



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA POLÍTICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

ANA CLÁUDIA DE SOUZA MELO

**SUSTENTABILIDADE DAS AUTOGESTÕES EM SAÚDE: UMA ANÁLISE DA
RESOLUTIVIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA IMPLEMENTAÇÃO DO TRT6
SAÚDE**

Recife

2025

ANA CLÁUDIA DE SOUZA MELO

**SUSTENTABILIDADE DAS AUTOGESTÕES EM SAÚDE: UMA ANÁLISE DA
RESOLUTIVIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA IMPLEMENTAÇÃO DO TRT6
SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Políticas Públicas.

Área de concentração: Políticas Públicas

Orientadora: Profa. Dra. Flávia Danielle Santiago Lima

Recife
2025

.Catalogação de Publicação na Fonte. UFPE - Biblioteca Central

Melo, Ana Cláudia de Souza.

Sustentabilidade das autogestões em saúde: uma análise da resolutividade da atenção primária na implementação do TRT6 saúde / Ana Cláudia de Souza Melo. - Recife, 2025.

104f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, 2025.

Orientação: Flávia Danielle Santiago Lima.

Inclui referências e apêndices.

1. Atenção primária à saúde; 2. Política pública; 3. Sustentabilidade. I. Lima, Flávia Danielle Santiago. II. Título.

UFPE-Biblioteca Central

ANA CLÁUDIA DE SOUZA MELO

**SUSTENTABILIDADE DAS AUTOGESTÕES EM SAÚDE: UMA ANÁLISE DA
RESOLUTIVIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA IMPLEMENTAÇÃO DO TRT6
SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Políticas Públicas.

Área de Concentração: Políticas Públicas

Aprovada em: 27/03/2025.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Flávia Danielle Santiago Lima (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Profa. Dra. Mariana Batista da Silva (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Profa. Dra. Michelle Vieira Fernandez de Oliveira (Examinadora Externa)
Universidade de Brasília – UNB

Aos meus pais **José Melo e Maria Anita**, minha base e exemplo de que uma verdadeira relação resiste ao tempo, à rotina, e a tudo que a vida trouxer desde que haja amor, respeito e cumplicidade.

Aos meus filhos **Fernanda e João**, **minhas maiores verdades**, amor infinito.

Ao meu noivo **Adelmir Coelho Filho**, amor da maturidade e de outras vidas.

AGRADECIMENTOS

Chegar até aqui foi uma jornada intensa, repleta de desafios, aprendizados e transformações. Escrever esta dissertação não foi apenas um exercício acadêmico, mas uma experiência que me permitiu crescer como profissional e como pessoa. E, como toda grande conquista, nada disso seria possível sem o apoio de pessoas especiais, a quem expresso minha mais profunda gratidão.

À **Deus** pela força e resiliência nos momentos de incerteza, pelas portas que se abriram e pelos caminhos que se desenharam diante de mim.

À **minha família**, porto seguro em todas as fases da minha vida. Pelo amor incondicional, pelas palavras de incentivo e pelo suporte inabalável nos dias mais difíceis. Sem vocês, mais este sonho não teria se concretizado.

À minha maravilhosa **orientadora Flávia Danielle Santiago Lima**, pela dedicação e por acreditar no potencial desta pesquisa. Obrigada por cada conselho e por me guiar com sabedoria e generosidade ao longo deste percurso.

Aos **mestres, doutores e pesquisadores da Universidade Federal de Pernambuco** que compartilharam seus saberes, contribuindo no dia a dia para a construção desse caminho.

Ao **Tribunal Regional do Trabalho da Sexta Região** pela realização desse mestrado através da parceria entre sua Escola Judicial (EJUD-6) e a Universidade Federal de Pernambuco. Ter essa oportunidade foi um privilégio, e espero que os conhecimentos adquiridos possam contribuir para o fortalecimento das políticas públicas institucionais.

À **Wiviane Maria Oliveira de Souza, nossa querida Wivi**, que para mim, foi mais que uma representante de turma, se tornando uma amiga que levarei para a vida.

Aos amigos **Sávio Oliveira e Rejane Santana**, pelo apoio técnico, psicológico e sorriso de acolhimento sempre que precisei de ajuda.

Aos **colegas do mestrado**, que fizeram essa caminhada mais leve e enriquecedora. Compartilhamos angústias, pipoca de quiabo, incertezas, curso de extensão em Coimbra, risadas e cafés, mas acima de tudo, trocamos experiências e a certeza de que podemos contar uns com os outros. Obrigada pelos momentos inesquecíveis.

Aos **profissionais e amigos**, que de alguma forma se fizeram presentes, seja com palavras de incentivo, com insights valiosos ou simplesmente com a presença acolhedora nos momentos de exaustão.

Por fim, agradeço a **mim mesma** por não desistir. Hoje, olho para trás com orgulho do caminho percorrido e pergunto a minha criança interior: qual o próximo passo de nossa jornada?

Não me dêem fórmulas certas, porque eu não espero acertar sempre. Não me mostrem o que esperam de mim, por que vou seguir meu coração. Não me façam ser quem não sou. Não me convidem a ser igual, porque sinceramente sou diferente. Não sei amar pela metade. Não sei viver de mentira. Não sei voar de pés no chão.

“Sou sempre eu mesma, mas com certeza não serei a mesma para sempre.”

Clarice Lispector

RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo analisar a resolutividade da Clínica de Atenção Primária do TRT6 Saúde e sua contribuição para a sustentabilidade das Autogestões em Saúde. O Programa de Autogestão em Saúde do Tribunal Regional do Trabalho da Sexta Região, denominado TRT6 Saúde, tem por finalidade assegurar assistência de forma indireta aos seus beneficiários titulares, dependentes e agregados, promovendo a implantação progressiva de benefícios, conforme disponibilidade orçamentária e financeira. Diante disso, o modelo de Atenção Primária à Saúde, por corresponder à porta de entrada para um cuidado integrado e gestão coordenada da rede de atendimento, centrado nas necessidades dos pacientes, na resolutividade, na integralidade do cuidado e na longitudinalidade, apresenta-se como solução para a melhoria da assistência e promoção da saúde aos beneficiários do TRT6 Saúde, bem como para o controle dos custos assistenciais. O método de pesquisa utilizado foi um estudo de caso descritivo e observacional, com abordagem quantitativa. Dados foram coletados por meio de questionários eletrônicos autopreenchidos contendo os seguintes domínios: Questionário sobre o perfil social e vínculo com o TRT6 Saúde e Questionário sobre a Percepção dos Beneficiários do TRT6 Saúde. Na análise dos dados foram utilizados testes estatísticos de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis com nível de significância de 5%. Os resultados demonstram que a maioria dos participantes tem entre 40 e 59 anos (60,6%), predominância do sexo feminino (57,0%), possui especialização (53,4%), são casados (59,4%), tendo a maioria dos pesquisados (86,1%) vínculo como titular com o TRT6 Saúde. As questões melhor avaliadas incluem: a) atenção dos profissionais às preocupações dos pacientes (47,4% "muito satisfeito"), b) facilidade de agendamento (45,4%) e c) competência técnica dos profissionais (43,4%). Quanto à percepção do autocuidado, os resultados demonstram que apenas 32,3% dos participantes relatam aumento do autocuidado após o atendimento na clínica, enquanto 35,9% não sabem opinar, o que sugere uma oportunidade para reforçar estratégias educativas em saúde. Por fim, os dados revelam uma satisfação geral elevada com o atendimento (75,1%). Como conclusão desta pesquisa, temos que a satisfação do beneficiário é um fator muito importante para o alcance da resolutividade da Atenção Primária à Saúde, sendo este modelo de atenção, fundamental para o alcance da sustentabilidade na saúde suplementar e implementação de políticas públicas mais efetivas.

Palavras chaves: Atenção Primária à Saúde; Política Pública; Resolutividade; Sustentabilidade; Gestão em Saúde.

ABSTRACT

This research aims to analyze the resoluteness of the Primary Care Clinic of TRT6 Saúde and its contribution to the sustainability of Self-Management in Health. The Self-Management in Health Program of the Regional Labor Court of the Sixth Region, called TRT6 Saúde, aims to ensure indirect assistance to its beneficiaries, dependents and relatives, promoting the progressive implementation of benefits, according to budgetary and financial availability. In view of this, the Primary Health Care model, as it corresponds to the gateway to integrated care and coordinated management of the service network, focused on the needs of patients, resoluteness, comprehensiveness of care and longitudinality, presents itself as a solution for improving assistance and promoting health to beneficiaries of TRT6 Saúde, as well as for controlling care costs. The research method used was a descriptive and observational case study, with a quantitative approach. Data were collected through self-administered electronic questionnaires containing the following domains: Questionnaire on social profile and link with TRT6 Saúde and Questionnaire on the Perception of Beneficiaries of TRT6 Saúde. The Mann-Whitney and Kruskal-Wallis statistical tests were used in data analysis, with a significance level of 5%. The results show that most participants are between 40 and 59 years old (60.6%), predominantly female (57.0%), have a specialization (53.4%), are married (59.4%), and most of the respondents (86.1%) are registered with TRT6 Saúde. The best-rated issues include: a) attention from professionals to patients' concerns (47.4% "very satisfied"), b) ease of scheduling (45.4%), and c) technical competence of professionals (43.4%). Regarding the perception of self-care, the results show that only 32.3% of participants report an increase in self-care after being seen at the clinic, while 35.9% do not know how to respond, which suggests an opportunity to reinforce educational strategies in health. Finally, the data reveal high overall satisfaction with the service (75.1%). As a conclusion of this research, we have that beneficiary satisfaction is a very important factor in achieving the resolution of Primary Health Care, this care model being fundamental for achieving sustainability in supplementary health and implementing more effective public policies.

Keywords: Primary Health Care; Public Policy; Resoluteness; Sustainability; Health Management.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Pilares da Política.....	45
Figura 2- Ciclo de Políticas.....	46
Figura 3 - Níveis de Atenção à Saúde.....	57

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Avaliação do perfil da amostra analisada.....	64
Tabela 2 – Resultados das questões sobre satisfação no grupo total.....	65
Tabela 3 – Avaliação das questões “Q14. Quais profissionais e serviços você gostaria que fossem oferecidos pela clínica para atender às suas necessidades de saúde?” e “Q15. Percebe se aumentou seu autocuidado e comprometimento com sua saúde, depois que passou a ser atendido pelos profissionais da clínica?”.....	67
Tabela 4 – Avaliação do questionário de satisfação segundo a faixa etária.....	68
Tabela 5 – Avaliação do questionário de satisfação segundo o sexo.....	70
Tabela 6 – Avaliação do questionário de satisfação segundo o nível de escolaridade.....	73
Tabela 7 – Avaliação do questionário de satisfação segundo o estado civil.....	77
Tabela 8 – Avaliação do questionário de satisfação segundo o vínculo com o TRT6...	80

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANS	Agência Nacional de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CF	Constituição Federal
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
NHI	Seguro Social de Saúde
NHS	Sistema Nacional de Saúde britânico
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TRT6	Tribunal Regional do Trabalho da Sexta Região
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OS CAMINHOS DA SAÚDE: ENTRE O DIREITO, POLÍTICAS E GESTÃO..	18
2.1 Sistema de Saúde Pública, Suplementar e Planos de Saúde.....	18
2.2 Pressupostos do Direito da Saúde no Brasil.....	23
2.3 SUS na Constituição de 1988: O Ponto de Partida de uma Política Pública Complexa.....	28
2.4 Desafios da Saúde Suplementar no Brasil.....	33
2.5 Atenção Primária à Saúde para além do Brasil: Compreendendo outras experiências.....	36
3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ENQUANTO POLÍTICA PÚBLICA.....	44
3.1 A Implantação da Clínica de Atenção Primária no TRT6 Saúde.....	47
3.1.1 Agenda setting ou Construção de Agenda.....	47
3.1.2. Formulação de Políticas.....	48
3.1.3 Tomada de decisão.....	49
3.1.4 Implementação.....	50
3.1.5 Avaliação.....	50
3.2 Resolutividade do Sistema de Saúde.....	51
3.3 Sustentabilidade e Desafios para as Operadoras de Autogestões em Saúde.....	54
4 CONTEXTUALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	56
4.1 Pergunta e Objetivos da Pesquisa.....	57
4.1.1 Objetivo Geral.....	57
4.1.2 Objetivos Específicos.....	58
5 MATERIAL E MÉTODO.....	58
5.1 Desenho do estudo.....	58
5.2 Local do estudo.....	59
5.3 População do estudo.....	59

5.3.1 Critérios de Inclusão.....	60
5.3.2 Critérios de Exclusão.....	60
5.4 Amostra.....	60
5.5 Coleta de dados.....	60
5.6 Instrumentos para coleta de dados.....	62
5.6.1 Questionário 1: Perfil Populacional.....	62
5.6.2 Questionário 2: Percepção dos beneficiários do TRT6 Saúde.....	62
5.7 Análise dos Dados.....	62
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	63
6.1 Perfil populacional.....	63
6.2 Percepção dos beneficiários do TRT6 Saúde.....	64
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
8 RECOMENDAÇÕES.....	86
REFERÊNCIAS.....	88
APÊNDICE A - Questionário 1: Perfil Populacional.....	94
APÊNDICE B – Questionário 2: Percepção dos beneficiários do TRT6 Saúde.....	97
APÊNDICE C – Carta de Anuência.....	103

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa de dissertação tem como objetivo central analisar a resolutividade da Clínica de Atenção Primária do TRT6 Saúde e sua contribuição para a sustentabilidade das Autogestões em Saúde. Para isso, se aprofundará na satisfação dos beneficiários e nos indicadores de desempenho clínico, com o intuito de evidenciar o impacto transformador de um modelo centrado na Atenção Primária, na promoção de um sistema de saúde mais equilibrado e eficaz.

