a equipe de referência do beneficiário a responsável por referenciamentos. A prática de referenciamento possibilita a operadora a exercer um certo controle na utilização dos recursos, a interação da ESF como articuladora na rede de atenção e a continuidade no acompanhamento das condições de saúde dos beneficiários (Reis, 2008).

## **5. COMENTÁRIOS**

Os sistemas de saúde, em uma perspectiva internacional, estão organizados de forma fragmentada e com foco principalmente em condições agudas e agudização de condições crônicas. Em sistemas fragmentados há a hierarquização dos níveis de atenção à saúde, na maioria das vezes, não havendo comunicação efetiva entre eles, dificultando a APS de exercer seu papel de centro da comunicação e coordenadora do cuidado. A fragmentação das redes de atenção tende a levar os sistemas a fracassos sanitários e financeiros (Mendes, 2009).



Segundo Mendes (2009) as redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.

A livre escolha por serviços credenciados e a cultura pela procura de serviços especializados acabam dificultando a efetivação de uma porta de entrada na rede de atendimento dos planos de saúde. Além disso, a ANS prevê que haja ampla divulgação da lista de prestadores, sendo mais um facilitador para a procura por serviços especializados, muitas vezes por complicações sensíveis a APS (Zielinski, 2016). Segundo Ribeiro (2008) mecanismos de prevenção de agravos, incentivos ao uso adequado de tecnologias e à maior resolutividade dos atos médicos, que representam estratégias de controle de consumo sem perda de qualidade da atenção, são pouco presentes.

Alguns profissionais da CASSI apontam dificuldades para efetivação da APS como modelo assistencial. Entre elas, o atendimento ainda fragmentado devido à cultura dos profissionais e beneficiários, a centralização no atendimento médico, dificuldades na coordenação de cuidados devido à falta de adesão do beneficiário e o tempo estabelecido pela empresa para primeiras consultas não atender à necessidade. Além disso, há fatores administrativos que também dificultam o trabalho: entraves burocráticos, mudança de gestores pois trata-se de uma empresa privada, contexto político e centralização das diretrizes por vezes não atendendo as necessidades de determinadas localidades. Por outro lado, alguns profissionais definem a APS como ganho nos processos de trabalho, destacando o entrosamento das equipes e espaços para reuniões de discussão de casos. Relatam satisfação ao analisarem casos bem-sucedidos de usuários com melhora na condição de saúde e consideram o perfil socioeconômico homogêneo dos beneficiários ser um facilitador para as ações da ESF (Reis, 2008).

Ao analisar o caso de remodelação assistencial de uma operadora de autogestão brasileira podemos sugerir a APS como uma alternativa de reorganização para empresas que atuam no setor da saúde suplementar. Porém, é importante dizer que a implementação está sujeita a uma análise detalhada de cada caso. Como exemplo de critério a ser utilizado, está a população atendida. Em uma caixa de assistência, os beneficiários permanecem como clientes por muito tempo das suas vidas, o que não acontece em planos comerciais, onde a rotatividade da clientela é mais dinâmica. Mesmo não sendo viável no mesmo formato para todos os modelos de negócios, as mudanças nos perfis epidemiológico e sociodemográfico da população nos instigam a pensar soluções de serviços mais resolutivos e sustentáveis.

A inserção do sanitário na saúde suplementar também pode ser favorável para a criação de estratégias intersetoriais e integrais tendo em vista sua formação ampla nas diversas disciplinas da Saúde Coletiva. As relações entre os níveis de atenção e atores envolvidos no sistema de saúde necessitam de qualificação para a construção de redes que tenham comunicação efetiva, minimizando os prejuízos para a saúde da população ao longo da vida e a utilização desnecessária de recursos.

Podemos pensar a saúde como uma construção longitudinal, além de preparar serviços para idosos, a preocupação deve ser acompanhar e preparar os jovens para que tenham saúde na velhice, sobretudo o planejamento de serviços que não tratem apenas de situações agudas. A construção de um sistema inovador pode não causar impactos imediatos, pois a mudança de hábitos é gradual. Ainda assim, a coordenação de cuidados e a educação são ferramentas importantes para obter resultados financeiros positivos e aumento na qualidade de vida.

Por fim, 55% dos valores investidos em saúde no Brasil são destinados à saúde suplementar, que cobre apenas 20% da população. Os serviços privados de saúde, em geral, são fragmentados, com regulação pífia e com tendência a preterir a geração de saúde em função da geração de lucro, de forma que acabam por drenar e desperdiçar recursos que são necessários ao

setor público da saúde. A inserção do profissional sanitário tem potencial para reorganizar a saúde suplementar de forma a proteger os interesses do SUS.

