

Atenção primária nos planos privados e sua regulamentação pela ANS: uma revisão integrativa associada a uma pesquisa documental

Primary care in private plans and its regulation by the ANS: an integrative review associated with documentary research

Ana Lúcia de Assis Gurgel¹ (ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5804-5728>)

Leonardo Carnut² (ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6415-6977>)

¹Enfermeira, Mestre em políticas públicas, especializando em economia e gestão em saúde pela faculdade de saúde pública/USP.

²Professor Associado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

Resumo

Este estudo revisou o que a literatura científica tem apresentado sobre o desenvolvimento da APS na Saúde Suplementar e como evoluiu a regulamentação do setor neste campo. Para isso, foi realizada uma revisão integrativa no portal da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Google Acadêmico complementada por uma pesquisa documental da produção normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que tratam da regulamentação da APS no setor. A estratégia de busca foi construída a partir dos “itens-chave”: APS (fenômeno), saúde suplementar (população) e regulamentação (contexto). Dois revisores independentes selecionaram as publicações pelo protocolo PRISMA, sendo 12 artigos incluídos. Foram analisados os seguintes elementos dos artigos revisados: ‘métodos usados nos estudos’, ‘principais resultados’, ‘conceito de APS usados nos estudos’, ‘tipologia das Operadoras de Plano de Saúde estudadas’, ‘regulamentação da APS na SS’, e o ‘aspectos da APS (não-)incorporados pela SS’ tais quais: a) o acesso de primeiro contato; b) a longitudinalidade; c) a integralidade; d) a coordenação do cuidado e a e) territorialização. É possível ver uma correspondência entre a regulamentação e o esforço de organização da APS na Saúde Suplementar como um movimento deliberado de apropriação dos conceitos e práticas da APS pelo setor privado de saúde, até o momento, com baixa aderência por parte das operadoras de planos de saúde. Por outro lado, os estudos apontam para existência de déficit na aplicação dos conceitos e características inerentes à APS no seu desenvolvimento na Saúde Suplementar.

Descritores: Atenção Primária à Saúde, Saúde Suplementar, Planos de Saúde, Regulamentação.

Abstract

This study reviewed the scientific literature on the development of PHC in supplementary healthcare and how sector regulation has evolved. To this end, an integrative review was conducted on the Virtual Health Library (VHL) and Google Scholar portals, complemented by documentary research on the regulatory output of the National Supplementary Health Agency (ANS) addressing PHC regulation in the sector. The search strategy was constructed based on the following "key items": PHC (phenomenon), supplementary healthcare (population), and regulation (context). Two independent reviewers selected the publications using the PRISMA protocol, and 12 articles were included. The following elements of the reviewed articles were analyzed: 'methods used in the studies,' 'main results', 'PHC concept used in the studies,' 'typology of the studied health plan providers', 'PHC regulation in the Social Security System' and 'aspects of PHC (not) incorporated by the Social Security System', such as: a) first-contact access; b)

longitudinality; c) comprehensiveness; d) care coordination; and e) territorialization. A correlation can be seen between the regulation and the efforts to organize PHC in the Supplementary Health sector, as a deliberate movement toward the appropriation of PHC concepts and practices by the private health sector, which has so far been poorly adopted by health plan providers. On the other hand, the studies point to a deficit in the application of PHC concepts and characteristics inherent to its development in the Supplementary Health sector.

Keywords: Primary Health Care, Supplementary Health, Health Plans, Regulation.

Introdução

A Saúde Suplementar tem se apropriado dos conceitos e da forma de organização dos sistemas de saúde a partir da Atenção Primária à Saúde (APS). Estudos anteriores afirmam que há escassez de publicações sobre a APS diretamente relacionada à realidade da saúde suplementar. O pouco que existe tende a dimensionar os benefícios da APS sobre a qualificação do cuidado em saúde e focar nas vantagens que a APS apresenta em termos de sustentabilidade financeira que um sistema de saúde privado pode se beneficiar¹. Não obstante, isto parece estar em consonância com o fortalecimento do setor suplementar^{2,3} no qual a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) tem direcionado seus processos regulatórios à APS. A ANS adotou, especialmente a partir de 2011, um posicionamento indutor ao desenvolvimento da APS pelas operadoras de saúde no país.

Por trás deste movimento está o discurso da ‘qualidade da atenção à saúde’ prestada aos beneficiários de planos de saúde e, por isso, justifica-se o incentivo à adoção de ‘boas práticas de cuidado’, ênfase na ‘promoção da saúde’ e na ‘prevenção de doenças’, assim como, a busca por sustentabilidade do setor através de uma forma de ‘organização do cuidado em saúde’ reconhecidamente mais eficaz e eficiente. Esta busca tem como inspiração os princípios e atributos da APS⁴. Sistemas de Saúde organizados a partir da APS são considerados sistemas com melhor capacidade de produzir um cuidado de qualidade com racionalização de recursos, assistenciais e financeiros⁵.

Por outro lado, não é possível dizer que este reconhecimento da eficiência sistêmica da APS pelo setor privado seja em vão. Pode-se indagar sobre como a APS tem sido considerada uma oportunidade de negócio identificada pelos detentores do capital que avançam na possibilidade de lucro crescente no sistema público em face do esgotamento da média e alta complexidade⁶. Assim, o mercado da saúde passou a explorar o potencial da APS nos locais de fragilidade e de inconsistência do setor público em respostas concretas, especialmente na gestão de unidades neste nível de atenção⁷ e formação de médicos para APS⁸ só faltando, neste momento histórico, mimetizar os pontos positivos da APS pública na prestação privada dos serviços. Logo, explorar os

aspectos técnicos, políticos e econômicos que cercam esta crescente atuação do mercado privado, desta vez, na incorporação de traços fundamentais da APS em suas práticas privadas, torna-se fundamental para compreender a dinâmica do capital neste mercado e suas implicações para o sistema de saúde brasileiro.

Esta análise precisa ser construída à luz dos estudos sobre os movimentos cíclicos de crise do capitalismo contemporâneo e como estes movimentos afetam a saúde pública brasileira. É preciso reconhecer a relação imbricada das crises econômicas, políticas e sociais decorrente da articulação Estado e capital⁶. Os anos de 2007 e 2008 foram marcados pela crise econômica originada no setor hipotecário dos Estados Unidos conhecida como a “crise do subprime” que afetou profundamente o mundo inteiro, trazendo consequências à economia e ao sistema de saúde brasileiro. A crise se ancora na articulação de duas tendências: a queda da taxa de lucro nas economias capitalistas e a resposta Estatal reforçando a ‘valorização do financeira’ com a apropriação dos fundos públicos⁶. Se por um lado temos contínuo subfinanciamento da saúde pública brasileira, por outro lado, é crescente o movimento em prol de modalidades privatizantes de gestão das políticas sociais⁶, incluindo a atuação da iniciativa privada na apropriação dos conceitos e do modo de fazer atenção primária à saúde.

A organização da APS está alicerçada nos chamados atributos essenciais, conceitos introduzidos por Barbara Starfield e que orientam a prática de cuidado na APS, são eles: (a) acesso, (b) coordenação, (c) longitudinalidade e (d) integralidade⁴. O diferencial na APS está na capacidade de compreender o cuidado em saúde de forma sistêmica com ênfase no cuidado integral. A possibilidade de construção de vínculos entre as pessoas e as equipes de saúde que caracteriza os serviços de APS permitem maior assertividade e adequação das intervenções em saúde e o seu direcionamento correto para o consumo na rede de serviços médico-hospitalares.

Esta pode ser uma possível explicação para o interesse crescente da saúde suplementar nas “formas de cuidado” introduzidas pelo conceito de APS⁹, considerando que o setor suplementar busca de forma intensiva o ‘controle de sinistralidade’, ou seja, o controle entre a relação do gasto com despesas assistenciais e a arrecadação com as mensalidades dos beneficiários. A taxa de sinistralidade é um dos marcadores mais utilizados na medida de eficiência dos planos de mercado e ganha maior relevância ao entender que o cuidado na saúde suplementar é caracterizado como fragmentado, médico-centrado, voltado para especialidades e baseado em complexos modelos de remuneração desde *fee for service* (FFS) até o *pay for performance* (P4P), todos com uma clara

intenção: ‘produtividade’ e ‘exclusão’^{10,11}. Grosso modo, o padrão assistencial dos serviços privados é baseado em pouco ou nenhuma ênfase nas intervenções em saúde voltadas à promoção e prevenção. Afinal, a aquisição de um plano de saúde tem forte relação com a chamada “livre escolha” que se apoia na lógica do ‘direito do consumidor’.

O controle da taxa de sinistralidade tem relação direta com a lucratividade do setor de saúde privado. Este controle vem como resposta ao movimento contínuo em busca de medidas para o enfrentamento da tendência da queda da taxa de lucro que caracterizam a crise do capitalismo contemporâneo e vem forçando ao sistema privado a incluir “formas de cuidado”, inspiradas na APS, que são consideradas na literatura mundial como custo-efetivas. Disto se trata também de outro avanço do setor privado em relação à saúde pública. Trata-se especificamente de incorporar, na medida do possível, a lógica da APS na prestação de serviços privados de saúde. Esta forma de organização do cuidado tem sido vista como uma possibilidade dos serviços privados em economizar recursos e ainda reorientar a sua retórica publicitária à lógica da “saúde e bem-estar” adensando a complexa relação público-privado.

É neste sentido que esta pesquisa tem como objetivo revisar o que a literatura científica apresenta sobre o desenvolvimento da APS na Saúde Suplementar e como evoluiu a regulamentação do setor neste campo.

Método

Para responder à pergunta do presente estudo: “o que a literatura científica apresenta sobre o desenvolvimento da APS pelas operadoras de planos de saúde e sua regulamentação a partir da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)?”, foi realizada uma revisão sistemática do tipo integrativa.

Assim, este estudo optou por uma revisão integrativa da literatura¹² sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) na Saúde Suplementar complementada por uma pesquisa documental¹³ da produção normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que tratam da regulamentação da APS no setor. O objetivo desta mescla metodológica é aprofundar a análise sobre a estruturação da APS no âmbito da Saúde Suplementar correlacionada com a análise do estoque regulatório da ANS sobre o tema.

O método da revisão integrativa foi escolhido por permitir uma avaliação crítica e a síntese da produção científica sobre o tema¹⁴ a partir da revisão associada a uma pesquisa documental que foi escolhida pelo fato da legislação se configurar como uma

linha de investigação importante para compreender o efeito indutor desta legislação no desenvolvimento de estratégias de organização do cuidado assistencial da APS sendo introduzido normativamente nos planos privados.