Quais os pontos relevantes que conferem resolutividade à Atenção Primária à Saúde na experiência da implementação do TRT6 Saúde? A partir desta pergunta condutora infere-se que a Atenção Primária à Saúde ao centrar suas ações nas reais necessidades dos seus beneficiários, integrando seus serviços com a rede secundária e terciária, contribui para a satisfação e adesão efetiva às linhas de cuidado em saúde, além de reduzir custos médico-hospitalares desnecessários, contribuindo para a sustentabilidade do sistema.

O Programa de Autogestão em Saúde do Tribunal Regional do Trabalho da Sexta Região, denominado TRT6 Saúde, tem por finalidade assegurar assistência à saúde de forma indireta aos seus beneficiários titulares, dependentes e agregados, promovendo a implantação progressiva de benefícios, conforme disponibilidade orçamentária e financeira. Nesse contexto, a execução das atividades do TRT6 Saúde abrange ações voltadas à prevenção de doenças, promoção, reabilitação e recuperação da saúde conforme art. 1º, §3º, do Regulamento Geral do TRT6 Saúde.

As Autogestões em Saúde desempenham um papel essencial no sistema de saúde suplementar brasileiro, oferecendo assistência direta a trabalhadores e seus dependentes por meio de planos de saúde administrados por entidades sem fins lucrativos. Este modelo representa um dos pilares da saúde suplementar, especialmente por seu compromisso com a promoção do cuidado integral e pela ausência de interesses mercadológicos diretos.

No entanto, esse modelo também enfrenta desafios crescentes relacionados à sua sustentabilidade financeira, à garantia de acesso qualificado e à manutenção da qualidade assistencial em um cenário de custos crescentes e demandas cada vez

mais complexas. Esses desafios são intensificados pelas mudanças demográficas, como o envelhecimento populacional, e pela transição epidemiológica, marcada pelo aumento de doenças crônicas não transmissíveis.

Segundo Delduque e Oliveira (2009), a conquista do direito à saúde não terminou na Constituição Federal de 1988. Os mesmos autores alegam que enquanto existirem indicadores sociais que apresentem injustiças sociais e quadros epidemiológicos não favoráveis, permanece em construção a garantia e realização do direito à saúde. A saúde, como um bem e um direito social, é destacada em vários artigos constitucionais e associada às condições de vida.

Nesta perspectiva, a Lei nº 8.080/1990 regulamenta o Sistema Único de Saúde - SUS, e adota como princípios doutrinários a universalidade, equidade e integralidade, e como princípios organizativos, a regionalização, descentralização e hierarquização (Brasil, 1990). A questão da saúde, no que diz respeito ao financiamento de suas ações e serviços, tem despertado preocupação e atenção crescentes em diversas divisões da sociedade brasileira (CONASS, 2011).

A configuração dos sistemas de saúde é uma interação complexa entre elementos históricos, econômicos, políticos e culturais de cada sociedade. Embora os serviços de saúde representem apenas uma parte desses sistemas, seu desempenho é frequentemente analisado para fundamentar políticas e práticas setoriais. Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido proposta como uma política central para reorientar os sistemas de serviços, tornando-os mais efetivos.

A APS é reconhecida por sua capacidade de resolver a maior parte das necessidades de uma comunidade, garantindo acesso oportuno com qualidade e continuidade do cuidado, além de utilizar tecnologias apropriadas e evitar intervenções desnecessárias. Entretanto, em muitos países, a APS enfrenta dificuldades para atender plenamente essas premissas, frequentemente apresentando lacunas entre o que as comunidades necessitam e o que os serviços oferecem. Tais limitações resultam em uma parte significativa da população excluída de ações que tendem a ser padronizadas e seletivas.

No Brasil, apesar da existência de um sistema de saúde universal que tem a APS como eixo estruturante ainda coexiste características de modelos fragmentados

e segmentados, dificultando a integração do cuidado. Nesse cenário, a resolutividade dos serviços de APS emerge como um dos principais desafios.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) inclui a resolutividade como uma de suas diretrizes centrais, buscando sua operacionalização no âmbito da APS. O Plano Nacional de Saúde de 2020-2023, por sua vez, estabelece como objetivo estratégico a ampliação e a resolutividade das ações e serviços de APS de forma integrada e planejada, fundamentando-se em um conjunto de indicadores de desempenho.

Após três anos da implantação do TRT6 Saúde, observou-se falhas no atual sistema de atenção à saúde, que enfrenta uma crise derivada do desencontro entre a situação epidemiológica da população (condições de saúde agudas e crescimento das condições crônicas) e as redes de atendimento, que estão voltadas predominantemente para responder aos eventos agudos, de forma reativa, episódica e fragmentada, sem articulação entre os níveis de atenção primária, secundária e terciária e sem capacidade de ofertar atenção contínua, longitudinal e integral.

Diante disso, o modelo de Atenção Primária à Saúde, por corresponder à porta de entrada para um cuidado integrado e gestão coordenada da rede de atendimento, centrado nas necessidades dos pacientes, na resolutividade, na integralidade do cuidado e na longitudinalidade, apresenta-se como solução para a melhoria da assistência e promoção da saúde dos beneficiários do TRT6 Saúde, bem como para o controle dos custos assistenciais, justificando a necessidade desse estudo.

A implementação da Clínica de Atenção Primária do TRT6 Saúde constitui um estudo de caso relevante para compreender como as Autogestões em Saúde podem aliar resolutividade assistencial e sustentabilidade. Este modelo busca reorganizar o cuidado, priorizando a prevenção e a gestão de condições crônicas, como diabetes e hipertensão, além de promover maior integração entre os níveis assistenciais. Além disso, o modelo adotado pelo TRT6 Saúde também incorpora práticas baseadas em evidências, como a coordenação do cuidado por equipes multiprofissionais e o uso de ferramentas tecnológicas para monitoramento e acompanhamento dos pacientes.

O desenho da pesquisa se dará através de estruturação teórica, pesquisa de campo metodológica e apresentação de resultados, tratando-se de um estudo de caso

descritivo e observacional, com abordagem quantitativa, onde através da aplicação de questionário eletrônico aos beneficiários que fazem uso dos serviços disponibilizados pela clínica, se pretende chegar aos resultados que respondam aos objetivos da pesquisa.

A relevância do trabalho se encontra em demonstrar o avanço e consolidação deste modelo de atenção na saúde suplementar, contribuindo para a sustentabilidade e melhoria da promoção de assistência em saúde, além de orientar o processo de formulação e implementação de políticas públicas às demais Autogestões em Saúde, especialmente as do Poder Judiciário.

Ao compreender a interação entre sustentabilidade e resolutividade, esta dissertação busca contribuir para o debate sobre o fortalecimento das Autogestões em Saúde e oferecer subsídios práticos para a implementação de soluções inovadoras no âmbito da saúde suplementar.

Ademais, espera-se que as reflexões propostas possam inspirar outras iniciativas no setor, promovendo a disseminação de boas práticas e o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a sustentabilidade e qualidade assistencial.

2 OS CAMINHOS DA SAÚDE: ENTRE O DIREITO, POLÍTICAS E GESTÃO

“No meio do caminho tinha uma pedra, tinha uma pedra no meio do caminho”.

Carlos Drummond de Andrade

No capítulo a seguir, discorreremos sobre alguns pontos indispensáveis para a compreensão do tema da pesquisa.

2.1 Sistema de Saúde Pública, Suplementar e Planos de Saúde

A partir do conceito elaborado pela Organização Mundial de Saúde, podemos entender o sistema de atenção à saúde como sendo um conjunto de atividades cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma população. São,

portanto, respostas sociais organizadas deliberadamente para atender as demandas e necessidades de populações, em sociedades e tempos específicos.

Cada sistema de saúde é composto por um conjunto de instituições que prestam serviços de saúde e se relacionam entre si. Ou seja, essa inter-relação é fundamental para a existência de um sistema eficiente, como um todo e, seus componentes não podem ser desarticulados ou analisados de forma exclusiva para determinar sua qualidade ou abrangência.

A localidade de cada sistema de saúde é desenvolvida para atender as demandas em saúde particulares daquela população. Sendo assim, não se pode transferir um sistema, copiando seu modelo, porém, é possível aprender com ele e compartilhar conhecimentos e práticas que podem ser reproduzidas em alguma medida. Um sistema de saúde engloba características que são produto da sua história, política e cultura, tanto quanto da ciência, educação e recursos disponíveis.

O sistema de saúde no Brasil é composto por três grandes segmentos: o sistema de saúde pública, representado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o setor de saúde suplementar e os planos de saúde privados. Cada um desses segmentos desempenha um papel fundamental na garantia do acesso à saúde da população, mas também apresenta desafios específicos que impactam a sustentabilidade e a qualidade do atendimento (Brasil, 1990; Pereira; Mendes, 2018).

Todo sistema de saúde é composto por três eixos que sustentam sua existência e atividades: gestão, financiamento e um modelo médico assistencial. Tanto a gestão de um sistema de saúde quanto seu modelo de financiamento pode variar de acordo com seu contexto. Ele pode ser universal, onde existe o financiamento desse sistema por meio de impostos e outros fomentos públicos, o que garante um acesso mais abrangente. Outros modelos sugerem o uso de seguro social, onde existe uma participação de aportes realizados por trabalhadores e empresários que o financiam e, também, temos o modelo de seguros privados, onde não há regulação pública do sistema.

Existem sistemas de saúde que são completamente financiados por recursos públicos e abrangem grande parte dos tratamentos ofertados de maneira gratuita a população. Já, outros podem oferecer determinados serviços e especialidades de

maneira gratuita, tendo que ser complementados com a participação de seus usuários ou outros agentes como planos de saúde. Em termos de modelo médico assistencial, no Brasil, ainda temos um sistema hospitalocêntrico e focado no médico como a solução, ainda que existam estratégias que procurem desonerar o sistema sem prejudicar a qualidade no atendimento.

Criado em 1988 pela Constituição Federal, o Sistema Único de Saúde (SUS) baseia-se nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Este modelo garante acesso gratuito à saúde para toda a população, sendo financiado por recursos públicos. Além disso, o SUS é responsável por ações de vigilância em saúde, sanitária e ambiental, imunização, transplantes de órgãos e atendimento de emergências de alta complexidade (Santos; Andrade, 2007). Apesar dos avanços alcançados, o sistema enfrenta problemas crônicos como subfinanciamento, desigualdade regional e deficiências na infraestrutura (Arretche, 2012).

Por sermos um país continental e termos uma série de questões culturais, sociais e econômicas que estimulam a disparidade, ele acaba sendo distribuído de maneira muito desigual entre as regiões do país.

O setor de saúde suplementar no Brasil é regulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) desde 2000, com o objetivo de organizar e fiscalizar o mercado de planos de saúde. Este segmento atende cerca de 25% da população brasileira, oferecendo cobertura de serviços médicos e hospitalares mediante contrapartida financeira (ANS, 2023).

Os planos de saúde podem ser categorizados em individuais, coletivos empresariais ou coletivos por adesão. Apesar de sua relevância para a desoneração do SUS, o setor enfrenta críticas relacionadas a reajustes elevados de mensalidades, cobertura insuficiente e conflitos de interesses entre consumidores e operadoras (Vianna et al., 2021).

Os planos de saúde privados têm se tornado uma alternativa para aqueles que buscam acesso mais ágil e personalizado ao cuidado à saúde. Estes planos operam dentro do mercado de saúde suplementar e são contratados diretamente pelos usuários ou por intermédio de empresas. A crescente demanda por planos de saúde

está ligada às limitações do SUS e à percepção de maior qualidade no atendimento privado (Oliveira; Santos, 2019).