## 6. REFERÊNCIAS

ACIOLE, G.G.. **A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado**. São Paulo: Hucitec; Campinas; SP: Sindicato dos Médicos de Campinas e Região, 2006.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Resolução Normativa – RN nº 191, de 8 de maio de 2009**. Institui o Fundo Garantidor do Segmento de Saúde Suplementar (FGS) pelas Operadoras de Planos de Saúde. Rio de Janeiro: ANS, 2009. Disponível em:

<<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQyNQ==>>. Acesso em 20 abr. 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Dados e indicadores do setor** [Internet]. Rio de Janeiro: ANS, 2017. Disponível em:

<<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>>. Acesso em: 30 ago. 2017.

BERNARDO, Wanderley Marques; NOBRE, Moacyr Roberto Cuce and JATENE, Fábio Biscegli. **A prática clínica baseada em evidências: parte II - buscando as evidências em fontes de informação**. Rev. Assoc. Med. Bras. [online]. 2004, vol.50, n.1, pp.104-108.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Texto referência para a audiência pública sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em Saúde Coletiva** [Internet]. Brasília: CNE, 2017. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/docman/marco-2017-pdf/61821-saude-coletiva-texto-referencia-pdf/file>>. Acesso em: 30 ago. 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família** [internet]. Brasília: Ministério da Saúde, DAB; 2016. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/dab/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php) . Acesso em: 05 set.2017.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Classificação Brasileira de Ocupações**. Disponível em: <http://www.mteco.gov.br/cbosite/pages/pesquisas/BuscaPorTituloResultado.jsf> Acesso em: 04 set. 2017.

LORENA, A. G. et al. Graduação em saúde coletiva no Brasil: onde estão atuando os egressos dessa formação? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n.2, p.369-380, 2016. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n2/1984-0470-sausoc-25-02-00369.pdf>>.  
Acesso em: 30 ago. 2017.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

PINHEIRO, R. ; SILVA JUNIOR, A. G. ; MATOS, R. A. . **Integralidade e Saúde Suplementar: formação e práticas avaliativas**. 1a..ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. v. 01. 254p

POLIGNANO, M. V. **História das Políticas de Saúde no Brasil: uma pequena revisão** [Internet]. Belo Horizonte: [UFMG], s.d. Disponível em: <[http://www.uff.br/higienesocial/images/stories/arquivos/aulas/Texto\\_de\\_apoio\\_3\\_-\\_HS-Historia\\_Saude\\_no\\_Brasil.pdf](http://www.uff.br/higienesocial/images/stories/arquivos/aulas/Texto_de_apoio_3_-_HS-Historia_Saude_no_Brasil.pdf)>. Acesso em: 30 ago. 2017.

REIS, E. C. S.; Elmescany, C. O.; Néco, C. M. S. M. Estratégia Saúde da Família na saúde suplementar: resultados de Belém – Pará. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNICADE, 12, 2013, Belém do Pará. **Anais...**Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2013. Disponível em: <<https://www.cmfc.org.br/brasileiro/article/view/398>>. Acesso em: 30 ago. 2017

REIS, M. L. Estratégia de Saúde da Família no Sistema de Saúde Suplementar: convergências e contradições. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 43, n. 2, 2009. P. 1308-1313. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a28v43s2.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2017.

REIS, M. L. **Estratégia de saúde da família no sistema de saúde suplementar: convergências e contradições de uma nova proposta**. 2008. 109 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008> Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-16052008-091205/pt-br.php>>. Acesso em: 30 ago. 2017.

RIBEIRO, José Mendes et al. **Procedimentos e percepções de profissionais e grupos atuantes em mercados de planos de saúde no Brasil**. Ciênc. Saúde coletiva [online]. 2008, vol.13, n.5, pp.1477-1487. ISSN 1413-8123.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002. p. 30-33. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_primaria\\_p1.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf)>. Acesso em: 30 ago. 2017.

Starfield, B. **Primary care and health: a cross-national comparison**. JAMA.1991;266(16):2268-71.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Escola de Enfermagem. Bacharelado em Graduação em Saúde Coletiva. **Projeto**

**Pedagógico do Curso de Saúde Coletiva.** Porto Alegre: UFRGS, s.d.

Disponível em:

<[http://www.ufrgs.br/eenf/ensino/graduacao/saude-coletiva/projeto-pedagogico-do-curso-de-bacharelado-em-saude-coletiva/at\\_download/file](http://www.ufrgs.br/eenf/ensino/graduacao/saude-coletiva/projeto-pedagogico-do-curso-de-bacharelado-em-saude-coletiva/at_download/file)>. Acesso em: 20 jul. 2017.

World Health Organization. **What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?** Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2004.

ZIELINSKI, M. M. **Atenção Primária na Saúde Suplementar:** perspectivas de implantação no sistema privado. 2016. 26 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Curso de Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016. Disponível em:

<<http://hdl.handle.net/10183/159119>>. Acesso em: 30 ago. 2017.