A partir da pergunta de pesquisa, “o que a literatura científica apresenta sobre o desenvolvimento da APS pelas operadoras de planos de saúde e sua regulamentação a partir da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)?”, foi definida a estratégia de busca. Na pergunta de pesquisa foram identificados os “itens-chave”: APS (fenômeno), saúde suplementar (população) e regulamentação (contexto), dos quais foram derivados descritores. A busca estruturada na base de dados de descritores (DeCS) relacionados a cada item-chave foi realizada, testando-os no portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram selecionados os termos chaves com o primeiro mapeamento de publicações encontradas para cada termo na BVS.

A etapa seguinte consistiu em realizar testes exploratórios com os descritores, avaliando os descritores combinados. Foi elaborada a sintaxe de pesquisa aplicada no mês março de 2025. Na ‘busca avançada’ aplicou-se os operadores booleanos “OR” e “AND” da seguinte forma: ("atencao primaria") OR ("atencao primaria a saude") OR ("atencao primaria em saude") OR ("atencao primaria de saude") OR ("cuidado primario de ") AND ("saude suplementar") OR ("seguro saude") OR ("plano de saude") OR ("planos de pre pagamento em saude") OR ("risco moral no setor de saude suplementar") OR ("setor saude suplementar") OR ("administradora de planos de saude") AND ("regulamentacao governamental") OR ("regulamentacao de organismos de politica") OR ("regulamentacao") OR ("regulamentos") OR ("regulacao") OR ("regulacao governamental"). Foram identificadas 19 publicações na base de dados BVS consultada em 31/03/2025.

Para a escolha das publicações foram definidos os seguintes critérios de inclusão: (1) Publicações que retratassem a temática referente à APS na Saúde Suplementar e termos similares identificados no DECS; (2) Publicações em língua portuguesa, inglesa ou espanhola; e (3) Publicações disponibilizadas na íntegra para leitura. Foram excluídas as publicações em formatos diferentes de artigos.

A etapa seguinte consistiu no processo de seleção das publicações encontradas. Inicialmente, do total de 19 publicações identificadas foram excluídas 03 publicações por títulos repetidos. Das 16 publicações restantes, 04 foram excluídas por serem de outro tipo de material bibliográfico diferente de artigo. Das 12 publicações restantes, foram excluídos 04 após a leitura dos títulos e leitura dos resumos porque não apresentaram os

critérios de inclusão. Foram selecionadas 08 publicações para a leitura completa, das quais foram incluídas 04 publicações que contribuíram para a revisão do tema por estarem diretamente relacionados ao tema ou tangenciando o tema.

O resultado da busca na base de dados demonstra tratar-se de um tema ainda pouco explorado e na perspectiva de ampliar a identificação da produção bibliográfica de diferentes fontes optou-se por agregar outra base para a busca: o Google Acadêmico.

A busca no Google Acadêmico utilizou os termos chaves e seus descritores, APS (fenômeno), Saúde Suplementar (população) e Regulamentação (contexto), aplicados na busca estruturada à BVS. A primeira etapa do trabalho foi aplicar a busca livre dos termos chaves e seus descritores e analisar o retorno das publicações de forma ampla. Busca realizada em 11/05/2025.

Como a APS é considerada o fenômeno nesta pergunta de revisão, os cruzamentos correlacionaram os descritores para APS com os descritores para Saúde Suplementar e Regulamentação, organizados em 10 cruzamentos diferentes. Para orientar a busca optou-se pela pesquisa avançada delimitando a busca pelas palavras que ocorrem no título do artigo e no período de 2006 a 2025. O período foi limitado desde 2006 considerando a data de publicação da primeira normativa da ANS que trata da qualificação da saúde suplementar. Os quadros 1 e 2 apresentam os cruzamentos que apresentaram algum resultado.

Quadro 1. Síntese da quantidade de publicações encontradas no cruzamento APS vs. Saúde Suplementar

#1 APS X SAÚDE SUPLEMENTAR	Qtda publicações Google acadêmico	#2 APS X SAÚDE SUPLEMENTAR	Qtda publicações Google acadêmico	#3 AP S X SAÚDE SUPLEMENTAR	Qtda publicações Google acadêmico
1.1 "Atenção Primária" "Planos de Saúde"	2	2.1 "Atenção Primária em Saúde" "Planos de Saúde"	X	3.1 "Atenção Primária à Saúde" "Planos de Saúde"	1
1.2 "Atenção Primária" "Seguro de Saúde"	X	2.2 "Atenção Primária em Saúde" "Seguro de Saúde"	X	3.2 "Atenção Primária à Saúde" "Seguro de Saúde"	X
1.3 "Atenção Primária" "Saúde Suplementar"	22	2.3 "Atenção Primária em Saúde" "Saúde Suplementar"	4	3.3 "Atenção Primária à Saúde" "Saúde Suplementar"	4
1.4 "Atenção Primária" "Benefícios de Seguro de Saúde"	X	2.4 "Atenção Primária em Saúde" "Benefícios de Seguro de Saúde"	X	3.4 "Atenção Primária à Saúde" "Benefícios de Seguro de Saúde"	X
1.5 "Atenção Primária" "Setor de Saúde Suplementar"	2	2.5 "Atenção Primária em Saúde" "Setor de Saúde Suplementar"	X	3.5 "Atenção Primária à Saúde" "Setor de Saúde Suplementar"	1
1.6 "Atenção Primária" "Risco moral no setor de saúde suplementar"	X	2.6 "Atenção Primária em Saúde" "Risco moral no setor de saúde suplementar"	X	3.6 "Atenção Primária à Saúde" "Risco moral no setor de saúde suplementar"	X
1.7 "Atenção Primária" "Administradora de planos de saúde"	X	2.7 "Atenção Primária em Saúde" "Administradora de planos de saúde"	X	3.7 "Atenção Primária à Saúde" "Administradora de planos de saúde"	X
1.8 "Atenção Primária" "Planos de pré-pagamento em saúde"	X	2.8 "Atenção Primária em Saúde" "Planos de pré-pagamento em saúde"	X	3.8 "Atenção Primária à Saúde" "Planos de pré-pagamento em saúde"	X
Total de publicações	26	Total de publicações	4	Total de publicações	6

Fonte: elaboração dos autores.

Os cruzamentos que correlacionam os descritores “Atenção Primária à Saúde” e “Cuidado Primário de Saúde” com os descritores para o termo chave “Saúde Suplementar” não encontraram nenhum artigo correspondente publicado entre 2006 e 2025. Os cruzamentos 1.1, 1.3, 1.5 retornaram 26 publicações, o cruzamento 2.3 retornou 4 publicações e os cruzamentos 3.1, 3.3 e 3.5 retornaram 6 publicações, totalizando 36 publicações.

Quadro 2. Síntese da quantidade de publicações encontradas no cruzamento APS vs. Regulamentação

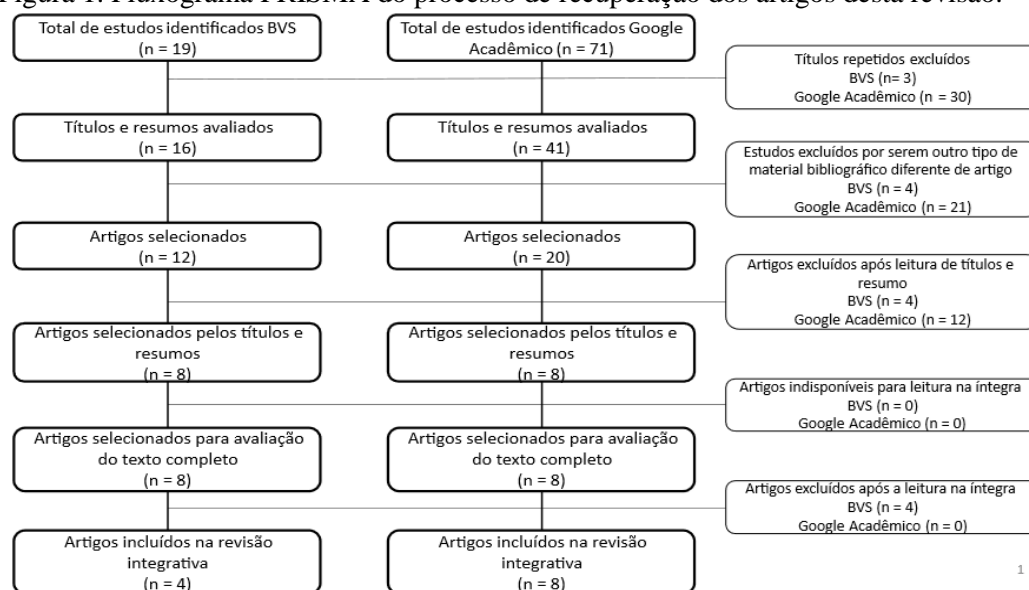
#6 APS X REGULAMENTAÇÃO	Qtd publicações Google Acadêmico	#7 APS X REGULAMENTAÇÃO	Qtd publicações Google Acadêmico	#8 APS X REGULAMENTAÇÃO	Qtd publicações Google Acadêmico
6.1 "Atenção Primária" "Regulação"	22	7.1 "Atenção Primária à Saúde" "Regulação"	3	8.1 "Atenção Primária de Saúde" "Regulação"	2
6.2 "Atenção Primária" "Regulamentação"	1	7.2 "Atenção Primária à Saúde" "Regulamentação"	1	8.2 "Atenção Primária de Saúde" "Regulamentação"	x
6.3 "Atenção Primária" "Regulamentação de organismos de política"	x	7.3 "Atenção Primária à Saúde" "Regulamentação de organismos de política"	x	8.3 "Atenção Primária de Saúde" "Regulamentação de organismos de política"	x
6.4 "Atenção Primária" "Regulamentação governamental"	x	7.4 "Atenção Primária à Saúde" "Regulamentação governamental"	x	8.4 "Atenção Primária de Saúde" "Regulamentação governamental"	x
6.5 "Atenção Primária" "Resoluções"	x	7.5 "Atenção Primária à Saúde" "Resoluções"	x	8.5 "Atenção Primária de Saúde" "Resoluções"	x
6.6 "Atenção Primária" "Resolução governamental"	x	7.6 "Atenção Primária à Saúde" "Resolução governamental"	x	8.6 "Atenção Primária de Saúde" "Resolução governamental"	x
Total de publicações	23	Total de publicações	10	Total de publicações	2

Fonte: elaboração dos autores.

Os cruzamentos que correlacionam os descritores “Atenção Primária em Saúde” e “Cuidado Primário de Saúde” com os descritores para o termo chave “Regulamentação” não encontraram nenhum artigo correspondente publicado entre 2006 e 2025. Os cruzamentos 6.1 e 6.2 retornaram 23 publicações, os cruzamentos 7.1 e 7.2 retornaram 10 publicações e o cruzamento 8.1 retornou 1 publicação, totalizando 35 publicações. Para a escolha das publicações foram aplicados os mesmos critérios de inclusão utilizados na análise da busca estruturada na BVS.