Porém, a segmentação no acesso e os custos elevados dos planos privados podem aprofundar as desigualdades no sistema de saúde, gerando um duplo desafio para a garantia de equidade no atendimento (Bahia, 2019).

Embora existam diversas iniciativas que contribuíram para a melhoria da qualidade de vida de muitas pessoas, como acesso a água tratada, saneamento básico e eletricidade, o Brasil passou por um momento onde a janela demográfica demonstra o envelhecimento exponencial da população e a diminuição das taxas de natalidade. Isso faz com que todo o sistema de saúde precise se adaptar para poder oferecer os cuidados corretos para essa população mais idosa crescente.

Esse fator também opera diretamente na relação dos custos desse atendimento, que passa a ser mais especializado e mais caro. Ainda em se tratando da melhoria das condições de vida da população, podemos destacar que essa evolução econômica e a urbanização mais aguda também contribuíram para que a população desenvolvesse uma série de maus hábitos de saúde, podendo citar a obesidade, como exemplo. Isso vem formando um grande quantitativo de pessoas com doenças crônicas e que precisam de um acompanhamento mais longo e mais especializando dentro de um sistema de saúde bastante complexo e sobrecarregado.

Ainda assim, com esses e mais uma série de problemas que compõem o sistema de saúde nacional, o Brasil é o único país, com mais de duzentos milhões de habitantes, que oferece a seus usuários o modelo universal de acesso.

O sistema de saúde brasileiro tem que lidar com uma situação que envolve uma tripla carga epidemiológica composta de doenças infecciosas, doenças crônicas e demais causas externas, que contemplam situações como acidente, violência e outras casualidades. Essa tripla carga epidemiológica é fortemente influenciada pelo estilo de vida que as pessoas levam. Dependendo dele, comportamentos como obesidade, sedentarismo, abuso de álcool ou drogas lícitas e ilícitas contribuem diretamente para o aumento dessas doenças.

Os três segmentos do sistema de saúde brasileiro coexistem de maneira interdependente. O SUS frequentemente absorve demandas não atendidas pelo setor

privado, enquanto a saúde suplementar contribui para aliviar a pressão sobre o sistema público (Paim, 2009). Essa interdependência também reflete desafios como a duplicidade de serviços e a competição por recursos humanos e financeiros (Mendes, 2011). Estudos indicam que uma maior articulação entre os segmentos poderia reduzir ineficiências e promover maior equidade no sistema de saúde (Viana; Machado; Madureira, 2020).

Além disso, a coexistência desses sistemas pode criar um ambiente propício para a inovação na prestação de serviços. No entanto, é essencial que as políticas públicas promovam maior coordenação entre os segmentos, visando mitigar disparidades e assegurar o acesso universal à saúde (Costa; Castro, 2014). Segundo Campos (2017), a integração efetiva deve priorizar a criação de redes de atenção à saúde que garantam a continuidade do cuidado entre os setores público e privado.

Outro aspecto relevante é a complementaridade no financiamento. Enquanto o SUS depende majoritariamente de impostos, o setor suplementar é financiado por contribuições diretas dos usuários, o que pode criar desigualdades na distribuição de recursos (Massuda, 2020). Portanto, o equilíbrio entre esses modelos de financiamento é crucial para assegurar a sustentabilidade do sistema como um todo.

Infelizmente, a questão do estilo de vida de uma pessoa não é exclusivamente um problema médico; ela depende de questões particulares e de ações preventivas que, quando tomadas geram um impacto substancial em termos econômicos e de desoneração do sistema de saúde, o que acaba sendo muito mais barato tomar atitudes preventivas do que ser atendido em uma emergência em um caso agudo, não apenas na questão pessoal, mas, para o sistema como um todo.

A sustentabilidade do sistema de saúde brasileiro depende de um equilíbrio entre os segmentos público, suplementar e privado. Enquanto o SUS precisa de maior financiamento e gestão eficiente, o setor de saúde suplementar deve ser regulamentado de forma a garantir acessibilidade e qualidade. A interação harmônica entre esses segmentos é essencial para a promoção da saúde como um direito universal, conforme preconizado pela Constituição Federal de 1988.

2.2 Pressupostos do Direito da Saúde no Brasil

“Ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, refazendo e retocando o sonho pelo qual se pôs a caminhar”

Paulo Freire

A história da saúde no Brasil reflete as transformações sociais, econômicas e políticas do país. Desde os primórdios da colonização até os dias atuais, o sistema de saúde brasileiro passou por diversas fases que culminaram na criação do SUS em 1988. Este capítulo explora as principais etapas dessa evolução, destacando os avanços e desafios enfrentados em cada período.

O Brasil na época colonial tinha um quadro sanitário composto por uma série de doenças transmissíveis, tanto trazidas pelos colonizadores portugueses quanto pelas populações africanas escravizadas. Esse quadro se estendeu por quase quatrocentos anos (1500-1889), onde não havia nenhum acesso a tratamento, o que levou a grandes índices de mortalidade pela situação sanitária inexistente em termos de assistência. As principais doenças eram as doenças sexualmente transmissíveis (DST's), hanseníase, tuberculose e febre amarela, além da desnutrição.

Os cuidados com a saúde eram baseados em práticas empíricas e religiosas, influenciados pela medicina europeia. Hospitais como a Santa Casa de Misericórdia, fundados no século XVI, foram as primeiras instituições de saúde a atender a população, mas com foco restrito à caridade e ao atendimento de indigentes (Baptista, 2007).

A chegada da Família Real no país trouxe consigo algumas iniciativas básicas na melhoria da situação sanitária, porém, isso só aconteceu nos locais onde havia atividade econômica, com o intuito de não afetar a produção extrativista e comercial e, em se tratando de assistência, apenas cuidados rudimentares destinados às classes dominantes.

No período imperial (1822-1889), a saúde pública começou a ser tratada como uma questão de Estado. A criação da Faculdade de Medicina da Bahia, em 1808, e a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1832, representaram passos importantes na formação de profissionais da área (Edler, 2013). Contudo, as políticas de saúde eram ainda fragmentadas e pouco abrangentes.

Com a Proclamação da República em 1889, houve um aumento das iniciativas voltadas à saúde pública, especialmente para o controle de epidemias como febre amarela, varíola e peste bubônica. O sanitarista Oswaldo Cruz liderou campanhas de saneamento no início do século XX, que se tornaram marcos na história da saúde brasileira (Hochman, 1998).

No período da Primeira República (1889-1930), surgem as elites agrárias concentradas na região sudeste. Ainda assim, não há grandes avanços em termos de melhoras sanitárias básicas, o que potencializa o advento de novas doenças como cólera, febre amarela, tifo, varíola e a gripe espanhola somada às condições e outras doenças pré-existentes.

Os primeiros modelos de intervenção de combate a epidemias surgem por iniciativa de Oswaldo Cruz, médico sanitarista que amparado por militares inicia programas de vacinação contra a varíola. Uma medida que causou revolta por parte de opositores e médicos contrários a medida, culminando na Revolta das Vacinas, em 1904 (Santiago, 2023).

Ainda nesse período, surgem os primeiros programas de educação sanitária, que são considerados os primórdios da saúde pública no Brasil, assim como, são criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's), financiadas com recursos de trabalhadores, empresas e governo, que compilavam assistência médica e benefícios previdenciários, dando os primeiros passos a fundação do que conhecemos, hoje, como Previdência Social.

Durante o governo de Getúlio Vargas (1930-1945), houve uma expansão significativa das políticas de saúde e seguridade social. A criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) em 1933 garantiu acesso a serviços de saúde para trabalhadores formais, mas excluía grande parte da população.

Na época da Segunda República começa a surgir com maior expressão a polarização dos centros urbanos, ainda na região sudeste, com grandes oportunidades e investimento do setor industrial. Isso gera um grande êxodo rural, especialmente em se tratando dos estados do nordeste brasileiro, resultando em um processo de urbanização precário e desordenado, culminando em problemas sanitários ainda mais recorrentes pela falta de saneamento básico nas novas

moradias improvisadas que surgiam dentro dos centros urbanos.

Paralelamente, é nesse período que começam a serem criados os ministérios, incluindo o do Trabalho, da Indústria e Comércio e o da Educação e Saúde. Ainda que, algumas iniciativas surgissem no sentido de leis de regulamentação trabalhistas, como a criação da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), em uma velocidade mais acelerada surgia, também, as primeiras condições de saúde ligadas as condições precárias de trabalho, resultando em acidentes recorrentes, estresse, desnutrição entre outras, somadas a todas as anteriores que ainda eram tratadas superficialmente.

Nesse período, ainda não existiam políticas de saúde públicas claramente estabelecidas e isso gerou uma dualidade no modelo assistencial, que privilegiava as pessoas empregadas e excluía aquelas que não tinham empregos formais, sendo a assistência prestada por instituições de caridade. Nesse período há um crescimento expressivo da medicina liberal que era um privilégio das classes de maior poder aquisitivo que podiam pagar por seus serviços.

A Consolidação das Leis do Trabalho foi criada por meio do Decreto-Lei 5.452, assinado em 1º de maio de 1943, e definia normas que regulavam as relações individuais e coletivas de trabalho no Brasil. A saúde prestada era ruim, o acesso era difícil, e só era para quem tinha um emprego e mesmo assim era caro (Brasil, 1943).

O regime militar (1964-1985) promoveu investimentos em infraestrutura hospitalar, mas manteve um modelo de saúde voltado para o setor privado e para os trabalhadores formalmente empregados. Foi nesse contexto que surgiram os movimentos pela Reforma Sanitária, que buscavam universalizar o acesso à saúde e descentralizar a gestão dos serviços (Scorel, 2008).

O período do regime militar no país trouxe consigo a expansão dos serviços de saúde privados, incluindo a construção de clínicas e hospitais com recursos da previdência e de faculdades particulares de medicina, que tinham ênfase em diversas especialidades médicas, ainda que com enfoque exclusivamente curativo.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi um marco importante para a construção do SUS, consolidado na Constituição de 1988. Esse processo envolveu ampla participação popular e acadêmica, refletindo um compromisso com a universalidade, integralidade e equidade no atendimento (Paim

et al, 2011).

Esse crescimento também movimentou o mercado de consumo de equipamentos e dispositivos médico-hospitalares, começando a surgirem às fraudes e corrupção, o que trouxe um grande impacto com os gastos da previdência, enfraquecendo a representação do Ministério da Saúde.

Ao final dos anos 1970, com a crise no modelo previdenciário, em função da má prestação de serviços de saúde, cresce a insatisfação social e começam a se formar movimentos que criticavam e denunciavam a ineficiência do modelo e buscavam por um acesso mais abrangente para a população menos favorecida. O contexto econômico também pontuava a discrepância social e isso se refletiu no aumento das taxas de mortalidade não apenas causadas por doenças endêmicas e epidêmicas, mas, também, em termos de mortalidade materna e infantil.

O fim do regime militar é marcado pelo início de propostas que visam a Atenção Primária à Saúde, incluindo estratégias de medicina comunitária e participação de outros agentes não profissionais da saúde na construção desse novo conceito. Ele foi difundido na formação de estudantes de medicina e assim se criou um ambiente embasado em teorias que estimulava a reformulação do sistema de saúde e o acesso a ela como direito de cidadania.

Com a queda do regime militar o legado da assistência à saúde era dividido em três categorias: As pessoas que podiam pagar pelos serviços privados de saúde; as pessoas empregadas que tinham direito a assistência prestada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e as pessoas que não tinham absolutamente nenhum direito e buscavam sua assistência em entidades e hospitais filantrópicos que prestavam atendimento de caridade. Ou seja, não existiam políticas de saúde públicas inclusivas estabelecidas no país.

O INAMPS contribuiu, em certa medida, para a disparidade dos serviços de saúde públicos, uma vez que a alocação de recursos destinados à saúde eram oriundos da arrecadação dos estados, ou seja, quanto mais desenvolvida a economia de tal estado, mais trabalhadores formais e maior a distribuição de recursos para ele. Isso prejudicou substancialmente a assistência em estados menos desenvolvidos e principalmente em cidades interioranas.

O movimento da Reforma Sanitária surge dentro desse contexto, na luta contra a ditadura e na busca de um serviço mais inclusivo, que visasse à melhoria das condições de saúde da população como um todo. A saúde passa a ser tratada como uma questão de cidadania e como discussão política. O marco institucional desse movimento foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. As propostas da Reforma Sanitária resultaram no acesso a saúde garantida pela Constituição Federal e na criação do SUS.