A etapa seguinte consistiu no processo de seleção das publicações encontradas. Inicialmente, do total de 71 publicações identificadas foram excluídas 30 publicações por títulos repetidos. Das 41 publicações restantes, 21 foram excluídas por serem de outro tipo de material bibliográfico diferente de artigo. Das 20 publicações restantes, foram excluídos 12 após a leitura dos títulos e leitura dos resumos porque não apresentaram alinhamento direto com a temática. Foram selecionadas 08 publicações para a leitura completa e todas foram incluídas para a revisão do tema por estarem diretamente relacionados ao tema. O processo de identificação até a inclusão das publicações está representado no fluxograma Prisma, apresentado na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma PRISMA do processo de recuperação dos artigos desta revisão.



Fonte: elaboração dos autores.

Para complementar o número de estudos incluídos na revisão integrativa foi realizado o levantamento do estoque regulatório da Agência Nacional de Saúde relacionado ao tema. Para a análise da produção normativa foram utilizados dados empíricos extraídos do Diário Oficial da União – DOU e das páginas de legislação da ANS. Este processo de busca aplicado seguiu os passos: (1) Site da Agência Nacional de Saúde Suplementar – <https://www.gov.br/ans/pt-br>; (2) Busca de Legislação – link de acesso que permite encontrar os normativos que regulamentam o mercado suplementar - https://www.ans.gov.br/index.php?option=com_legislacao&view=legislacao; e (3) Busca ampla na legislação da ANS desde a sua criação, independentemente do tipo de norma, optou-se por fazer a busca orientada por assunto.

Dentre os assuntos disponíveis não está disponível um assunto específico sobre Atenção Primária à Saúde. Considerados os temas disponíveis, elencamos os seguintes temas para orientar a busca: (1) Boas Práticas, (2) Promoção da Saúde e Prevenção da Doença, (3) Qualidade na Saúde Suplementar.

Foram identificadas 31 normativas, sendo 23 Resoluções Normativas (RN) e 08 Instruções Normativas (IN), publicadas entre 2005 e 2022. Em relação a condição de vigência foram identificadas como vigentes 06 Resoluções Normativas (RN) e 04 Instruções Normativas (IN), sendo todas publicadas em 30 de março de 2022, são elas: RN 498, RN 499, RN 505, RN 506, RN 507, RN 510, IN 06, IN 07, IN, 10 e IN 15. (quadro 3).

Quadro 3. Desenvolvimento do estoque regulatório da ANS sobre a indução das práticas de APS encontrada nas páginas eletrônicas oficiais. 2025.

	NORMATIVA	DATA	OBJETO	STATUS
1	RN Nº 94	24/mar/05	que dispõe sobre os critérios para diferimento da cobertura com ativos garantidores da provisão de risco condicionada à adoção, pelas operadoras de programas de 'promoção à saúde' e 'prevenção de doenças'	REVOGADA
2	RN Nº 139	24/nov/06	Institui o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar.	REVOGADA
3	RN Nº 264	19/ago/11	Dispõe sobre Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças e seus Programas na saúde suplementar.	REVOGADA
4	RN Nº 265	19/ago/11	Dispõe sobre a concessão de bonificação aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde pela participação em programas para promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida e de premiação pela participação em programas para População-Alvo Específica e programas para Gerenciamento de Crônicos, todos definidos na RN nº 264, de 19 de agosto 2011.	REVOGADA
5	IN Nº 35	19/ago/11	Regulamenta o art. 6º da RN nº 264, de 19 de agosto de 2011, que dispõe sobre Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças e seus Programas na saúde suplementar, dispondo sobre as regras para o acompanhamento dos programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças desenvolvidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.	REVOGADA
6	IN Nº 36	19/ago/11	Regulamenta a RN nº 265, de 19 de agosto de 2011, que dispõe sobre a concessão de bonificação pela participação dos beneficiários de planos privados de assistência a saúde em programas para Promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida e de premiação pela participação dos beneficiários de planos privados de assistência a saúde	REVOGADA

			em programas voltados para a População-Alvo Específica e programas para Gerenciamento de Crônicos.	
7	RN Nº 267	24/ago/11	Institui o Programa de Divulgação da Qualificação de Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar.	REVOGADA
8	RN Nº 275	01/nov/11	Dispõe sobre a Instituição do Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar -QUALISS.	REVOGADA
9	RN Nº 277	07/nov/11	Institui o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde.	REVOGADA
10	RN Nº 282	20/dez/11	Altera a Resolução Normativa – RN nº 139, de 24 de novembro de 2006, que dispõe sobre o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar; e dispõe sobre a possibilidade de inclusão de novo indicador na Dimensão de Satisfação de Beneficiários para a avaliação das operadoras a partir do ano base de 2012.	REVOGADA
11	RN Nº 386	09/out/15	Programa de Qualificação de Operadoras e dá outras providências.	REVOGADA
12	IN Nº60	09/out/15	Detalha a Resolução Normativa - RN nº 386 de 9 de outubro de 2015, para dispor sobre a avaliação de desempenho das operadoras, a partir do ano-base 2015, pelo Programa de Qualificação de Operadoras, da ANS.	REVOGADA
13	RN Nº 405	09/mar/16	Dispõe sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS; revoga a Resolução Normativa - RN nº 267, de 24 de agosto de 2011, com exceção do art.44-B incorporado à RN nº 124, de 30 de março de 2006; e revoga também a RN nº 275, de 1º de novembro de 2011, a RN nº 321, de 21 de março de 2013, a RN nº 350, de 19 de maio de 2014, e a Instrução Normativa - IN nº 52, de 22 de março de 2013 da Diretoria de Desenvolvimento Setorial, e dá outras providências.	REVOGADA
14	RN Nº 423	11/mar/17	Altera a RN nº 386, de 9/10/15, sobre o Programa de Qualificação de Operadoras.	REVOGADA
15	IN Nº 68	11/mar/17	Altera IN nº 60, de 9/10/15, que detalha a Resolução Normativa - RN nº 386, de 9 de outubro de 2015, que dispõe sobre o Programa de Qualificação de Operadoras e dá outras providências.	REVOGADA
16	RN Nº 440	13/dez/18	institui o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde – PCBP, que é um processo voluntário de avaliação da adequação a critérios técnicos pré-estabelecidos para uma Rede de Atenção à Saúde específica ou para uma Linha de Cuidado específica de uma Operadora, realizado por Entidades Acreditadoras em Saúde, com aptidão reconhecida pela ANS.	REVOGADA
17	RN Nº 447	20/fev/20	Revoga a Resolução Normativa – RN nº 139, de 24 de novembro de 2006, que institui o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar.	REVOGADA
18	RN Nº 450	2020	Altera a RN nº 440, de 13/12/18, que instituiu o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados.	REVOGADA
19	RN Nº 463	2020	Altera a Resolução Normativa – RN nº 440, de 13 de dezembro de 2018, que institui o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde.	REVOGADA
20	RN Nº 452	09/mar/20	Dispõe sobre o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e Altera a Resolução Normativa - RN nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre a Aplicação de Penalidades para as Infrações à Legislação de Planos Privados de Assistência à Saúde.	REVOGADA
21	RN Nº 471	29/set/21	Altera a Resolução Normativa – RN nº 452, de 9 de março de 2020, que dispõe sobre o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e altera a Resolução Normativa 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre a Aplicação de Penalidades para as Infrações à Legislação de Planos Privados de Assistência à Saúde. Processo: 33910.008526/2018-61.	REVOGADA
22	RN Nº 498	30/mar/22	Dispõe sobre Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças e seus Programas na saúde suplementar.	VIGENTE
23	RN Nº 499	30/mar/22	Dispõe sobre a concessão de bonificação aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde pela participação em programas para promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida e de premiação pela participação em programas para População-Alvo Específica e programas para Gerenciamento de Crônicos, todos definidos na Resolução Normativa nº 498, de 30 de março de 2022.	VIGENTE
24	RN Nº 505	30/mar/22	Dispõe sobre o Programa de Qualificação de Operadoras, dá outras providências e revoga as Resoluções Normativas nº 386, de 09 de outubro de 2015, e nº 423, de 11 de maio de 2017	VIGENTE

25	RN Nº 506	30/mar/22	institui o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde – PCBP, que é um processo voluntário de avaliação da adequação a critérios técnicos pré-estabelecidos para uma Rede de Atenção à Saúde específica ou para uma Linha de Cuidado específica de uma Operadora, realizado por Entidades Acreditoras em Saúde, com aptidão reconhecida pela ANS.	VIGENTE
26	RN Nº 507	30/mar/22	Dispõe sobre o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde.	VIGENTE
27	RN Nº 510	30/mar/22	Dispõe sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS; revoga as Resoluções Normativas nº 405, de 09 de maio de 2016 e nº 421, de 23 de março de 2017, e dá outras providências.	VIGENTE
28	IN Nº 06	30/mar/22	Regulamenta o art. 6º da Resolução Normativa nº 498, de 30 de março de 2022, que dispõe sobre Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças e seus Programas na saúde suplementar, dispondo sobre as regras para o acompanhamento dos programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças desenvolvidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.	VIGENTE
29	IN Nº 07	30/mar/22	Dispõe sobre os procedimentos para cumprimento da Resolução Normativa nº 499, de 30 de março de 2022, que dispõe sobre a concessão de bonificação pela participação dos beneficiários de planos privados de assistência a saúde em programas para Promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida e de premiação pela participação dos beneficiários de planos privados de assistência a saúde em programas voltados para a População- Alvo Específica e programas para Gerenciamento de Crônicos e revoga IN nº 36, de 19/08/11.	VIGENTE
30	IN Nº 10	30/mar/22	Detalha a Resolução Normativa nº 505, de 30 de março de 2022, para dispor sobre a avaliação de desempenho das operadoras, a partir do ano-base 2022, pelo Programa de Qualificação de Operadoras, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e revoga as Instruções Normativas DIDES nº 60, de 09 de outubro de 2015 e nº 68, de 11 de maio de 2017.	VIGENTE
31	IN Nº 15	30/mar/22	Dispõe sobre o cadastramento, o monitoramento e os investimentos em programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças por parte das operadoras de planos privados de assistência à saúde.	VIGENTE

Fonte: elaboração dos autores.

O processo de análise dos dados dos artigos incluídos e das normatizações seguirá a realização do método da revisão integrativa, incluindo as etapas de extração, visualização, comparação e sintetização das conclusões dos dados. A extração de dados foi concluída de forma independente por 2 revisores. O formulário de extração de dados foi elaborado com base na questão de pesquisa que norteou essa revisão.

Os dados extraídos incluirão autor, ano de publicação, metodologia utilizada, objetivos e os elementos que relacionam o artigo com a pergunta de pesquisa. A integração dos dados será operacionalizada pelo método da análise temática.

Resultados

Os 12 artigos incluídos na revisão integrativa, conforme o fluxograma apresentado na figura 1, foram lidos na íntegra e o seu conteúdo organizado em três quadros-sínteses. O primeiro quadro-síntese (quadro 4), sintetiza os seguintes elementos: autor (es), ano de publicação, objetivo, método e seus principais resultados. A seguir, no quadro 5, estão sintetizados os elementos relacionados a pergunta de pesquisa e seus termos chaves, APS, Saúde Suplementar e Regulamentação, incluindo o conceito de APS aplicado, tipologia

da operadora objeto do estudo, marco de inserção da APS na Saúde Suplementar e a regulamentação da ANS citada. Por fim, no quadro 6, estão sintetizados os aspectos relacionados aos atributos essenciais de APS e ao conceito de territorialização aplicado à organização da APS.

Os artigos incluídos são recentes, publicados a partir de 2015 e, predominantemente, nos últimos 07 anos, demonstrando que se trata de um tema recente e ainda pouco explorado. A exceção cabe ao único artigo internacional selecionado, datado de 1994, que analisa a qualidade dos cuidados primários em diferentes sistemas de seguro em saúde e; portanto, não trata da APS na Saúde Suplementar no Brasil, mas tangencia elementos que antecedem as alterações que vão se realizar no Brasil. Os demais artigos incluídos abordam a APS na Saúde Suplementar, em geral, destacando a importância da APS na qualificação do cuidado e no debate sobre a sustentabilidade no setor, se diferenciando no marco regulatório destacado, na abordagem da aplicação dos atributos essenciais da APS e do conceito da territorialização ou por concentrar os seus resultados na análise de desfechos clínicos.

Nesta perspectiva, pode-se classificar os artigos incluídos nesta revisão em 03 grupos. O primeiro grupo é aquele relacionado diretamente à pergunta desta revisão e se compõe de 09 artigos. Nestes artigos^{15,16,17,18,19,20,21,22} é possível identificar o esforço regulatório para desenvolver a APS na Saúde Suplementar, destacando os marcos regulatórios associados e, ainda, como os atributos essenciais da APS e sua organização territorial é absorvida na Saúde Suplementar. Grosso modo, estes artigos reforçam a importância da organização da APS na Saúde Suplementar.

O segundo grupo é composto por 02 artigos que respondem parcialmente à pergunta de pesquisa. Envolve o conjunto de artigos^{23,24} que tratam dos cuidados primários em saúde de grupos populacionais específicos hospitalizados, comparando população de beneficiários ou não beneficiários, sem necessariamente vincular o desfecho em saúde à organização da APS na Saúde Suplementar.

O terceiro grupo é composto por apenas um artigo²⁵ que tangencia a pergunta de pesquisa. Trata-se de um artigo que aborda a qualidade da assistência em diferentes sistemas de seguro de saúde com variação na forma de financiamento, mas não trata do desenvolvimento da APS na Saúde Suplementar no Brasil, contudo antevê elementos que irão ser implantados no Brasil.

Esta avaliação inicial dos artigos e organização das informações extraídas nos quadros 5 e 6 permite mapear a relação entre a regulamentação pela ANS e o

desenvolvimento da APS na Saúde Suplementar, identificando déficits de implementação a partir da aplicação dos atributos essenciais da APS e do conceito da territorialização. No quadro 5, observa-se o predomínio do conceito de APS construído a partir da Conferência de Alma Ata, realizada em 1978, que traz a compreensão da APS como primeiro ponto de contato do sistema de saúde e caracterizada pelos atributos essenciais para tal nível de atenção proposto por Starfield (2002): acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. A regulamentação pela ANS é abordada em 8 artigos e destacam a atuação do órgão regulador a partir de 2011, mas de forma mais evidente em 2018 com o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde. O cenário de gastos excessivos e o debate sobre a sustentabilidade de sistemas de saúde induzido, especialmente pela OMS que incentiva à adoção da APS – como uma forma de ‘organização do cuidado em saúde’ reconhecidamente mais eficaz e eficiente –, na realidade é preconizada pelo seu caráter economicamente racionalizador.

No quadro 6, é possível visualizar se os artigos abordaram os atributos essenciais da APS e qual a aplicação da territorialização na sua organização. Observa-se que na APS em desenvolvimento na Saúde Suplementar existe um distanciamento entre os achados nos estudos incluídos nesta revisão e a orientação em relação aos atributos essenciais. A APS na Saúde Suplementar não é compreendida como porta de entrada preferencial, predomina o cuidado individualizado baseado na consulta médica, fragmentado e uso de alta tecnologia. O que se entende por “territorialização” na organização da APS aplicada à SS está relacionada ao encarteiramento de beneficiários, ou seja, adota o modelo de lista de pacientes sem o entendimento/vinculação do/ao território nas suas “dimensões tanto políticas quanto clínico-epidemiológicas e afetivo-existenciais”.

Quadro 4. Autores, ano, objetivo, método e principais resultados dos artigos incluídos sobre o desenvolvimento da APS na saúde suplementar. Junho-2025.

Autor(es), ano	Objetivo	Método	Principais resultados
Oliveira IL, Sousa MAC, Queiroz JGX, Sampaio J, 2023	Analisar a atuação de médicos(as) de família e comunidade na Atenção Primária da saúde suplementar.	Estudo cartográfico.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifica um distanciamento em relação aos atributos da APS na Medicina de Família e Comunidade (MFC) aplicada na saúde suplementar; ▪ É uma medicina mais clínica e menos MFC; ▪ Apesar do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) valorizar o contexto familiar e comunitário, num momento histórico marcado pelo neoliberalismo, pode cair em uma lógica individualista e centrar as suas ações na pessoa numa lógica apartada da sociedade. Assim, a ‘Medicina da Pessoa’, apesar de superar a ‘Medicina da Doença’, pode acabar produzindo um enfraquecimento da dimensão territorial da clínica – logo, uma despotencialização da abordagem comunitária e familiar.; ▪ A racionalidade privada tem sido incorporada descaracterizando os princípios e as práticas da APS, com particular prejuízo da territorialização. ▪ A MFC dentro da saúde suplementar, perde parte de sua potencialidade e escopo de ações.
Marques GS, Almeida AM, Gomes C, Silva MRB, Rezende BA, 2023	Identificar se a implementação de um sistema de Atenção Primária à Saúde (APS) suplementar possibilita a redução dos custos assistenciais de idosos com cardiopatias.	Coorte retrospectiva de 223 pacientes cardiopatas com idade ≥ 60 anos.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Houve redução nas despesas de internação após a implementação da APS suplementar e diminuição da frequência de internação para toda a amostra; ▪ Houve redução na frequência de consultas no PA entre os idosos frágeis; ▪ Após a implantação da APS para os idosos frágeis, observou-se redução no número de consultas médicas em Unidades de Pronto Atendimento e, para os idosos robustos, redução no número de internações; ▪ Apesar de a redução do custo total após a implantação da APS suplementar não ter sido significativa, observou-se uma redução significativa nos custos e frequência de internações hospitalares para toda a amostra.
Costa LB, Tavares TMRL, Andrade ABF, Praxedes BS, Mota TC, Santos AP, 2022	Sintetizar o conhecimento sobre a incorporação de iniciativas baseadas na Atenção Primária à Saúde pela Saúde Suplementar brasileira.	Revisão integrativa de caráter descritivo e bibliográfico.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A análise evidencia que a Saúde Suplementar no Brasil apresenta déficit de implementação; ▪ Centralidade no cuidado médico individualizado, fragmentação e descoordenação das especialidades, predomínio do uso de alta tecnologia nas práticas de cuidado e tecnologia dura na relação com os pacientes; ▪ 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 usuário.
Guarnieri A, Mendes Á, 2022	Analisar o que a literatura científica internacional e nacional apresenta sobre a relação entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e o setor de saúde suplementar, buscando entender as características desse nível de cuidado no setor e os principais entraves na sua incorporação.	Revisão sistemática de literatura.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Destaca a escassez de artigos que relacionem a APS especificamente ao subsistema da saúde suplementar brasileira; ▪ Destaca a escassez de artigos que tragam suas análises da APS exclusivamente a contextos de sistema de saúde não universais; ▪ A saúde suplementar não está estruturada de forma a incentivar as práticas de cuidados primários em saúde e ainda requer mudanças estruturais para que os modelos e formatos de APS possam ser implantados no setor.
Vendruscolo FCM, Kroth DC, Schultz CA, Geremia F, 2021	Analisar a oferta de serviços de APS no setor de saúde suplementar.	Aplicação e elaboração da Cadeia de Valor (CV) de Porter. Pesquisa documental. Estudo de caso.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Foi possível evidenciar que os serviços de APS passaram a ter prioridade pela saúde suplementar, incluindo mecanismos de regulação e de incentivos pela ANS, dado seu potencial de redução de custos; ▪ No entanto, para que a incorporação da APS no setor ocorra de forma sustentável, há necessidade de uma mudança cultural intensa, em virtude da forte tradição médica existente no setor; ▪ A APS pode agregar valor aos serviços da organização, desde que haja investimentos realizados nesta tecnologia; ▪ A CV demonstrou-se um instrumento adequado para analisar a oferta de APS na saúde suplementar, podendo ser utilizada para traçar estratégias para as operadoras construírem sua vantagem competitiva.
Pissaia LF, 2022	Analisar na literatura científica as publicações inerentes a ações de Atenção Primária à Saúde (APS) realizadas na saúde suplementar.	Revisão integrativa.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A síntese final contou com 2 trabalhos, evidenciando a limitação de estudos que tratam do tema; ▪ Os resultados demonstram que dentre as principais ações identificadas na APS da rede de saúde suplementar, está a longitudinalidade do cuidado por meio do direcionamento dos casos, bem como a coordenação das ações em APS, atividade realizada pela equipe multiprofissional com foco nas atividades de promoção e atenção à saúde; ▪ Considera-se que as ações de APS são aplicadas a população com foco na qualidade de vida, contudo a área carece de publicações que compartilhem as práticas desenvolvidas nos serviços de saúde.