O cenário da Nova República (1985-1988) trouxe um novo panorama para a saúde dentro do país. Ela passou a se articular com um cunho politizado e antiditadura, trazendo uma proposta mais inclusiva e democrática para a população em termos de assistência. Outras entidades e movimentos sociais não diretamente ligados à saúde e a população também tiveram participação para a sua melhoria e inclusão como direito básico na Constituição. Ainda assim, o panorama da saúde no país lida com uma série de precariedades no campo da saúde, com o advento de epidemias como a dengue e o aumento da taxa de mortalidade causada pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS).

Em 1988 é promulgada a Constituição Federal e o SUS é aprovado incorporando a maioria das propostas feitas pela Reforma Sanitarista. A princípio houve muitas dificuldades para a regulamentação e implementação das diretrizes propostas na Constituição, pelo momento político e econômico do país, afetando a atuação do SUS, que nasce sob uma descrença popular, pela falta de recursos e gestão para colocar suas operações em prática, enfrentando também a resistência das elites que dominavam a prestação dos serviços de saúde privados no Brasil.

Com a implantação do SUS, o Brasil se tornou referência em políticas públicas de saúde. O sistema ampliou o acesso a serviços de saúde para toda a população, com êxito em áreas como imunização, transplantes e atenção primária. Contudo, desafios como o subfinanciamento, a desigualdade regional e a integração com o setor privado ainda persistem (Massuda, 2020).

Mesmo assim, houve um crescimento pela procura de serviços como medicina de grupo, cooperativas e outras abordagens da saúde suplementar. O SUS passa a ser o sistema de saúde brasileiro oficial, trazendo uma abordagem mais humanizada e inclusiva da saúde para a população de todo o país, focando em ações preventivas

e não mais apenas em ações corretivas.

A partir daqui, o Brasil passa a ter uma política de saúde que, dizemos ser a política mais inclusiva que temos no Brasil. Todas as questões libertadoras da vida em sociedade, do momento político, aqui, estão traduzidas para a saúde.

A história da saúde no Brasil é marcada por avanços significativos e desafios constantes. A evolução das políticas de saúde reflete a busca por um sistema mais justo e eficiente, que atenda às necessidades de uma população diversa e em constante transformação.

2.3 SUS na Constituição de 1988: O Ponto de Partida de uma Política Pública Complexa

“Há que se cuidar do broto pra que a vida nos dê flor e fruto”

Música: Coração de estudante - Milton Nascimento

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988 pela Constituição Federal, representa um marco na garantia do direito à saúde no Brasil. Baseado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, o SUS busca assegurar o acesso igualitário a serviços de saúde de qualidade para toda a população brasileira. Este capítulo explora os objetivos e princípios que norteiam o SUS, destacando suas contribuições e desafios na promoção da saúde pública.

No contexto histórico, o Sistema Público de Saúde Brasileiro resultou de décadas de luta do movimento denominado Reforma Sanitária, com o objetivo de pensar um sistema público para solucionar os problemas encontrados no atendimento à população. O SUS foi instituído pela Constituição Federal de 1988 e consolidado pelas Leis 8.080/1990 e 8.142/1990.

O SUS foi implantado como um sistema federativo com a participação das três esferas de governo, mediante a realização de serviços universais e gratuitos em todo território nacional, tendo a descentralização como diretriz básica e com o mecanismo constitucional do controle público, por meio do controle social, passando a ser o único sistema universal de saúde da América latina. Foi espelhado de experiência de países como o Reino Unido, Suécia, Espanha, Itália, Alemanha, França, Canadá e Austrália

(Miranda; Mendes; Silva, 2017).

A Lei 8.080/90 contém dispositivos relacionados com o direito universal, relevância pública, unicidade, descentralização, financiamento, entre outros, enfatizando a definição das atribuições de cada esfera de governo dentro do novo sistema (Brasil, 1990).

Ela foi criada estabelecendo, entre outras diretrizes, quais são os principais objetivos do Sistema Único de Saúde brasileiro. Entre eles, um dos mais importantes e que mudou a forma de se entender e abordar a saúde é o fato de passarmos a identificar e divulgar fatores condicionantes e determinantes à saúde da população. Ou seja, a partir desse objetivo passamos a ter uma visão mais preventiva em termos de saúde e não apenas corretiva e curativa, contando com ações de promoção e recuperação, com uma atuação mais assistencial realizada por meio de ações que estimulem esse novo olhar.

Já a Lei 8.142/90 dispõe sobre o caráter, as regras de composição, regularidade de funcionamento das instâncias colegiadas do SUS – o conselho e a conferência de saúde – e transferências intergovernamentais de recursos (Brasil, 1990).

Outro ponto significativo para o SUS foi o Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei 8.080/1990. Nele, foram instituídas as regiões de saúde, fundamentais para o planejamento, assistência à saúde e a articulação interfederativa. A organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários se dão por meio do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Brasil, 2011).

O SUS também passa a ser responsável por executar ações ligadas à vigilância sanitária, epidemiológica, de saúde do trabalhador e de assistência terapêutica integral, incluindo farmacêutica, além de formular políticas e executar ações ligadas ao saneamento básico. Outros objetivos também fazem parte dessa relação, como vigilância nutricional e práticas de orientação alimentar.

O novo sistema de saúde passa a atuar na resolução de políticas para medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos para uso na área,

também realizando seu controle e fiscalização. Por fim, ele também é responsável por incentivar o desenvolvimento científico e tecnológico da indústria da saúde e pela formulação de recursos humanos capacitados para trabalhar com assistência, seja ela qual for sua especialidade.

A Constituição Federal concretizou os princípios no que se refere a saúde e, o SUS os desenvolve de maneira interdependente e em constante interação, se caracterizando assim, em um sistema.

O princípio da universalidade assegura que todos os cidadãos brasileiros, independentemente de condição socioeconômica, têm direito ao acesso gratuito a serviços de saúde (Paim, 2018). Este princípio é essencial para a redução das desigualdades em saúde e reflete a concepção de saúde como um direito fundamental.

A saúde é um direito fundamental do ser humano e deve ser garantido pelo Estado permitindo, assim, que toda a população tenha acesso aos serviços de saúde, independentemente de seu nível de assistência sem que haja preconceitos ou privilégios de qualquer espécie nessa oferta.

A equidade implica tratar desigualmente os desiguais, priorizando a alocação de recursos e serviços de forma a beneficiar as populações mais vulneráveis. Este princípio visa corrigir desigualdades históricas no acesso à saúde, promovendo maior justiça social (Arretche, 2012).

Aqui, temos um princípio de justiça que busca corrigir as desigualdades dentro do campo de atuação da saúde. Ou seja, é preciso priorizar aqueles grupos e indivíduos que tem maiores necessidades dado sua situação de risco e condição de saúde em determinado momento. Existe uma discriminação positiva, que favorece aqueles que precisam de mais atenção, ainda assim, sem desprestigiar todos os demais agentes que compõem o sistema.

A integralidade preconiza a oferta de um conjunto completo de ações e serviços de saúde, desde a promoção e prevenção até o tratamento e a reabilitação. Esse princípio busca atender às necessidades dos indivíduos em sua totalidade, considerando os aspectos biológicos, psicológicos e sociais da saúde (Mendes, 2011).

Nesse princípio o tratamento respeitoso, digno e com qualidade para todo o

usuário que entra no sistema de saúde, é preservado. Por meio dele, tratamos esse usuário como um indivíduo sob uma visão integral de sua condição de saúde. Isto é, a condição de saúde é o foco central, visando o atendimento mais completo possível para atender todas as necessidades desse usuário, criando um ambiente de acolhimento e vínculo entre ele e o sistema de saúde.

O Sistema Único de Saúde também tem princípios que o guia em termos organizacionais e operacionais, entre eles temos a regionalização que, baseada em questões territoriais e populacionais realiza a distribuição adequada de serviços de saúde, sempre promovendo a equidade de acesso e otimizando o uso de recursos disponíveis.

Para o correto funcionamento do sistema também é preciso que se respeite uma hierarquia. Sendo assim, ele é organizado por níveis de atenção de complexidade crescente. Ou seja, a porta de entrada do sistema sempre deve ser feita pelos serviços que ofertam atenção básica, como as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e também as Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

Ao receber esse primeiro atendimento o usuário pode ser encaminhado para outros serviços, assim como, outras especialidades médicas, sendo atendido pelos Ambulatórios Especializados, de acordo com suas necessidades e com a complexidade de sua condição de saúde.

Importante destacar a atuação do Programa de Saúde da Família como uma estratégia para organizar a Atenção Básica. São equipes formadas por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e agentes comunitários que atuam na promoção, prevenção recuperação e reabilitação de doenças, visando atender as populações mais vulneráveis e diminuir a hospitalização desnecessária.

Vale destacar outros princípios organizacionais e operacionais do Sistema Único de Saúde brasileiro como a resolubilidade - caracterizada pela capacidade que cada serviço de saúde, seja ele de atenção primária, complexidade média ou alta, tem em prestar o atendimento de forma mais adequada e completa possível, dentro de seu nível de atuação, resolvendo os problemas apresentados de maneira compatível a sua complexidade.

A descentralização da gestão permite que estados e municípios tenham

autonomia na organização de seus sistemas de saúde, promovendo maior proximidade com as necessidades locais e regionalização dos serviços (Santos; Andrade, 2007).

Desde a criação do SUS, as responsabilidades pela realização de ações e prestação de serviços relacionados à saúde passam a ser distribuídas entre todas as esferas: municipais, estaduais e federais. Essa descentralização prioriza os municípios, fazendo com que as estratégias possam ser trabalhadas de maneira mais próxima e eficaz as populações. Essa descentralização se aplica na questão política e administrativa dos recursos. Isso traz mais autonomia e facilita a gestão de recursos e insumos, reduzindo burocracias e atendendo mais prontamente as necessidades da população.

O controle social por meio de entidades representativas, garante a participação popular no processo de formulação de políticas públicas de saúde, assim como sua execução e controle. Uma maneira de aproximar mais os usuários do sistema e integrá-los nas propostas e decisões que dizem respeito as suas necessidades locais.

A participação da população é garantida por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde, que possibilitam a formulação e o controle social das políticas de saúde (Escorel, 2008). Estando garantido também na Constituição que, na ausência de disponibilidade de serviços prestados pela rede pública, a rede suplementar pode ser contratada para realizá-los, mediante regras pré estabelecidas na lei.

Podemos destacar ao longo desses 30 anos, algumas das principais conquistas e realizações do Sistema Único de Saúde ao longo de sua existência como a integralidade de atendimento e prestação de serviços de saúde, independentemente de sua complexidade, para portadores de HIV, pacientes renais crônicos e pacientes oncológicos.

A implementação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e o desenvolvimento de redes de urgência e emergência, incluindo Unidades de Pronto Atendimento (UPA), permitiu que mais de 55% da população brasileira esteja coberta nesse nível de atenção, algo que não existia até a consolidação do SUS.

Outro fato que merece destaque é o programa de transplante de órgãos que é

feito no Brasil, sendo o maior do mundo em termos de organização e atuação. Ademais, o Programa de Estratégia de Saúde da Família tem tido um papel importante para tratar a saúde das populações mais carentes de forma preventiva, assim como o Programa Nacional de Imunização ser uma referência mundial quando se trata de vacinação, por sua ampla capacidade de alcance e pela gratuidade de seu serviço.

Por fim, os objetivos e princípios do SUS representam um compromisso com a justiça social e a garantia do direito à saúde para todos os brasileiros. Apesar dos avanços alcançados desde a sua criação, desafios como o subfinanciamento, a desigualdade regional e a necessidade de maior integração entre os níveis de atenção continuam a demandar esforços significativos por parte de gestores e profissionais de saúde.

2.4 Desafios da Saúde Suplementar no Brasil

“Vocês que fazem parte dessa massa que passa nos projetos do futuro...”

Música: Admirável Gado Novo – Zé Ramalho

Todas as atividades ligadas à saúde que envolvem a operação de planos ou seguros e não incluem a participação do SUS, fazem parte do que chamamos de saúde suplementar. No Brasil, ela surge entre as décadas de 1950 e 1960, tanto pelo descontentamento em relação ao atendimento oferecido pelo Instituto de Aposentadorias e Pensões, quanto pela necessidade criada no crescimento econômico, onde as empresas passaram a ofertar planos de assistência médica a seus colaboradores, pois desejavam ter uma força de trabalho mais saudável. Esse foi o principal motivo para a criação dos primeiros planos coletivos e cooperativas de saúde no país.

Em seguida, a busca por planos individuais ou que não dependessem de um vínculo empregatício também começam a ter uma grande procura e o mercado da saúde suplementar ganha bastante força até a década de 1990, quando passa a perder muitos clientes com as mudanças na economia, até a implementação do Plano Real.