Ogata AJN, Malik AM, Lotta GS, Massuda A, Schiesari L, Freitas M, 2021	Analisar os fatores que podem ser potenciais barreiras para uma maior escala da APS na saúde suplementar brasileira.	Estudo qualitativo com entrevistas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apesar de se reconhecer a APS como o elemento central na organização do sistema, integrado à rede assistencial, ela ainda não é amplamente adotada na saúde suplementar brasileira; ▪ O estudo sistematiza os desafios para o desenvolvimento da APS na saúde suplementar: <ul style="list-style-type: none"> ▪ cultura do setor e das provedoras – tradição das empresas em se voltarem a serviços de saúde de complexidade secundária e terciária; ▪ gestão do serviço – dificuldade em precificar este produto, bem como em esperar o retorno financeiro que, neste caso, é mais longo do que o desejado; ▪ engajamento e manutenção de usuários para implantar APS – usuários têm preconceito contra a atenção primária por associarem, de maneira preconceituosa, a ideia ao atendimento por meio do serviço público.
Caraline EMC, Ferreira DA, Martins PP, 2019	Apresentar questões relacionadas ao envelhecimento populacional e com o descaso que os planos de saúde têm quanto ao usuário idoso e como relacionar o atendimento que o usuário desse grupo etário precisa com os recursos que o plano pode oferecer sem demandar acréscimos absurdos ao cliente.	Pesquisa bibliográfica de natureza qualitativa.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Destaca a baixa qualidade nos serviços e a ineficiência, remunerando por volume, ou seja, não prioriza o cuidado com os idosos tornando o sistema fragmentado e desarticulado; ▪ Afirma que MFC para o cuidado continuado na saúde suplementar é uma mudança inerente e operadoras que já estão praticando o novo modelo tem alcançado ótimos resultados não só em relação a economia financeira, mas principalmente em qualidade de vida dos usuários; ▪ O artigo não traz de forma clara as evidências das afirmativas.
Nunes BP, Soares UM, Wachs LS, Volz PM, Saes MO, Duro SMS, Thumém E, Facchini LA, 2017	Avaliar a associação da multimorbidade, modelo de atenção primária à saúde e plano de saúde privado com hospitalização.	Estudo transversal de base populacional.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não foi observado efeito isolado deste modelo de atenção na associação entre multimorbidade e hospitalização em comparação ao tradicional; ▪ Destaca o aumento na utilização de serviços por indivíduos com plano de saúde; ▪ Os idosos das áreas de ESF eram mais pobres, menos escolarizados, apresentavam mais incapacidades funcionais e possuíam mais multimorbidade, o que estimularia a maior procura por atendimento. ▪ Entretanto, somente aqueles que possuíam plano de saúde internaram mais, provavelmente 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.
Bôs AJG, Kimura AY, 2015	Entender o comportamento das hospitalizações, a frequência e consequências de Internações por Condição Sensível à Atenção Primária (ICSAP) e sua provável relação com características demográficas e convênio de saúde.	Estudo retrospectivo com dados de internação e alta.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Convênio IPE apresentou o maior percentual de ICSAP, sendo significativamente maior que os outros convênios; ▪ Critérios de autorização de hospitalização pelos convênios ou dificuldade no acompanhamento ambulatorial podem ter ocasionado esse fenômeno; ▪ É possível que a menor frequência de ICSAP no convênio de saúde Unimed ocorra devido ao programa de atendimento domiciliar; ▪ Não foi identificado nenhuma relação entre a APS nos convênios e o resultado de internação por ICSAP.
Barbosa ML, Celino SDM, Costa GMC, 2015	Analisar a operacionalização da Estratégia de Saúde da Família em uma empresa do sistema de saúde suplementar.	Estudo de caso.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Destaca que a adoção da ESF na saúde suplementar é um avanço na tentativa de implantação de uma assistência voltada para a promoção da saúde, em detrimento da atenção médica tradicional prestada entre os planos privados de saúde; ▪ A operadora estudada priorizou a integralidade das ações desenvolvidas pela equipe multidisciplinar de saúde, direcionando suas práticas às parcelas de usuários consideradas de risco associado a intencionalidade de redução de despesas; ▪ O artigo não traz de forma clara as evidências das afirmativas.
Safran DG, Tarlov AR, Rogers WH, 1994	Examinar as diferenças na qualidade dos cuidados primários prestados em sistemas de saúde pré-pagos e de pagamento por serviço (FFS).	Estudo longitudinal de 1208 pacientes adultos com doenças crônicas cujo seguro de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Os resultados marcam diferenças nas dimensões centrais da qualidade da atenção primária em cada um dos três sistemas de pagamento; ▪ O acesso, a continuidade e a responsabilidade organizacionais foram mais altos no sistema FFS; ▪ A coordenação foi maior e a abrangência foi menor nos HMOs.

Fonte: elaboração dos autores.

Quadro 5. Autores, ano, conceitos relacionados à APS, saúde suplementar e sua regulamentação encontrada nos artigos incluídos. Junho-2025.

Autor(es), ano	APS	Saúde Suplementar (SS)		Regulamentação
	Conceito de APS	Tipologia da Operadora de Plano de Saúde (OPS) analisada	Citação de inserção da APS na SS	Regulamentação ANS citada
Oliveira IL, Sousa MAC, Queiroz JGX, Sampaio J, 2023	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Da Conferência de Alma-Ata: <ul style="list-style-type: none"> ▪ acesso universal/primeiro contato; ▪ inseparabilidade entre saúde e desenvolvimento socioeconômico; ▪ participação social. ▪ APS e seus atributos essenciais: <ul style="list-style-type: none"> ▪ acesso de primeiro contato; ▪ coordenação do cuidado; ▪ longitudinalidade; ▪ integralidade. 	Medicina de grupo com início da experiência de APS em 2015.	Essa inserção ganhou potência a partir de 2013, quando planos de saúde como a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (Cassi), a Confederação Nacional das Cooperativas Médicas (Unimed) e a Amil decidiram estruturar seus serviços em volta da APS, apostando na contratação de profissionais da MFC para compor suas equipes de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manual Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde (2019):
Marques GS, Almeida AM, Gomes C, Silva MRB, Rezende BA, 2023	<ul style="list-style-type: none"> ▪ APS e seus atributos essenciais: <ul style="list-style-type: none"> ▪ acesso de primeiro contato; ▪ coordenação; ▪ longitudinalidade; ▪ integralidade. ▪ Porta de entrada do sistema de saúde 	Filantropia com início da experiência de APS em 2014.	A Fundação São Francisco Xavier, em dez/2014, iniciou suas operações na primeira Unidade de APS inspirada no modelo de Atenção Primária da <i>Cambridge Health Alliance</i> , Boston/EUA	Nenhuma.
Costa LB, Tavares TMRL, Andrade ABF, Praxedes BS, Mota TC, Santos AP, 2022	<ul style="list-style-type: none"> ▪ APS e seus atributos essenciais: <ul style="list-style-type: none"> ▪ acesso de primeiro contato; ▪ coordenação; ▪ longitudinalidade; ▪ integralidade. ▪ Porta de entrada do sistema de saúde 	Autogestão (CASSI), Cooperativa Médica (Unimed), Medicina de Grupo (Amil após sua aquisição pela <i>United Health Group</i> em 2012).	Cita a advertência da OMS sobre os sistemas de saúde fragmentados que não apresentam condições de enfrentamento do cenário epidemiológico de ascensão das condições crônicas.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resolução nº 94 (2005); ▪ Resoluções Normativas nº 264 (2011) e 265 (2011); ▪ Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde (2018).
Guarnieri A, Mendes Á, 2022	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Da Conferência de Alma-Ata: <ul style="list-style-type: none"> ▪ primeiro ponto de contato; ▪ inseparabilidade entre saúde e desenvolvimento socioeconômico; ▪ participação social. ▪ APS e seus atributos essenciais: <ul style="list-style-type: none"> ▪ longitudinalidade; ▪ integralidade; ▪ coordenação; 	Não trata de uma tipologia específica da saúde suplementar no Brasil. Traz análise da organização da APS em outros países, como Canadá.	São observados indícios de iniciativas regulatórias para a melhoria na resolutividade do cuidado por meio da APS, as mudanças propostas pela ANS advêm do despertar para a necessidade de mudança para um modelo de atenção que utilize o cuidado integral como eixo condutor.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde (2018).
Vendruscolo FCM, Kroth DC, Schultz CA, Geremia F, 2021	<ul style="list-style-type: none"> ▪ APS como nível de atenção: <ul style="list-style-type: none"> ▪ gerenciamento da saúde dos pacientes ao longo do tempo; ▪ tratamentos mais adequados; 	Não especifica a tipologia. O estudo indica que a operadora analisada tinha 6 anos de experiência em APS.	A pressão dos custos e a busca pela sustentabilidade econômico-financeira, resultaram na implementação e no investimento, pela SS, da oferta de serviços com cuidados primários de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde (2018).

Pissaia LF, 2022	<ul style="list-style-type: none"> ▪ APS como nível de atenção: ▪ estratégias individuais e coletivas ▪ promoção e proteção à saúde, ▪ diagnóstico, tratamento, reabilitação; ▪ ações educativas; ▪ qualidade de vida da população; 	Não trata uma tipologia específica.	Não tem um marco específico.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde (2018).
Ogata AJN, Malik AM, Lotta GS, Massuda A, Schiesari L, Freitas M, 2021	<ul style="list-style-type: none"> ▪ APS como nível de atenção: ▪ estratégias individuais e coletivas ▪ promoção e proteção à saúde, ▪ diagnóstico, tratamento, reabilitação; ▪ redução de danos; ▪ manutenção da saúde. 	Quatro empresas de medicina de grupo ou seguradoras, quatro em cooperativas médicas, três em operadoras de autogestão e um em uma organização filantrópica.	Não tem um marco específico.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Laboratório de Inovação sobre Experiências de Atenção Primária na SS (2017); ▪ Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde (2018).
Caraline EMC, Ferreira DA, Martins PP, 2019	Não explicita um conceito de APS.	Não trata de uma tipologia específica.	Desde meados da década passada, a ANS tem investido na formulação de medidas de incentivo para a mudança do modelo assistencial praticado na SS.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resolução Normativa ANS nº 265.
Nunes BP, Soares UM, Wachs LS, Volz PM, Saes MO, Duro SMS, Thumém E, Facchini LA, 2017	<ul style="list-style-type: none"> ▪ APS como nível de atenção: ▪ população adstrita ao seu território; além do atendimento à demanda e provisão de insumos; ▪ prevenção e promoção da saúde. 	Compara as hospitalizações em idosos beneficiários ou não beneficiários de planos de saúde.	Não tem um marco específico.	Nenhuma.
Bós ÂJG, Kimura AY, 2015	Não explicita um conceito de APS.	Compara as internações por ICSAP entre Cooperativa Médica, Medicina de Grupo e o SUS.	Não tem um marco específico.	Nenhuma.
Barbosa ML, Celino SDM, Costa GMC, 2015	<ul style="list-style-type: none"> ▪ APS como nível de atenção: ▪ equipe multidisciplinar; ▪ ações individuais e coletivas; ▪ promoção da saúde; ▪ prevenção de agravos; ▪ diagnóstico, tratamento e reabilitação; ▪ população adscrita. 	Autogestão.	Nos últimos anos, a ANS vem estimulando a adoção de programas de Promoção da Saúde (PS) pelas operadoras, tendo em vista a iniciativa do setor público de saúde em realizar investimentos nas áreas de APS.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resolução ANS nº 94.
Safran DG, Tarlov AR, Rogers WH, 1994	Não aplica os conceitos de APS	Não segue as tipologias do sistema de saúde suplementar no Brasil.	Não tem um marco específico.	Nenhuma.

Fonte: elaboração dos autores.

Quadro 6. Autores, ano, aspectos relacionados à APS, saúde suplementar e sua regulamentação encontrada nos artigos incluídos. Junho-2025.

Autor(es), ano	Acesso	Longitudinalidade	Integralidade	Coordenação do cuidado	Territorialização
Oliveira IL, Sousa MAC, Queiroz JGX, Sampaio J, 2023	<ul style="list-style-type: none"> APS na SS não se configura como porta de entrada preferencial. 	<ul style="list-style-type: none"> APS na SS caracterizada pelo cuidado individualizado; Despotencialização da abordagem comunitária e familiar. Cuidado da família limitado aos membros beneficiários 	<ul style="list-style-type: none"> Não há visita domiciliar pelos MFC na SS; Perde-se a dimensão de uma prática domiciliar mais horizontal, dialógica e emancipatória por meio da intimidade da 'casa'. 	<ul style="list-style-type: none"> APS se distancia da sua vocação territorial. 	<ul style="list-style-type: none"> Encarteiramento de clientes ou adscrição por meio de uma lista de participantes. Enfraquecimento da dimensão comunitária e familiar
Marques GS, Almeida AM, Gomes C, Silva MRB, Rezende BA, 2023	<ul style="list-style-type: none"> APS na SS não se configura como porta de entrada preferencial. 	<ul style="list-style-type: none"> Necessidade aprimoramento da atuação das equipes da APS no acompanhamento dos idosos: <ul style="list-style-type: none"> tempo de retorno ao cuidado; intensificar ações preventivas; identificar fatores de risco precoces para doenças cardiovasculares. 	<ul style="list-style-type: none"> Cuidado individualizado. 	<ul style="list-style-type: none"> Foi observada redução na frequência de consultas em Pronto Atendimento entre idosos classificados como frágeis em IVCF-20. 	<ul style="list-style-type: none"> Não abordado.
Costa LB, Tavares TMRL, Andrade ABF, Praxedes BS, Mota TC, Santos AP, 2022	<ul style="list-style-type: none"> APS na SS não se configura como porta de entrada preferencial 	<ul style="list-style-type: none"> Lógica biomédica; Excessiva medicalização; Privilégio do uso de alta tecnologia; Predomínio das tecnologias duras nas relações com os usuários. 	<ul style="list-style-type: none"> Cuidado individualizado. 	<ul style="list-style-type: none"> Grande fragmentação e especialização desse setor. 	<ul style="list-style-type: none"> Encarteiramento de clientes ou lista de participantes.
Guarnieri A, Mendes Á, 2022	<ul style="list-style-type: none"> APS na SS não se configura como porta de entrada preferencial Ainda longe de uma performance ideal do que se entende de APS. 	<ul style="list-style-type: none"> Não encorajam abertamente os pacientes a procurar cuidados primários; Percepção que o "valor" estaria no acesso direto aos especialistas. 	<ul style="list-style-type: none"> Ações e serviços pulverizados, para um modelo de atenção que utilize o cuidado integral. 	<ul style="list-style-type: none"> Sem integração no âmbito da rede assistencial. Não é possível ver modelos integrados. 	<ul style="list-style-type: none"> Não abordado.
Vendruscolo FCM, Kroth DC, Schultz CA, Geremia F, 2021	<ul style="list-style-type: none"> APS na SS não se configura como porta de entrada preferencial 	<ul style="list-style-type: none"> Gargalo a necessidade de desenvolver ações mais efetivas de acompanhamento (longitudinalidade); Inserir ações de prevenção e promoção à saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> Não trabalha ações de promoção e prevenção à saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> Necessidade de aprimoramento de seu sistema de informações. 	<ul style="list-style-type: none"> Encarteiramento de clientes ou lista de participantes.
Pissai LF, 2022	<ul style="list-style-type: none"> A organização da APS favorece o acesso da gestante; Equipe multiprofissional capacitada. 	<ul style="list-style-type: none"> A vinculação do beneficiário com a APS promove o encaminhamento a rede de saúde suplementar, 	<ul style="list-style-type: none"> Acompanhamento no pré-natal e na cobertura do exame de mamografia configura a 	<ul style="list-style-type: none"> Direcionamento dos beneficiários dentro do escopo dos prestadores de serviços credenciados; 	<ul style="list-style-type: none"> Não abordado.

		principalmente àquelas de promoção da saúde.	APS em seu controle de cuidados.		
Ogata AJN, Malik AM, Lotta GS, Massuda A, Schiesari L, Freitas M, 2021	<ul style="list-style-type: none"> ▪ APS na SS não se configura como porta de entrada preferencial 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A inexistência ou falta de integração de sistemas de monitoramento e registros eletrônicos; ▪ APS, que depende de informações para um acompanhamento longitudinal. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O foco no serviço de especialistas; ▪ Conflitos para a adoção de outros tipos de atendimento mais voltados à integralidade. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ É necessário construir protocolos que orientem o fluxo dos usuários na rede de serviços, garantindo que a APS seja de fato a porta de entrada e ordenadora da assistência. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Encarteiramento de clientes ou lista de participantes.
Caraline EMC, Ferreira DA, Martins PP, 2019	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A porta de entrada, na grande maioria das vezes, é a emergência do hospital; ▪ Acesso via hospital tem péssima relação custo-benefício, fazendo uso intensivo de tecnologias de alto custo. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gerenciamento de doença crônica é que ele é apresentado entre planos de saúde, sem qualquer conexão com o sistema de atenção primária e sem acompanhamento. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poucos pontos de atenção e que não se articulam; ▪ Pacientes entram nessa rede desarticulada em um estágio muito avançado. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não abordado. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não abordado.
Nunes BP, Soares UM, Wachs LS, Volz PM, Saes MO, Duro SMS, Thumém E, Facchini LA, 2017	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O plano de saúde entendido não como prestador do serviço de APS, mas como um “facilitador” para acesso a internações. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não abordado. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não abordado. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não abordado. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não abordado.
Bós ÂJG, Kimura AY, 2015	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A frequência de ICSAP foi associada aos convênios médicos, ▪ A menor frequência de ICSAP na Unimed ocorre devido ao atendimento domiciliar; ▪ Unimed oferece a seus conveniados o Gerenciamento de Crônicos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não abordado. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não abordado. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não abordado. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não abordado.
Barbosa ML, Celino SDM, Costa GMC, 2015	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não abordado. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não abordado. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não abordado. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não abordado. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Encarteiramento de clientes ou lista de participantes.
Safran DG, Tarlov AR, Rogers WH, 1994	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Melhor acesso identificado nos seguros pré-pagos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não abordado. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não abordado. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A continuidade e a responsabilidade foram mais altas no sistema de indenização tradicional. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não abordado.

Fonte: elaboração dos autores.

Discussão

A análise dos artigos revisados foi estruturada em temas e subtemas com o objetivo de integrar o conteúdo e orientar a leitura dos achados na relação com a pergunta de pesquisa. Foram definidos 6 temas, conforme a organização temática a seguir: a) métodos usados nos estudos; b) principais resultados dos artigos revisados; c) conceitos de APS usados nos artigos revisados; d) tipologia das operadoras de saúde analisadas nos artigos revisados; e) regulamentação da APS na Saúde Suplementar; e f) aspectos da APS (não) incorporados pela Saúde Suplementar. Este último tema foi subdividido em 5 subtemas com o intuito de identificar as características inerentes da APS na Saúde Suplementar. Nesta perspectiva, os subtemas se correlacionam com os atributos essenciais da APS, quais sejam: (1) acesso (primeiro contato), (2) longitudinalidade, (3) integralidade e (4) coordenação. A análise a partir dos atributos essenciais foi acrescida do subtema da territorialização enquanto prática reconhecida da organização da APS no Brasil.

Métodos usados nos estudos revisados

Os 12 artigos incluídos neste estudo foram organizados em 6 (seis) subtemas por semelhança metodológica. O primeiro subtema são os estudos que utilizaram a metodologia de revisão de literatura^{17,1,19}, sendo que dois estudos utilizam a revisão integrativa e um estudo utiliza a revisão sistemática. O segundo subtema são os estudos que utilizam a metodologia de pesquisa populacional ou epidemiológica^{16,23,24,25}. O terceiro subtema são os estudos que utilizam a metodologia de estudos de caso^{18,22}. Os três estudos restantes utilizam a metodologia de estudo cartográfico¹⁵, pesquisa bibliográfica²¹ e pesquisa qualitativa com entrevista²⁰.

Principais resultados dos artigos revisados

A importância da APS na qualificação do cuidado e no debate sobre a sustentabilidade na Saúde Suplementar no Brasil é o ponto de convergência entre a maioria dos artigos incluídos neste estudo^{15,16,17,1,18,19,20,21,23,22}. Um segundo ponto de convergência tem relação com a identificação de incentivo regulatório da ANS para o desenvolvimento da APS pelas operadoras de planos de saúde^{15,17,1,18,19,20,21,22}. Assim, é possível ver uma correspondência entre a regulamentação e o esforço de organização da APS na Saúde Suplementar como um movimento deliberado de apropriação dos conceitos e práticas da APS pelo setor privado de saúde. Contudo, o questionamento