Até 1998 não havia uma legislação que regulasse esse setor, o que fazia com que sua oferta em termos de valores e serviços fosse incompleta e volátil. Com a Lei Nº 9.656 o mercado passou a ser mais controlado, em se tratando de períodos de carência, prestação de serviços, coberturas e demais requisitos, favorecendo clientes e operadoras.

Em 2000, é criada a Agência Nacional de Saúde (ANS), que passa a ser um dos órgãos responsáveis pela regulamentação de operadoras de saúde suplementar no país. O mercado volta a se aquecer a partir dos anos 2000 e enfrenta nova crise em 2014, com aumento do desemprego. A saúde suplementar está diretamente relacionada a situação econômica do país e ela ainda tem uma abrangência muito desigual e exclusiva para uma parcela pequena da população.

No modelo de Autogestão quem opera o plano de saúde é uma pessoa jurídica, prestando serviços de assistência à saúde exclusivamente a seus colaboradores e dependentes. Quem opera sob essa modalidade não pode oferecer seus serviços para o público em geral. Dentro da autogestão existem modelos que não precisam apresentar garantias financeiras a ANS e outros que necessitam.

Já as Cooperativas Médicas são sociedades sem fins lucrativos, formadas por associação autônoma, de pelo menos 20 pessoas. As cooperativas podem comercializar seus serviços tanto para pessoas físicas quanto para pessoas jurídicas. Elas também podem constituir sua rede de serviço própria ou terceirizá-la.

A Medicina de Grupo também comercializa seus planos de saúde para pessoas físicas ou jurídicas, porém nessa modalidade o beneficiário utiliza uma estrutura própria e/ou contratada pela operadora, que inclui os serviços e profissionais disponibilizados por ela.

As Seguradoras de Saúde são operadoras que não possuem uma rede própria de serviços e profissionais, porém ela os referencia, pagando pelos serviços diretamente aos prestadores. As seguradoras são obrigadas a prever livre escolha, onde o beneficiário pode escolher profissionais e estabelecimentos não referenciados por ela e ser reembolsado dentro das cláusulas estabelecidas no contrato. As modalidades de Medicina de Grupo e Cooperativas Médicas são as mais populares dentro das opções elencadas.

Ainda que o uso de serviços de saúde suplementar seja um desejo de grande parte da população, como uma alternativa mais prática e rápida para assistência em saúde, ele também lida com uma série de barreiras que interferem diretamente em sua atuação. O cenário econômico é o principal deles, quando existe uma recessão a tendência é que a procura pela saúde suplementar diminua significativamente.

O uso indiscriminado de seus serviços também é um problema, pois expõe os usuários desnecessariamente e também aumenta os custos para as operadoras, eventualmente, levando a reajustes que podem afastar usuários. Não existe uma integralidade no sistema de saúde suplementar, uma vez que, o seu usuário é livre para decidir como irá consumir os serviços. Isso pode ser bastante prejudicial para o usuário em termos assistenciais.

O modelo de atendimento é reativo, ou seja, não existem estratégias de prevenção ou acompanhamento, ele basicamente opera de forma corretiva. Isso fortalece um modelo de remuneração que prefere o consumo exagerado e pretere o desfecho clínico do paciente, não focando na eficiência dos serviços prestados e sim, no lucro que eles geram.

Além de ser uma atividade essencial e que garante a cidadania, a saúde é uma das atividades econômicas mais representativas do mundo. No Brasil ela gera mais de quatro milhões de empregos diretos e representa quase 10% do valor total do Produto Interno Bruto.

A capacidade de financiamento dos sistemas de saúde vem sendo, cada vez mais, ameaçada por fatores como perfil demográfico, aumento de doenças crônicas, aumento da expectativa de vida e introdução de novas tecnologias e drogas.

Esse cenário não é algo exclusivo do Brasil. Aqui, o sistema de saúde é financiado tanto pela arrecadação de impostos e contribuições sociais, nas esferas municipal, estadual e federal, no que tange a saúde pública, assim como, por meio de seguros privados e gastos diretos no que tange o sistema privado.

A saúde privada, apesar de ter menos usuários no país ainda é responsável pelo maior gasto de recursos. Em termos de modelo de remuneração, o sistema público distribui seus recursos com base em dados históricos e não atrelado as atividades reais. Isso dificulta a gestão e a otimização da utilização dos serviços. Já,

no setor privado, o modelo privilegia o consumo e não a qualidade, fazendo com que os custos sejam mais elevados.

A telemedicina tanto com caráter preventivo quanto para a realização de tratamentos tem sido uma das principais e mais crescente tendência para a saúde suplementar. A pandemia do Covid-19 mostrou o quanto essa metodologia tem relevância e consegue entregar desfechos positivos para seus usuários, além de otimizar uma série de recursos.

A integração de plataformas também surge com uma tendência nesse panorama, isto é, fica cada vez mais evidente a necessidade de termos um sistema que conheça toda a jornada do paciente em seu tratamento. Isso facilita o trabalho das equipes médicas e dá maior segurança ao paciente/usuário, que tem seu histórico médico acessível dentro de um sistema que armazena e divulga seus dados de acordo com as necessidades.

Esse, também é um incremento para a centralidade do paciente nas ações realizadas dentro da saúde suplementar. Ela já não é uma tendência e, sim, uma realidade em termos de abordagem de saúde contemporânea. Sendo assim, a saúde suplementar deve trazer esse conceito para suas operações na busca de melhores resultados e no que tange a satisfação do seu usuário.

Por fim, precisamos considerar as mudanças regulatórias e legislações que definam normas e regras para o uso dos dados dos pacientes e como eles devem ser administrados em se tratando de segurança e privacidade.

2.5 Atenção Primária à Saúde para além do Brasil: Compreendendo outras experiências

“Depende de nós se esse mundo ainda tem jeito, apesar do que o homem tem feito, se a vida sobreviverá ...”

Música: Depende de nós – Ivan Lins

O “Relatório Dawson” elaborado na Grã-Bretanha em 1920 instituiu as características da Atenção Primária à Saúde e definiu os três níveis principais de serviços de saúde: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e

hospitais-escola. O relatório foi alicerce para o Sistema Nacional de Saúde britânico (NHS) de 1948 e de vários sistemas de saúde pelo mundo.

Também foi tema de pauta da III Conferência Nacional de Saúde em 1963. Ressaltado como um contraponto ao liberalismo norte americano do “Relatório Flexner”, formulado em 1911 e lastreado no individualismo e reducionismo da atenção à saúde (Starfield, 2002).

A Atenção Primária à Saúde foi consagrada a partir da Conferência Internacional no ano de 1978, em Alma-Ata, definida como a porta de entrada dos sistemas de saúde e o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (Rodrigues *et al.*, 2014).

Tem o papel fundamental de promoção do desenvolvimento social e enfrentamento dos determinantes de saúde de caráter socioeconômico com uma série de intervenções de baixo custo para diversos agravos.

A Conferência de Alma-Ata, também conhecida como Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, foi um evento realizado pela Organização Mundial da Saúde, em 1978, na cidade de Alma Ata, atualmente chamada Amalti, no Cazaquistão.

Ela propunha a todos seus participantes a necessidade de promover a saúde de todos os povos do mundo por meio da diminuição das diferenças no desenvolvimento econômico e social dos países e como foco nos cuidados primários, estimulando atingir a meta de promoção da saúde até o ano 2000.

A conferência de Alma-Ata é considerada um dos principais marcos da história da saúde mundial. A partir dela, conceitos básicos que envolvem Atenção Primária e outros quesitos que compõem a saúde como um todo, além do tratamento com caráter curativo e corretivo, que era o padrão contemporâneo, passaram a ser considerados, estudados e desenvolvidos como alternativas que complementaram e enriqueceram o conceito de saúde como o conhecemos atualmente.

A Atenção Primária traz consigo uma série de fatores a serem considerados como pensamos a saúde integral de um indivíduo e tudo que a envolve. Isso tornou o conceito de saúde algo muito mais complexo do que a ausência de doenças e passou

a incluir fatores comportamentais, sociais, culturais, econômicos, entre outros nesse repeito.

Outro aspecto abordado na conferência é a questão do acesso à serviços de saúde e quais ações devem ser tomadas para criar formas de levar iniciativas em atenção básica e outras às populações, de maneira mais abrangente e eficaz.

A Declaração de Alma-Ata enfatizou a APS como a chave para o alcance da meta de “Saúde para todos no ano 2000”, destacando a importância da acessibilidade, equidade, participação comunitária e resolutividade no sistema de saúde (OMS, 1978).

De acordo com a Declaração, a APS deve ser abrangente, incluindo promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Além do que, a resolutividade foi apontada como um elemento essencial, com o objetivo de garantir que a maioria das necessidades de saúde da população seja atendida no primeiro nível de contato com o sistema de saúde.

A Conferência também destacou a capacitação profissional como um pilar para a eficácia da APS. A formação de equipes multiprofissionais e a educação continuada dos trabalhadores da saúde foram identificados como estratégias fundamentais para aumentar a resolutividade, especialmente em contextos de recursos limitados (OMS, 1978).

A relevância de Alma-Ata continua atual, influenciando políticas públicas e estratégias globais, como a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Estudos recentes demonstram que países que estruturaram seus sistemas de saúde com base nos princípios de Alma-Ata, apresentam melhor desempenho em indicadores de saúde, incluindo maior resolutividade na APS (Starfield, 1998; Macinko; Harris, 2015).

Segundo Costa (2016), desde 1994, o incentivo econômico dado aos Municípios para a adoção do Programa de Saúde da Família, no contexto da cooperação federativa, alterou a oferta municipal de serviços de saúde e converteu o modelo assistencial tradicionalmente pautado na assistência hospitalar.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), acordada entre gestores federais e representantes das esferas estaduais e municipais na CIT, ampliou o

escopo da atenção básica e reafirmou a Estratégia de Saúde da Família como estratégia prioritária e modelo substitutivo para organização da atenção básica (Giovanella *et al.*, 2009).

A portaria GM 648/2006, que regulamenta a PNAB, salienta que a atenção básica é o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Define os papéis dos municípios, dos estados e da união na organização, execução e gerenciamento dos serviços e ações da atenção básica. Trata da composição das chamadas unidades básicas de saúde (UBS), com e sem saúde da família e da composição da equipe multidisciplinar para a atuação na ESF.

Neste modelo, a atenção à saúde tem o cerne na família, entendendo seus aspectos sociais, além do ambiente, das condições de vida e saúde. Isto proporciona a todos os profissionais envolvidos, uma visão ampliada do processo saúde-doença, bem como da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas.

Para Arantes, Shimizu, Merchán-Hamann (2016), a definição da ESF como serviço de primeiro contato ou porta de entrada é outro aspecto fundamental para sua implantação como modelo de APS abrangente, que deve servir para o atendimento das maiores necessidades de saúde de uma população bem como para promoção e regulação do acesso a outros níveis de atenção.

Esse modelo de atenção à saúde é responsável por construir relações de vínculo com os usuários adscritos em seu território de abrangência e ser resolutivo quanto às suas demandas de saúde. A Estratégia de Saúde da Família, através do acolhimento e escuta sensível, pode resolver grande parte dos problemas apresentados em sua comunidade.

O sistema público de saúde do Reino Unido foi consolidado em 1948, no período que sucedeu a Segunda Guerra Mundial. O National Health Service (NHS) é o primeiro sistema de saúde universal do mundo. Inclusive, ele serve como base para a criação do SUS, pois têm também como seus princípios a universalidade, a equidade e a integralidade, com ações preventivas e curativas.

O sistema é composto por serviços hospitalares especializados, serviços qualificados como os de "General Practitioners", semelhantes a Médicos de Família no Brasil, e também em saúde pública.

O atendimento prestado pelo NHS também tem como foco a atenção primária e por meio dos serviços qualificados é que se dá entrada no sistema, que atinge quase toda a população de países como Inglaterra, Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte.

Até 2004, o sistema era centralizado, porém, a partir desta data houve uma descentralização e agora, cada país administra seu sistema de forma individual, mantendo os princípios que compõem o sistema.

O NHS é financiado pela arrecadação de impostos e com contribuições pontuais do sistema de seguridade social. São poucas as atividades não cobertas integralmente pelo NHS, entre elas está a prescrição de medicamentos a nível ambulatorial. Os recursos são distribuídos de acordo com critérios demográficos e epidemiológicos e não por arrecadação dos municípios, como no Brasil.

Já o sistema de saúde francês funciona combinando assistência médica universal e opções liberais. O Seguro Social de Saúde (NHI) é controlado pelo Estado e não fornecem diretamente a população os serviços de saúde, mas, garante aos usuários do sistema o reembolso correto de acordo com os serviços ou tratamentos utilizados pelo cidadão.