permanente é: por que as operadoras desejam incorporar a lógica da APS no sistema privado? A resposta direta a essa pergunta não aparece de forma clara, mas através de elementos subentendidos nos achados dos estudos. Tudo indica que: a) lidar com o avanço do perfil de morbidade crônica (doenças crônico-degenerativas em geral) tem aumentado os custos dos planos o que leva a medidas de economicidade; e b) a lógica da APS é uma forma de racionalização de recursos financeiros em virtude dos seus preceitos tais quais: longitudinalidade, vínculo, ênfase na promoção e prevenção e abordagem multi/interdisciplinar. Vejamos: a primeira referência normativa citada^{17,22} é a Resolução Normativa (RN) n. 94, de 24 de março de 2005, que dispõe sobre os critérios para diferimento da cobertura com ativos garantidores da provisão de risco condicionada à adoção, pelas operadoras de programas de ‘promoção à saúde’ e ‘prevenção de doenças’. No entanto, são as resoluções normativas n. 264 e n. 265, ambas publicadas em 2011, que parecem demarcar a indução da ANS à organização de programas de saúde e prevenção de riscos e doenças¹⁷. A RN n. 264/2011 que dispõe sobre a promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças e seus programas na saúde suplementar e a RN n. 265/2011 que instituiu a possibilidade de concessão de bonificação aos beneficiários pela participação em ‘programas de envelhecimento ativo’ e ‘gerenciamento de crônicos’. As duas resoluções foram atualizadas, respectivamente, pelas resoluções n. 498 e n. 499, ambas publicadas em 2022 e, atualmente, funcionam como mecanismo indutor à organização de programas de promoção e prevenção à saúde. Mais recentemente, a ANS avançou na regulamentação com a publicação da Resolução Normativa n. 440/2018 amplamente citada nos artigos analisados. A RN n. 440/2018, atualizada em 2022 pela RN n. 506, instituiu o ‘programa de certificação de boas práticas’ em atenção à saúde pelas operadoras. Trata-se de um programa voluntário e, até o momento, com baixa aderência por parte das operadoras de planos de saúde. Em consulta à página da ANS²⁶ verifica-se que temos 8 operadoras certificadas em um universo de 670 operadoras ativas com beneficiários e 21.773 planos ativos de acordo com a base de dados e indicadores do setor disponibilizados pela ANS.²⁷ Por outro lado, os estudos apontam para existência de déficit na aplicação dos conceitos e características inerentes à APS no seu desenvolvimento na Saúde Suplementar^{15,17,1,20,21}. No artigo que propõe um estudo cartográfico¹⁵ com objetivo de “analisar a atuação de médicos de família e comunidade na Atenção Primária da saúde suplementar” fica evidenciado um distanciamento da aplicação dos atributos essenciais da APS na Saúde Suplementar e a manutenção da racionalidade privada baseada no cuidado individualizado e sem o contexto familiar e territorial sobre os

preceitos da APS. Este estudo identifica um distanciamento da Medicina de Família e Comunidade (MFC) aplicada na saúde suplementar em relação aos atributos da APS e indica prejuízo da territorialização na sua organização. Ao citar a regulamentação do tema pela ANS, o estudo destaca o programa de certificação de boas práticas em atenção à saúde pelas operadoras e enfatiza a divergência do conceito de território aplicado. Para a ANS, o território é definido como “*a identificação tão precisa quanto possível de uma população beneficiária*”¹⁵ (o que de fato, não se trata de território tal como realizado na APS pública) enquanto no ideário da APS brasileira organizada com base na adscrição populacional, “*o território é definido como um espaço geográfico delimitado e dinâmico dotado de uma dimensão subjetiva de um campo de forças, que podem ser expressas pelas pessoas, pelas famílias ou pelas comunidades que compõem essa teia de relações*”¹⁵. Este distanciamento conceitual demarca a característica da organização da APS na saúde suplementar que não se estrutura em base comunitária, mas atua com a noção de ‘encarteiramento’ ou composição de lista de beneficiários^{15,17,18,20,22}. Os estudos que propuseram uma revisão de literatura^{17,1,19} destacam a escassez de estudos que tratam do tema e indicam que a saúde suplementar não está estruturada para o desenvolvimento da APS. De acordo com estes estudos, predomina na saúde suplementar o cuidado médico-centrado e individualizado, o uso de tecnologias duras e descoordenação da prática clínica junto à atenção especializada. O artigo que desenvolveu um estudo qualitativo com entrevistas envolvendo empresas de medicina de grupo ou seguradoras, cooperativas médicas, operadoras de autogestão e organização filantrópica afirma que a APS não está amplamente adotada pela Saúde Suplementar e ainda precisa superar a cultura do setor fortemente vinculada a serviços de saúde de complexidade secundária e terciária. Este artigo sistematiza os desafios da Saúde Suplementar para o desenvolvimento da APS, dentre eles, a necessidade de superar a cultura dos seus beneficiários ainda ancorada no “*preconceito contra a atenção primária por associarem, de maneira preconceituosa, a ideia ao atendimento por meio do serviço público*”²⁰. Os artigos que desenvolveram os estudos de caso^{18,22} reforçam que a adoção da APS na saúde suplementar é um avanço e pode agregar valor aos serviços da organização. Os artigos que desenvolveram pesquisa populacional ou epidemiológica^{16,23,24,25} trouxeram alguns achados que indicam o potencial da APS na redução das internações, das visitas aos serviços de pronto socorro e dos custos assistenciais. O estudo coorte¹⁶ desenvolvido com o objetivo de identificar se a implementação de um sistema de Atenção Primária à Saúde (APS) suplementar possibilita a redução dos custos assistenciais de idosos com cardiopatias demonstra

redução significativa nos custos e frequência de internações hospitalares para toda a amostra.

Conceito de APS usados nos estudos revisados

Os conceitos de APS estão bem definidos na literatura e neste tema a proposta é analisar os artigos incluídos no estudo conforme a aplicação dos conceitos na Saúde Suplementar. Os conceitos utilizados nesta análise permitem classificar os artigos em três subtemas. O primeiro subtema contempla os artigos que adotam a concepção de APS numa perspectiva social como primeiro contato do sistema de saúde associado ao desenvolvimento social e econômico global da comunidade conforme a Conferência de Alma Ata realizada em 1978. Este grupo é composto por 2 artigos^{1,15}. O segundo subtema inclui os artigos que adotam o conceito de APS baseado nos seus atributos essenciais conforme definição clássica de Starfield (2002): primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação^{16,17}. O terceiro subtema abordam a concepção de APS enquanto um modelo assistencial caracterizado como primeiro nível de atenção à saúde e porta de entrada na organização dos sistemas de saúde sem uma referência detalhada aos atributos essenciais da APS^{18,19,20,22,23}. Os demais artigos^{21,24,25} não abordam um conceito de APS no desenvolvimento do estudo.

Tipologia das Operadoras de Plano de Saúde estudadas

As tipologias de operadoras de saúde são trabalhadas em 6 artigos e envolve medicina de grupo¹⁵, autogestão^{16,22} e análise conjunta de medicina de grupo, autogestão e SUS^{17,20,24}. Os demais estudos não abordam uma tipologia de operadora de saúde^{1,18,19,21,23,25}.

Regulamentação da APS na SS

A atuação da ANS na indução da implementação da APS na Saúde Suplementar é abordada em 8 dos artigos incluídos neste estudo^{1,15,17,18,19,20,21,22}. A regulamentação mais citada é o Programa de Certificação das Boas Práticas em APS instituído pela Resolução ANS n. 440, 13 de novembro de 2018, e atualizado pela Resolução ANS n. 506, de 30 de março de 2022. Este programa tem três níveis de certificação: nível III ou básico, nível II ou intermediário e nível I ou pleno. Em junho/2025 ao consultar a página da ANS²⁶ observou-se que 8 operadoras estão certificadas, sendo 4 certificadas em nível II ou intermediário e 4 certificadas em nível I ou pleno. Com base nos dados e indicadores

do setor disponibilizados na página da ANS, o Brasil tem 670 operadoras ativas com beneficiários e 21.773 planos ativos²⁷.

Aspectos da APS (não-)incorporados pela SS

Este tema está organizado em 5 subtemas que se correlacionam com os atributos essenciais da APS de acesso (primeiro contato), longitudinalidade, integralidade e coordenação, acrescido da análise da territorialização enquanto prática da organização da APS no Brasil. A análise se baseia na definição clássica de APS construída por Starfield (2002) e busca subsidiar a discussão acerca da aplicação dos conceitos inerentes que caracterizam a APS e a sua implementação na Saúde Suplementar.

1) Acesso (Primeiro contato)

Para Starfield (2002), a APS é a porta de entrada de fácil acesso para o sistema de saúde. Neste entendimento, a APS se configura como primeiro contato quando o beneficiário escolhe os serviços de APS como o primeiro recurso diante de uma ‘necessidade em saúde’ ou como sua referência para o cuidado em saúde. Para 10 artigos incluídos neste estudo, a APS na Saúde Suplementar não se configura como porta de entrada preferencial^{15,16,17,1,18,19,20,21,23,24} e ainda predomina na Saúde Suplementar a forma de organização fragmentada com acesso do beneficiário aos serviços de saúde por livre escolha baseado no escopo contratual e não na ‘necessidade em saúde’. Apesar das iniciativas indutoras da ANS, o aparato regulatório induz uma adesão voluntária das operadoras às práticas em APS e “*não garantem o acesso do beneficiário aos serviços sem a porta de entrada da APS, o que se constituiu num obstáculo considerável à ampla adoção do modelo*”²⁰.

2) Longitudinalidade

A longitudinalidade é compreendida como uma relação de longa duração entre os profissionais de APS e os beneficiários. O vínculo constituído entre os profissionais de APS e os beneficiários permite o manejo clínico adequado ao longo do tempo e uma melhor atuação em termos de promoção e prevenção à saúde. A partir dos achados nos artigos incluídos neste estudo observa-se que existe um déficit de implementação da longitudinalidade no processo de cuidado evidenciado pela predominância de práticas clínicas pontuais, centrada no cuidado

médico e de gargalos no desenvolvimento de ações efetivas de acompanhamento^{15, 16,17,1,18,20,21}. O artigo que desenvolveu um estudo qualitativo²⁰ destaca a rotatividade de profissionais nos serviços de APS, em especial os médicos de família e comunidade, e a rotatividade de beneficiários como fatores que prejudicam a construção de vínculo das equipes de APS com pacientes e, portanto, o desenvolvimento do atributo da longitudinalidade.

3) *Integralidade*

Mesmo sob a polissemia do conceito de integralidade usado no SUS público-estatal²⁸, a integralidade nestes estudos tem sido compreendida apenas como capacidade de reconhecer as necessidades de saúde da população sob responsabilidade sanitária das equipes de APS e de ofertar recursos assistenciais diversificados integrando práticas promocionais-preventivas com as curativas para uma abordagem resolutive. A partir dos achados nos artigos incluídos neste estudo observa-se que existe um déficit de implementação da integralidade no processo de cuidado evidenciado pelo predomínio do cuidado individualizado e fragmentado com práticas centradas no cuidado especializado que não possibilitam o entendimento sobre a necessidade de saúde e uma abordagem resolutive^{15,16,17,1,20,21}.

4) *Coordenação do cuidado*

Mesmo sob diversas interpretações sobre a coordenação do cuidado²⁹, nestes estudos a coordenação do cuidado está relacionada com a continuidade do cuidado e compreende a capacidade de articulação dos serviços de APS com os demais níveis de atenção à saúde para prover um cuidado integral. Envolve necessariamente o acompanhamento clínico suportado por ferramentas de informação e comunicação entre os diferentes pontos de atenção à saúde e a existências de fluxos de referência e contrarreferência bem estabelecidos entre a APS e os demais níveis de atenção à saúde. A partir dos achados nos artigos incluídos neste estudo observa-se que existe um déficit de implementação da coordenação do cuidado evidenciado pelo enfraquecimento da dimensão comunitária e familiar¹⁷, pela fragmentação do cuidado na relação com a atenção especializada^{1,17,19}, pela necessidade de aprimoramento dos sistemas de troca de

informações entre os pontos de atenção¹⁸ e pela necessidade de adoção de protocolos que orientem os fluxos dos usuários na rede de serviços²⁰.