É obrigatório que todos os cidadãos franceses tenham o seguro NHI e ele representa 77% do total das despesas de saúde, sendo o restante oriundo de fontes privadas, por meio de pagamentos diretos e planos de seguros privados.

O sistema público de saúde francês cobre quase 100% de sua população total, porém, muitos cidadãos utilizam planos privados para estender sua cobertura de saúde e também ajudar no financiamento do sistema público. Uma das características que distingue o sistema francês dos demais é que sua base é uma seguradora pública, que acaba sendo complementada por escolhas pessoais. Ou seja, os pacientes podem escolher se querem utilizar instituições públicas ou o setor privado em seus tratamentos, uma vez que, eles são reembolsados por meio de pagamento individuais.

O sistema se assemelha com o SUS em termos de hierarquização e regionalização, mas, diferentemente dele e do NHS, não tem estratégias voltadas para ações preventivas e aquelas que englobam os cuidados primários.

O canadense tem seu sistema de saúde composto de dez planos provinciais e três territoriais. Em 1984 foi promulgada a “Canada Health Act” que definiu os princípios do sistema baseados nos valores de equidade e solidariedade. O “Medicare”, como é conhecido hoje, garante acesso universal e abrangente de serviços, médico-hospitalares e clínicos para quase toda a população, de 26 milhões de habitantes.

Seu gerenciamento é feito por gestores locais e seu financiamento é feito por meio de arrecadação de impostos gerais, semelhante ao modelo do SUS. O sistema tem como objetivos proteger, promover e restaurar o bem-estar físico e mental de seus cidadãos. Não estão inclusos nos serviços oferecidos pelo sistema os serviços de oftalmologia, odontologia, medicamentos e cuidados realizados em domicílios. Para esses serviços existem opções de planos privados, dos quais, dois terços da população possui.

O sistema tem entre seus pontos fracos a demora no atendimento e um alto índice do uso de serviços emergenciais. Isso realça que existe uma carência da organização da rede básica de saúde. Entre outros desafios do sistema canadense temos o alcance de seus serviços às populações indígenas, a redução de testes e intervenções desnecessárias, que chegam até 30% e a melhoria na coordenação e regulação dos recursos.

Diferentemente de todos os sistemas apresentados previamente, o sistema de saúde norte-americano é totalmente privado e não garante acessibilidade universal a seus usuários. A única maneira de se receber atendimento médico no país é por meio de convênios particulares que são financiados diretamente por seus usuários. As exceções se aplicam apenas para pessoas abaixo da linha da pobreza e idosos, que recebem serviços limitados de emergência e atendimento gratuitos por meio dos planos “Medicare” e “Medicaid”.

Ele também é o sistema mais dispendioso de todos os aqui relacionados, gastando em torno de 17% do Produto Interno Bruto (PIB) do país. Ainda assim, os Estados Unidos se destacam quando comparados a outros sistemas em termos de inovações médicas, investimentos em tecnologia e por possuírem hospitais que são referências mundiais, como John Hopkins Hospital e Mayo Clinic.

A grande maioria desses hospitais é de propriedade privada ou estão vinculados a universidades e contam com subsídios dos governos locais. Não existe uma coordenação ou gestão nacional do sistema, sendo assim, cada estado tem autonomia para criar suas regras e leis próprias, afetando a amplitude de cobertura e a regulação de convênios médicos em cada território.

A principal forma de se obter um plano de saúde nos Estados Unidos está diretamente vinculada a oferta de empregos e aos planos que cada empresa oferece a seus colaboradores. O sistema americano pretere a atenção primária, pois muitos usuários deixam de procurar serviços médicos pelo alto custo. Isso só faz com que as condições de saúde da população se agravem. Como uma alternativa mais preventiva em termos de assistência à saúde, podemos citar a iniciativa do “Patient Protection and Affordable Care Act”, como uma tentativa de ampliar o acesso dos cidadãos a convênios médicos.

O sistema de saúde holandês trabalha sob uma ótica que privilegia, por meio de políticas públicas, a prevenção, a inovação e o foco no usuário do sistema. Os cidadãos holandeses são obrigados a possuir um pacote básico de seguro de saúde e as companhias que oferecem esses serviços não podem discriminar seus usuários por conta de condições pré existentes de saúde, como acontece com os planos de saúde suplementar, no Brasil, por exemplo. Além disso, os usuários podem optar por comprar apólices complementares.

Em grande medida, o sistema é financiado pela arrecadação de impostos de pessoas físicas e jurídicas, assim como pelos cidadãos com maior renda, que tem uma política de tributação particular. Em termos operacionais, os usuários podem escolher suas seguradoras e médicos, o que cria uma competição mais justa na oferta de serviços e seus valores. Essa forma de operacionalizar o sistema faz com que os provedores busquem o melhor atendimento com o menor custo, ofertando para os usuários os serviços de forma eficiente sem onerar o sistema como um todo.

Assim como no SUS e no NHS, o sistema holandês prevê que cada cidadão esteja associado a um clínico geral, que atua como porta de entrada no sistema. Uma das características do sistema holandês é privilegiar os mais vulneráveis, idosos com estágios avançados de demência e pessoas com problemas físicos ou mentais, por

meio de um plano de cuidado conjunto entre cliente e prestador que estabelecem os cuidados corretos para cada caso.

Em suma, o sistema de saúde norte-americano é uma experiência completamente particular quando comparada a outros modelos praticados no mundo. Ele é um sistema pluralista, segmentado, empresarial e concebe a questão da saúde como um problema individual e não de gestão pública.

Seu acesso é bastante restrito, em grande parte, pela necessidade de ser pago em quase todas as suas especialidades, com exceção de alguns programas de cunho público que privilegiam, ainda que com restrições, populações carentes e idosos sob determinadas condições pré estabelecidas. O seu financiamento é feito, em linhas gerais por meio de seguros de saúde privados, contratados de acordo com a capacidade de pagamento e as necessidades de cada indivíduo.

O sistema é regulado tanto pelas operadoras de seguro quanto em níveis estadual e federal, sendo que não existe uma política única de regulamentação, o que muda as regras e normas em cada estado e de acordo com os contratos privados estabelecidos entre usuários e operadoras.

Ele carece de uma organização coordenada e sua porta de acesso acaba sendo os consultórios privados. Todo esse arranjo resulta em um sistema exclusivista, com custos elevados em termos de assistência e desigual por natureza.

Ao contrário do sistema norte-americano as opções francesas e canadenses já operam de forma universal, sendo que, a França, só passou a adotar esse modelo a partir dos anos 2000. O sistema canadense, funciona por meio do seguro nacional, financiado pelo governo federal e das províncias que o compõem. A regulação é feita tanto pelo Ministério da Saúde e pelas províncias de modo integrado.

O sistema canadense funciona organizado em redes e sua principal porta de entrada são os consultórios médicos. Um dos diferenciais nesse processo de entrada no sistema é a presença de médicos de família. Uma das principais queixas do sistema é a falta de acesso em determinadas áreas do país e a questão da dificuldade de integração dos diferentes níveis de atenção dentro da rede.

Já o sistema francês traz uma combinação entre serviços públicos e privados, o que estimula um ambiente plural em termos de oferta de serviços, ainda que o seu

financiamento se dê totalmente pela via pública, baseado na arrecadação de impostos. A gestão do sistema é feita pelo Ministério da Saúde e por agências regionais que descentralizam a operação. Os pontos negativos desse modelo ainda são seu custo elevado e a falta de iniciativas que valorizem ações preventivas na população. Importante destacar que o sistema estruturado pelo NHS foi um motivador e um exemplo para a criação e organização do Sistema Único de Saúde.

Entre algumas das características que esses sistemas compartilham, destaque-se a importância da regionalização em termos de gestão e atendimento, que acaba criando unidades que servem como referência para populações de localidades específicas, e a importância da presença de médicos de família que realizam o trabalho de acompanhamento e atendimento em atenção primária. É por meio desses profissionais que se dá a entrada no sistema, em muitas oportunidades.

Ao trazer essa questão para a realidade brasileira, observa-se a importância da ampliação das ações e estratégias que trabalham não só com a saúde da família mas também com a Atenção Primária. Essa é uma abordagem de grande sucesso e de altos níveis de resolutividade em sua atuação, fazendo com que grande parte do sistema de saúde seja desonerado quando ela é bem executada. Porém, é preciso que ela seja mais abrangente e que haja mais estrutura para reproduzi-la em locais onde ela ainda não consegue ser executada, sendo fundamental a capacitação e atualização desses profissionais para um melhor desempenho do sistema de forma geral.

3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ENQUANTO POLÍTICA PÚBLICA

"Há aqueles que lutam um dia, e por isso são bons. Há aqueles que lutam muitos dias, e por isso melhores são. Mas há aqueles que lutam toda a vida, e esses são imprescindíveis.

Bertolt Brecht

As políticas públicas são instrumentos fundamentais para a organização e a gestão do Estado, sendo um meio pelo qual governos respondem às demandas da sociedade. O ciclo das políticas públicas é um modelo analítico que permite compreender as diferentes etapas do processo decisório governamental.

Gianezini *et al.* (2017), mostra que para conceituar política é necessário quatro pilares: a sede institucional como sendo o Estado, a ideia do mecanismo de funcionamento em forma de ação coletiva, na qual a expressão da vontade popular acontece por meio de organizações coletivas, a política possui a vontade de mudança social e, por fim, a política seria algo racional. Ou seja, remete a discussão baseada em argumentos, conforme figura 1.

Figura 1 – Pilares da Política



Fonte: Gianezini (2017)

Diversos autores analisam o ciclo das políticas públicas como um processo sequencial que abrange diferentes estágios. De acordo com Dye (2013), o ciclo pode ser dividido em cinco fases principais: formulação da agenda, elaboração da política, implementação, avaliação e extinção ou reformulação.

A formulação da agenda refere-se ao processo de seleção dos problemas que serão abordados pelo governo. Kingdon (2011) destaca que a entrada de um tema na agenda depende de uma combinação entre problemas, políticas e política, onde atores políticos e institucionais desempenham papel fundamental.

A fase de elaboração da política envolve a definição de alternativas para a resolução dos problemas identificados. Para Secchi (2014), a elaboração de políticas públicas deve considerar evidências técnicas e o contexto político para a escolha da melhor alternativa.

A implementação consiste na execução das ações planejadas. Bardach (1977) alerta para os desafios dessa fase, destacando a importância de um planejamento eficaz e da coordenação entre os atores envolvidos.

A avaliação busca medir a efetividade da política pública e seus impactos. Para Fischer, Miller e Sidney (2007), a avaliação pode ser ex ante, concomitante ou ex post, servindo para ajustar ou reformular políticas conforme necessário.

Uma política pública pode ser descontinuada ou reformulada com base em suas avaliações. Para Howlett, Ramesh e Perl (2009), a reformulação ocorre quando há necessidade de ajustes devido às mudanças no contexto político, econômico ou social.

O processo de elaboração de políticas públicas (*policy – making process*), também é conhecido como uma fase do ciclo de políticas públicas (*polycycle*). O ciclo de políticas públicas é um esquema de visualização que organiza a vida de uma política pública em fases interdependentes. As fases são: identificação do problema, formação de agenda, formação de alternativa, tomada de decisão, implementação, avaliação e extinção, conforme figura 2 (Secchi, 2014).

Figura 2 - Ciclo das Políticas



Fonte: Secchi (2014)

Por fim, o ciclo das políticas públicas é um modelo essencial para compreender a dinâmica da formulação e implementação das decisões governamentais. Embora linear, esse modelo é frequentemente influenciado por fatores externos que podem modificar seu percurso. O estudo dessas fases é fundamental para gestores e formuladores de políticas públicas, permitindo uma atuação mais eficaz e responsiva às demandas sociais.

3.1 A Implantação da Clínica de Atenção Primária no TRT6 Saúde

Como pesquisadora do tema e chefe da Divisão de Políticas e Ações de Saúde que faz parte da Secretaria de Autogestão em Saúde, unidade administrativa responsável pela gestão do TRT6 Saúde, que é o plano de saúde dos magistrados e servidores do Tribunal Regional do Trabalho da Sexta Região, apresento para um melhor entendimento, um paralelo do Ciclo das Políticas Públicas com a implantação de nossa Clínica de Atenção Primária à Saúde.

3.1.1 Agenda setting ou Construção de Agenda

Após três anos da implantação do TRT6 Saúde, a Secretaria de Autogestão em Saúde observou falhas no atual sistema de atenção à saúde, que enfrenta uma crise derivada do desencontro entre a situação epidemiológica da população (condições de saúde agudas e crescimento das condições crônicas) e as redes de atendimento, que estão voltadas predominantemente para responder aos eventos agudos, de forma reativa, episódica e fragmentada, sem articulação entre os níveis de atenção primária, secundária e terciária e sem capacidade de ofertar atenção contínua, longitudinal e integral.