5) *Territorialização*

Na lógica do SUS público e estatal, a APS é um serviço de saúde de base comunitária e se organiza a partir de territórios entendidos como células geopolíticas do cuidado interprofissional, definindo a responsabilidade sanitária para grupos populacionais geograficamente localizados. Ter uma base territorial bem definida permite aprofundar o conhecimento sobre a população adstrita e suas necessidades em saúde, considerando o contexto social e cultural de inserção desta população como elementos fundamentais para a construção do processo de cuidado. A partir dos achados nos artigos incluídos neste estudo observa-se que a APS na Saúde Suplementar se “distancia da sua vocação territorial”¹⁵, sem aplicação da abordagem comunitária e familiar que caracteriza uma boa prática de APS. Este distanciamento direcionou o processo de organização da APS na Saúde Suplementar para a prática de “encarteiramento” ou constituição de uma lista de beneficiários para a construção de um conhecimento individualizado sem considerar o contexto social, econômico e cultural^{15,17,18,20,22}.

Limitações desta revisão

O método da revisão integrativa buscou sintetizar o conhecimento disponível sobre o tema e foi escolhido por permitir uma avaliação crítica da produção científica. A associação com a pesquisa documental sobre a regulamentação da ANS foi importante para compreender a existência ou não de um efeito indutor desta legislação no desenvolvimento de estratégias de organização do cuidado assistencial da APS na Saúde Suplementar.

O método escolhido permitiu identificar os resultados que destacam a relevância em desenvolver a APS e que um sistema de saúde privado pode se beneficiar tanto em termos de qualidade assistencial quanto em sustentabilidade financeira. A existência de um processo regulatório indutor foi abordada pelos estudos. No entanto, as abordagens não se deram de forma central e correlacionada a uma análise econômica com as implicações para o setor público e o aprimoramento da atuação regulatória do Estado. Este estudo consegue trazer um compilado de resultados válidos mas indica a necessidade de aprofundamento dos estudos, especialmente, no que concerne a aplicação de

metodologias e instrumentos validados para aferir a qualidade dos serviços de APS ofertados na Saúde Suplementar e sua orientação quanto aos atributos essenciais.

Implicações para políticas públicas

Sistemas de saúde organizados a partir da APS são reconhecidamente mais eficazes e eficientes com melhor capacidade de produzir um cuidado de qualidade com racionalização de recursos, assistenciais e financeiros^{4,5}. Aprofundar o conhecimento sobre os efeitos da APS seja na saúde pública ou privada é fundamental para o avanço das políticas de saúde.

No caso deste estudo que aborda a apropriação pelo setor privado da prática de APS desenvolvida no sistema público de saúde, o conhecimento desenvolvido pode contribuir com o processo regulatório do setor pelo Estado para reorientar a sua retórica publicitária à lógica da “saúde e bem-estar” e, de fato, entregar ao beneficiário um cuidado em saúde de qualidade e não controle sinistralidade. Além disso, os estudos podem contribuir para o desenvolvimento de indicadores e análises que orientem a discussão da sustentabilidade do setor, superando o debate superficial em torno do indicador de sinistralidade.

Avanços desta revisão e a agenda de pesquisa

A revisão integrativa confirma a escassez de publicações sobre a APS diretamente relacionada à realidade da saúde suplementar e uma abordagem ainda inicial sobre a regulamentação do tema pela ANS e seus efeitos. Os resultados destacam as vantagens em desenvolver a APS e que um sistema de saúde privado pode se beneficiar tanto em termos de qualidade assistencial quanto em sustentabilidade financeira. No entanto, ainda carece de estudos que possam delimitar os efeitos e apurar os resultados associados a implantação e desenvolvimento da APS no setor privado na perspectiva de uma avaliação econômica completa.

Na Saúde Suplementar, nota-se que mesmo demonstrado os ganhos advindos com a APS ainda suscitam dúvidas quando o assunto é investimento em APS. Para ajudar no entendimento uma questão atual é como desenvolver um indicador que possa demonstrar o efeito na curva de despesas a partir da análise do desfecho de algumas condições de saúde sensíveis ao cuidado na APS. A hipótese é que a APS produz melhores desfechos em algumas condições de saúde e, portanto, é possível estimar os resultados decorrentes

da atuação da APS e que desacelera o crescimento das despesas assistenciais. Este é um desafio no setor que ainda se limita a uma análise bruta de sinistralidade.

Considerações finais

De acordo com os dados compilados nesta revisão é possível afirmar que existe correspondência entre a regulamentação e o esforço de organização da APS na Saúde Suplementar como um movimento deliberado de apropriação dos conceitos e práticas da APS pelo setor privado de saúde. No entanto, não fica claro os motivos desta incorporação da prática de APS no setor ou se apenas é utilizada para manter a retórica publicitária à lógica da “saúde e bem-estar” como mecanismo de agregação de valor aos seus produtos.

Este movimento é indicado pelos resultados trazidos nos estudos que demonstram a manutenção da racionalidade privada na produção de saúde baseada no cuidado individualizado e sem o contexto familiar e territorial sobre os preceitos da APS. O déficit de implementação dos atributos essenciais da APS e da sua forma “territorializada” de organização foi abordado nos estudos e, até o momento, a baixa adesão das operadoras de planos de saúde ao programa de certificação é um indicativo das limitações do desenvolvimento da APS na Saúde Suplementar.

Referências

1. Guarneri A, Mendes A. A atenção primária à saúde e o sistema de saúde suplementar: uma revisão integrativa. Disponível em: <https://ecopolsaude.com.br/wp-content/uploads/2023/03/12-Andre-Guarneri.pdf>
2. Almeida M, Gondinho B. O fortalecimento do Setor Suplementar subsidiado pelas decisões do Governo Federal (1988 – 2020). Disponível em: <https://ecopolsaude.com.br/wp-content/uploads/2023/03/12-Marina.pdf>
3. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.
4. Mendes E. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2011. 549 p.
5. Siliansky M, Bravo M. Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. Rio de Janeiro: Trabalho. Educação. Saúde. v. 12, n. 3, p. 499-518, 2014
6. Mendes A, Carnut L. Capital. Estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento. SER Social. v. 22, p. 9-32, 2020.
7. Mendes A, Carnut. Ofensivas contra a saúde pública à luz do debate derivacionista: o caso da Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS). Porto Alegre: Textos e contextos. v. 22. n 1. 2023.

8. Giovanella L, Stegmuller K. Tendências de reformas da atenção primária à saúde em países europeus. *Journal of Management e Primary Health Care*, v. 5, p. 101 a 113. 2014.
9. Porto F, Carnut L. Remuneração médica e qualidade da assistência à saúde: uma revisão integrativa sobre o papel das forams de mensuração do desempenho. *Journal of Management e Primary Health Care*, v. 14. 2022.
10. Batista DFG, Carnut L. A remuneração médica por desempenho e sua relação com a qualidade de assistência à saúde: uma revisão integrativa de bases de dados internacionais. 2021. Acesso em: 31, março 2025. Disponível em: <https://ecopolsaude.com.br/wp-content/uploads/2023/01/2-Denise-1.pdf>
11. Bahia L, Scheffer M. O SUS e o setor privado assistencial: interpretações e fatos. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 158-171, 2018.
12. Souza MT de, Silva MD da, Carvalho R de. Integrative review: what is it? How to do it?. *Einstein (São Paulo)*. 2010;8(1):102-6.
13. Whitemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005 Dec; 52(5):546-53.
14. Sá-Silva JR, Almeida CD, Guindani JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, ano I, n. I, p. 1-15, 2009.
15. Linhares I, Matias, Xavier G, Sampaio J. Qual família e qual comunidade? Reconfigurações da Medicina de Família e Comunidade na saúde suplementar. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2023 Jan 1;21. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2158>
16. Geórgia Silva Marques, Alessandra Maciel Almeida, Isabel Cristina Gomes, Renata M, Bruno Almeida Rezende. Atenção primária na saúde suplementar: avaliação de custos no cuidado de pacientes idosos com cardiopatias. *Revista Brasileira de Enfermagem (Impresso)*. 2023 Jan 1;76(3).
17. Borges Costa L, Rios de Lima Tavares TM, Feijó de Andrade AB, Soares Praxedes B, Custódio Mota T, Paiva dos Santos A. Atenção Primária e Saúde Suplementar no Brasil. *Cadernos ESP*. 2022 Mar 3;16(1):95–106.
18. Vendruscolo FCM, Kroth DC, Schultz CA, Geremia F. A cadeia de valor da atenção primária do sistema suplementar: análise de um plano privado de saúde. *Research, Society and Development*. 2022 Jul 6;11(9):e17911931861.
19. Pissaia LF. Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa sobre a saúde suplementar. *Revista Destaques Acadêmicos*. 2022 Nov 16;14(3).
20. Jose A, Ana Maria Malik, Gabriela Spanghero Lotta, Adriano Massuda, Maria L, Abunahman M. Atenção primária na saúde suplementar brasileira: estudo qualitativo em planos de saúde. *Revista de APS*. 2022 Jun 22;24(4).
21. Miranda E, Ferreira DA, Martins PP. Abordagem do idoso na saúde suplementar: valorização da atenção primária à saúde. 2021 Nov 22;44–55.
22. Barbosa ML, de D, Maria G. A Estratégia de Saúde da Família no setor suplementar: a adoção do modelo de atenção primária na empresa de autogestão. *Interface - Comunicação Saúde Educação*. 2015 Aug 19;19(55):1101–8.

23. Nunes BP, Soares MU, Wachs LS, Volz PM, Saes M de O, Duro SMS, et al. Hospitalization in older adults: association with multimorbidity, primary health care and private health plan. *Revista de Saúde Pública* [Internet]. 2017;51(0). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5433790/>
24. Bós AJG, Kimura A. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em idosos com 80 anos ou mais em um Hospital Universitário do Rio Grande do Sul. AMRIGS, 2015.
25. Safran DG. Primary Care Performance in Fee-for-Service and Prepaid Health Care Systems. *JAMA*. 1994 May 25;271(20):1579.
26. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde: Certificação em Atenção Primária à Saúde (APS). Disponível em: [Certificação em Atenção Primária à Saúde \(APS\) — Agência Nacional de Saúde Suplementar](#). Acesso em 08/08/2025.
27. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Dados e Indicadores do setor: sala de Situação. Disponível em: ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/sala-de-situacao.html. Acesso em 08/08/2025.
28. Carnut, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, v. 41, p. 1177-1186, 2017.
29. Brito, LC; Carnut, L; Guerra, LDS. Coordinación del cuidado en la Atención Primaria de Salud: un análisis desde múltiples contextos. *Salud Problema*, v. 18, p. 139-148, 2025.