Diante disso, o modelo de atenção primária à saúde, por corresponder à porta de entrada para um cuidado integrado e gestão coordenada da rede de atendimento, centrado nas necessidades dos pacientes, na resolutividade, na integralidade do cuidado e na longitudinalidade, apresentou-se como solução para a melhoria da assistência e promoção da saúde aos beneficiários do TRT6 Saúde, bem como para

o controle dos custos médico-hospitalares.

Deste modo identificado o problema e enxergando um caminho viável a seguir, a possibilidade de instalar uma Clínica de Atenção Primária em Saúde (APS), como forma de abranger ações voltadas à prevenção de doenças, promoção, reabilitação e recuperação da saúde, entrou na agenda de atividades a serem executadas pelo TRT6 Saúde.

3.1.2. Formulação de Políticas

O Programa de Autogestão em Saúde do Tribunal Regional do Trabalho da Sexta Região, denominado TRT6 Saúde, tem por finalidade assegurar assistência à saúde de forma indireta aos beneficiários titulares, dependentes e agregados, promovendo a implantação progressiva de benefícios, conforme disponibilidade orçamentária e financeira.

As condições de saúde crônicas, segundo a Organização Mundial da Saúde, corresponderão a 78% da carga global de doenças nos países em desenvolvimento. Segundo a Pesquisa nacional de saúde 2019, desenvolvida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com o envelhecimento populacional, observa-se um aumento das doenças crônicas não transmissíveis (doenças cardiovasculares, diabetes e neoplasias, por exemplo), as quais, aliadas a um conjunto de fatores, levam à deterioração progressiva da saúde, sendo as principais causas de mortalidade no País.

Além disso, as condições crônicas são responsáveis pela maior frequência de consultas ambulatoriais, consumo de medicamentos e internações hospitalares, acarretando grandes efeitos adversos na qualidade de vida dos indivíduos, causando mortes prematuras, além de efeitos econômicos negativos para as famílias, as comunidades e os países.

Gestores de saúde enfrentam pobres resultados em relação ao manejo dessas condições, e a sociedade em geral apresenta enorme perda de produtividade e de qualidade de vida.

Nesse ponto, vale destacar que aproximadamente 33% dos beneficiários do TRT6 Saúde possuem idade superior a 59 anos, necessitando de forma mais intensa de cuidados relacionados às condições crônicas de saúde (doença cardiovascular, doença respiratória crônica, hipertensão, diabetes, dislipidemia etc.).

Após estudos técnicos preliminares e várias reuniões em que pesem questões administrativas, jurídicas e financeiras, entendeu-se que o modelo de atenção primária à saúde, por corresponder à porta de entrada para um cuidado integrado e gestão coordenada da rede de atendimento, apresentou-se como uma boa solução para a melhoria da assistência e promoção da saúde dos beneficiários do TRT6 Saúde, sendo um motivador para a implantação de uma Clínica de Atenção Primária à Saúde.

3.1.3 Tomada de decisão

Constatou-se que o sistema de pagamento por procedimento do atual modelo de saúde (fee for service) incentiva os prestadores de serviços a ofertarem maior quantidade e complexidade de serviços, a fim de maximizarem seus ganhos, desestimulando a oferta de intervenções voltadas para a prevenção de doenças e promoção e manutenção da saúde; e como consequência, parte considerável dos procedimentos de saúde ofertados é desnecessária sob o ponto de vista sanitário, ocasionando elevação exponencial dos custos médico-hospitalares.

Considerando a ausência de estrutura física e administrativa, bem como de pessoal com a formação técnica e experiência necessárias para implantação direta de clínica do segmento, os gestores do TRT6 Saúde decidiram pela contratação do serviço de atenção primária à saúde no mercado, por meio de licitação na modalidade Pregão, do tipo eletrônico, visto a natureza como empresa pública do Programa de Autogestão em Saúde do Tribunal Regional do Trabalho da Sexta Região.

3.1.4 Implementação

Com o intuito de melhorar a assistência à saúde dos beneficiários do TRT6 Saúde, com foco na prevenção de doenças, promoção, reabilitação e recuperação da saúde, e reduzir os custos assistenciais, atingindo os resultados pretendidos no art. 11, parágrafo 3º, XI do Ato TRT6-GP Nº 051/2021; e após estudos técnicos preliminares, respeitando os critérios de razoabilidade, eficiência, legalidade, especificações, preço e o princípio da economicidade para administração pública, foi realizada licitação pública, que decorrida as fases e tempos processuais, culminou na contratação de empresa do segmento para o serviço de implantação, desenvolvimento e acompanhamento de Atenção Primária à Saúde (APS) em favor dos beneficiários do TRT6 Saúde, englobando Coordenação técnica da APS, Medicina de família e Comunidade, Enfermagem, Psicologia, Nutrição, Fisioterapia, Recepção, Concierge, Pronto-atendimento de baixa complexidade e Central de Teleatendimento, entrando a clínica em funcionamento no dia 19/01/2023.

3.1.5 Avaliação

A Atenção Primária à Saúde tem sido amplamente discutida nos serviços e sistemas de saúde por todo mundo por envolver uma lógica que altera a forma como a atenção à saúde é ofertada à população, seja nos setores público ou privado.

Neste cenário que precisa de mudanças, a proposta é de incorporação de práticas inovadoras na assistência e na gestão dos serviços de saúde, com peculiar ênfase para a prevenção de doenças e o gerenciamento de riscos e doenças crônicas.

Tendo completando 02 (dois) anos de funcionamento e estando com 1.931 beneficiários captados, a expectativa agora é de se avaliar a resolutividade da Clínica de Atenção Primária à Saúde do TRT6 Saúde.

3.2 Resolutividade do Sistema de Saúde

"É preciso amar as pessoas como se não houvesse amanhã"

Há Tempos - Renato Russo

Resolutividade em saúde é um conceito central para a avaliação da eficácia dos sistemas de saúde. Definida como a capacidade do sistema de responder de forma adequada às necessidades de saúde da população, a resolutividade é essencial para garantir a eficiência, equidade e qualidade nos serviços de saúde.

O dicionário informal traz como significado para resolutividade a capacidade de resolver ou finalizar um processo, simplificando e agilizando procedimentos. No Brasil, o Ministério da Saúde utiliza o termo 'resolubilidade' e o apresenta como diretriz do SUS, definindo-a como "a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência" (Brasil, 1990).

A Atenção Primária à Saúde é considerada uma estratégia fundamental para aumentar a efetividade e resolutividade dos serviços, constituindo referência no cenário mundial para reduzir as iniquidades existentes no setor saúde (Carrer *et al.*, 2016).

É importante esclarecer que a efetividade é o grau em que determinada intervenção ou tecnologia traz benefícios aos indivíduos de uma população; na APS, a efetividade se refere à atenção capaz de prevenir doenças ou controlar episódios agudos decorrentes de condições crônicas (Viacava *et al.*, 2012).

Por sua vez, a resolutividade é a capacidade de solucionar problemas de saúde de indivíduos em situação de vulnerabilidade social e biológica, norteada pelos seguintes atributos: a) acesso; b) longitudinalidade; c) integralidade; e d) coordenação (Bulgareli *et al.*, 2014).

Para Torres *et al.* (2012), a divisão dos níveis de atenção à saúde é pertinente, pois cada nível possui particularidades que se complementam e auxiliam para maior resolutividade da atenção.

Há indagação de que a resolutividade está intrinsicamente ligada à integração de serviços, à continuidade do cuidado, e à adequação tecnológica e humana da estrutura de saúde (Brasil, 2015).

Além disso, verifica-se polissemia conceitual e inclusive ortográfica, variando de um objetivo que fundamenta compromissos sanitários até formas de avaliar os serviços.

Segundo Turrini, Lebrão e Cesar (2008), um serviço é considerado resolutivo quando atende as necessidades de saúde do usuário, mesmo que para isso o serviço precise encaminhar este paciente para outro nível de atenção para continuidade da atenção à saúde.

O conceito de resolutividade também pode ser entendido como sinônimo de solucionar. Porém, nos serviços de saúde a resolutividade pode ser avaliada por meio dos resultados após o atendimento oferecido ao usuário (D'Águiar, 2001).

Torres *et al.* (2012), considera ainda um erro tentar “medir” a resolutividade por meio dos encaminhamentos para outros níveis de atenção, porque isso caracteriza o serviço como resolutivo apenas por ter baixo índice de encaminhamentos, mas a resolutividade refere-se a atender a necessidade do usuário mesmo que para isso seja necessário encaminhá-lo para outro nível de atenção.

Reunindo-se os diferentes enfoques é possível dizer que a resolutividade envolve diversos aspectos sejam eles relativos à demanda, à satisfação do usuário, às tecnologias dos serviços de saúde, à existência de um sistema de referência preestabelecido, à acessibilidade dos serviços, à formação dos recursos humanos, às necessidades de saúde da população, à adesão ao tratamento aos aspectos culturais e socioeconômicos dos usuários, entre outros (Turrini; Lebrão; Cesar, 2008). Desta forma, são diversas as maneiras e instrumentos que podem ser usados para avaliar resolutividade.

Avaliar o desempenho dos serviços e quais os impactos na saúde da população auxiliam os gestores quanto à implantação e reformulação das práticas da Atenção Primária à Saúde (Brasil, 2012).

Vale salientar que a satisfação do usuário, na literatura nacional e internacional, é um elemento essencial para avaliar a qualidade dos serviços, apesar de ser um

tema recente nas avaliações em saúde (Arruda; Bosi, 2017).

A Resolutividade e satisfação do usuário são ferramentas importantes para avaliação do desempenho da atenção à saúde que é oferecida, pois possibilita analisar os resultados obtidos, subsidiando na reorganização dos serviços de saúde (Rosa; Pelegrini; Lima, 2011).

A avaliação dos serviços de saúde é essencial, pois auxilia no planejamento, e no desenvolvimento de ações que possam contribuir para práticas que estejam de acordo com a demanda e as características do sistema de saúde dentro do seu modelo de atenção (Brasil, 2005).

Por sua vez, a resolutividade é a capacidade de solucionar problemas de saúde de indivíduos em situação de vulnerabilidade, seja ela social ou biológica, orientada pelo acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado (Bulgareli *et al.*, 2014).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) caracteriza a resolutividade como uma diretriz do SUS, fortalecendo a importância de uma atenção básica resolutiva, aplicando as tecnologias de cuidado disponíveis, clínica ampliada, coordenação e continuidade do cuidado do usuário dentro da rede de atenção à saúde, referência e contrarreferência quando houver necessidade (Brasil, 2017).

Entretanto, em muitos países, a APS difere dessas premissas, sendo apontada como pouco resolutiva com lacunas entre o que indivíduos e comunidades precisam e a qualidade que os serviços oferecem, restando muitos usuários excluídos de ações em grande parte padronizadas para uma parcela da população.

No Brasil, embora exista um sistema de base universal que tem a APS como eixo estruturante, coexistem características de modelos focalizados e seletivos, com fragmentação e segmentação de cuidados.

Um foco desse debate tem sido o desafio de melhorar a resolubilidade desses serviços. A Política Nacional de Atenção Básica inclui a resolubilidade como uma diretriz a ser operacionalizada na APS e um dos objetivos estratégicos do Plano Nacional de Saúde 2020-2023 que pretende “promover a ampliação e a resolutividade das ações e serviços da atenção primária de forma integrada e planejada”, a partir do desempenho de 20 indicadores.

Garantir resolutividade é um compromisso complexo. Depende de variáveis demográficas, epidemiológicas e socioculturais que determinam as condições de saúde, impondo aos serviços ampla gama de necessidades, muitas vezes em contextos politico-institucionais adversos que desafiam essa capacidade resolutiva.

Além disso, verifica-se polissemia conceitual e inclusive ortográfica, variando de um objetivo que fundamenta compromissos sanitários até formas de avaliar os serviços.

3.3 Sustentabilidade e Desafios para as Operadoras de Autogestões em Saúde

"O futuro depende do que fazemos no presente"

–Mahatma Gandhi

No cenário atual dos sistemas de saúde, a sustentabilidade econômica das operadoras de autogestão é um grande desafio devido ao envelhecimento populacional, às demandas crescentes por serviços de saúde e à prevalência de doenças crônicas.

Nesse contexto, a implantação de programas de promoção à saúde tem se mostrado uma estratégia eficaz para equilibrar a sustentabilidade financeira e melhorar a qualidade de vida dos beneficiários.

Programas de promoção à saúde focam na prevenção e na educação dos beneficiários, abordando fatores de risco antes que se transformem em condições mais graves e onerosas. Estudos mostram que intervenções preventivas podem reduzir até 25% dos custos associados a tratamentos de doenças crônicas (OMS, 2022).

Ao promover hábitos saudáveis, como alimentação balanceada, atividade física regular e a cessação do tabagismo e monitorar indicadores de saúde, é possível diminuir a incidência de doenças como diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares. Isso reduz a necessidade de tratamentos caros e hospitalizações, gerando economias substanciais.

Doenças crônicas representam uma significativa parcela dos custos das operadoras de autogestão. Programas de promoção à saúde incluem estratégias para

o manejo eficaz dessas condições, como consultas regulares, monitoramento remoto e educação em saúde.

Beneficiários que participam ativamente de tais programas apresentam redução de até 30% nas internações e complicações graves (Castro *et al.*, 2020). Essas iniciativas não apenas melhoram a qualidade de vida, mas também minimizam a carga financeira associada ao manejo dessas condições.

Beneficiários que percebem investimentos em sua saúde e bem-estar tendem a demonstrar maior satisfação e fidelidade à operadora. Programas que oferecem suporte personalizado, como coaching de saúde e acesso a plataformas digitais de bem-estar, aumentam significativamente a retenção. Estudos indicam que a satisfação elevada dos beneficiários está associada à redução de até 20% na rotatividade de clientes (Feldstein, 2012), contribuindo para uma base financeira mais estável.

A coleta e a análise de dados provenientes de programas de promoção à saúde permitem uma abordagem baseada em evidências para otimizar recursos e ajustar estratégias. Ferramentas de Business Intelligence e Análise Preditiva auxiliam na identificação de tendências, necessidades populacionais e na avaliação de resultados. De acordo com um levantamento da Health Affairs (2021), operadoras que utilizam dados para guiar suas decisões financeiras e clínicas conseguem uma eficiência operacional 35% maior.

A integração de programas de promoção à saúde com iniciativas como gestão de saúde populacional e cuidados coordenados permite uma abordagem holística. Essa sinergia maximiza o impacto das intervenções e otimiza o uso de recursos financeiros, promovendo uma gestão mais eficaz e sustentável. Estudos mostram que sistemas de saúde integrados apresentam reduções de até 40% nos custos administrativos (Berwick *et al.*, 2021).

A sustentabilidade econômica das operadoras de autogestão está intrinsecamente ligada à efetividade dos programas de promoção à saúde. A prevenção de doenças, o manejo eficaz de condições crônicas e a satisfação dos beneficiários são pilares fundamentais para garantir o equilíbrio financeiro. A adoção de estratégias baseadas em dados e a integração com outras iniciativas de saúde

reforçam o papel dos programas de promoção como aliados cruciais para a sustentabilidade no setor de saúde.

4 CONTEXTUALIZAÇÃO DA PESQUISA

O século XXI trouxe consigo mudanças significativas e transformações em diversos setores, especialmente no sistema de saúde, que enfrenta desafios crescentes diante do atual cenário. A oferta de serviços em resposta à demanda e a falta de orientação quanto ao percurso assistencial contribuem muitas vezes para a utilização desnecessária desses serviços, constituindo um problema que impacta tanto a saúde pública quanto a suplementar.

A expansão do setor privado de assistência à saúde no Brasil impulsionou a economia do país, com um crescimento significativo no número de beneficiários. Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), cerca de 26,2% da população brasileira está coberta por planos privados de assistência, evidenciando a magnitude desse setor, financiado por desembolsos diretos das famílias.

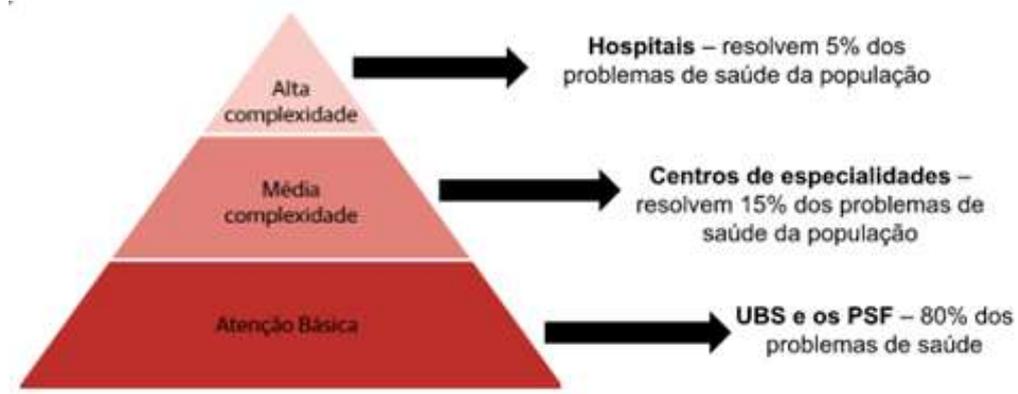
Diversos desafios afetam a população brasileira, incluindo mudanças demográficas que resultam no aumento da população idosa, com impacto no custo do sistema de saúde. Diante desse contexto, é essencial repensar o modelo de atenção à saúde, especialmente no que se refere à Atenção Primária à Saúde (APS), que é discutida globalmente e propõe uma lógica que transforma a oferta de serviços, seja no setor público ou privado.

Este estudo identificou lacunas na literatura sobre a Atenção Primária à Saúde no mercado privado brasileiro e global, propondo a incorporação de práticas inovadoras na assistência e gestão dos serviços de saúde, com ênfase na prevenção de doenças e no gerenciamento de riscos e doenças crônicas.

A Atenção Primária à Saúde surge como resposta a essas iniciativas de mudanças, buscando alterar a lógica assistencial, focando em práticas cuidadoras e integrais. No Brasil, algumas operadoras já adaptam suas práticas para investir sustentavelmente na APS, visando à integralidade do cuidado e à orientação centrada na família.

A Atenção Primária à Saúde oferece um atendimento abrangente e acessível, que pode atender até 80% das necessidades de saúde de uma pessoa ao longo de sua vida, conforme figura 3.

Figura 3- Níveis de Atenção à Saúde



Fonte: Elaborado pela autora (2025)

4.1 Pergunta e Objetivos da Pesquisa

Quais os pontos relevantes que conferem resolutividade a Atenção Primária à Saúde na experiência da implementação do TRT6 Saúde?

Os resultados encontrados subsidiarão os gestores quanto à compreensão de suas práticas para a melhoria da assistência, promoção da saúde e controle dos custos assistenciais.

4.1.1 Objetivo Geral

Analisar a resolutividade da clínica de Atenção Primária do TRT6 Saúde e sua contribuição para a sustentabilidade das Autogestões em Saúde.

4.1.2 Objetivos Específicos

1. Descrever o perfil populacional dos beneficiários da Clínica de Atenção Primária à Saúde;
2. Avaliar a percepção dos beneficiários da Clínica de Atenção Primária à Saúde, no quesito resolutividade do atendimento;
3. Identificar o grau de satisfação dos beneficiários com a Clínica de Atenção Primária à Saúde;
4. Estimar o aumento do autocuidado em saúde dos beneficiários, após a implementação e utilização da Clínica de Atenção Primária à Saúde.

5 MATERIAL E MÉTODO

A seguir descreveremos o material e método empregado para atingir os objetivos geral e específicos.

5.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo de caso descritivo e observacional, com abordagem quantitativa, com análise de dados secundários dos relatórios da clínica de Atenção Primária à Saúde e aplicação de survey estruturado aos beneficiários da clínica.

Estudo de caso é uma estratégia metodológica de se fazer pesquisa nas ciências sociais e nas ciências da saúde. Trata-se de uma metodologia aplicada para avaliar ou descrever situações dinâmicas em que o elemento humano está presente. “Busca-se apreender a totalidade de uma situação e, criativamente, descrever, compreender e interpretar a complexidade de um caso concreto, mediante um mergulho profundo e exaustivo em um objeto delimitado” (Gilberto, 2008, p. 8).

Segundo Yin (2001) o estudo de caso permite uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos eventos da vida real - tais

como ciclos de vida individuais, processos organizacionais e administrativos, mudanças ocorridas em regiões urbanas, relações internacionais e a maturação de alguns setores, e contribui, de forma inigualável, para a compreensão que temos dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos, e vem sendo uma estratégia comum de pesquisa na psicologia, na sociologia, na ciência política, na administração, no trabalho social e no planejamento.

Para Carvalho *et al.* (2011, p. 1974), as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. “São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática” (Gil, 2002, p. 42).

Esta pesquisa também pode ser caracterizada como descritiva pelo fato de buscar a descrição de fenômenos presentes nas dimensões institucionais que estão relacionados com a prática da transparência pública e do consumo já existente sem a pretensão de interferir neles nem os modificar (Prodanov; Freitas, 2013).

5.2 Local do estudo

O presente estudo foi realizado nas instalações da Clínica de Atenção Primária à Saúde do TRT6 Saúde, localizada na Rua General Joaquim Inácio, 830, sala 1208, Ilha do Leite, Recife/PE, bem como nos diversos setores que compoem o Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco, visto o questionário eletrônico ter sido enviado pelos e-mails institucionais dos beneficiários.

5.3 População do estudo

A população de estudo foi composta pelos beneficiários cadastrados na Clínica de Atenção Primária à Saúde do TRT6 Saúde (titulares, dependentes e agregados), que segundo informações da Secretaria de Autogestão em Saúde do Tribunal

Regional do Trabalho da Sexta Região, era representada por um quantitativo de 1.931 beneficiários.

5.3.1 Critérios de Inclusão

Beneficiários cadastrados na Clínica de Atenção Primária à Saúde do TRT6 Saúde, que já utilizaram os serviços da clínica e que aceitarem participar da pesquisa.

5.3.2 Critérios de Exclusão

Beneficiários citados na inclusão que se recusaram a participar da pesquisa, e participantes do teste piloto do instrumento de coleta.

5.4 Amostra

A amostra foi definida a partir dos beneficiários que aceitaram em participar da pesquisa.

O tamanho da amostra foi calculado baseando-se no universo de 1.931 beneficiários, com prevalência de 50%, nível de confiança de 95%, efeito de desenho de 20% e erro amostral de 5%.

5.5 Coleta de dados

A coleta de dados obedeceu à seguinte sequência:

- a) Obtenção da aprovação da Banca de Exame de Qualificação da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) para realização desta pesquisa.

- b) Obtenção da anuência do Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco, após apresentação do projeto desta pesquisa e assinatura da Carta de anuência pela Presidência (Apêndice C);
- c) Os dados coletados foram configurados como dados anonimizados, nos termos do art. 5º, inciso III, da Lei nº 13.709/2018, isto é, que não permitem a identificação do seu titular, considerando a utilização de meios técnicos razoáveis e disponíveis na ocasião de seu tratamento, e foram tratados única e exclusivamente para a finalidade descrita na pesquisa.
- d) Foi garantido aos participantes da pesquisa que as respostas não seriam divulgadas nem compartilhadas, sendo o sigilo preservado conforme estabelecido na Lei Geral de Proteção de Dados e no Ato TRT6-GP nº 242/2021, que instituiu a Política de Privacidade e Proteção de Dados Pessoais no âmbito do Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco.
- e) Realização de teste-piloto dos questionários eletrônicos com 5% do cálculo amostral dos beneficiários cadastrados na Clínica de Atenção Primária à Saúde, com a finalidade de realizar alterações e adequações aos instrumentos de coleta de dados. Neste momento os participantes foram informados quanto aos objetivos do teste piloto e da pesquisa e orientados quanto à confidencialidade dos dados coletados.
- f) Aplicação da pesquisa através de questionários eletrônicos enviados para o e-mail dos beneficiários cadastrados na Clínica de Atenção Primária à Saúde, constando no corpo do e-mail as informações sobre o objetivo da pesquisa, à confidencialidade dos dados individuais, deixando claro que a participação era opcional, voluntária e não obrigatória, além de ressaltar a importância da pesquisa para nortear a prestação de serviços realizada na clínica, visando a melhorar a qualidade do atendimento.

O período da coleta de dados foi de 07 de janeiro a 07 de fevereiro de 2025, totalizando assim 30 dias, conseguindo-se obter 251 respostas dos beneficiários.

5.6 Instrumentos para coleta de dados

5.6.1 Questionário 1: Perfil Populacional (APÊNDICE A)

- a) Social: sexo, escolaridade, estado conjugal e idade;
- b) Vínculo com o TRT6 Saúde: titular, dependente e agregado.

5.3.2 Questionário 2: Percepção dos beneficiários do TRT6 Saúde (APÊNDICE B)

Identificação da percepção dos beneficiários através de 13 (treze) perguntas, tendo como respostas possíveis: muito satisfeito, satisfeito, nem satisfeito nem satisfeito, insatisfeito e muito insatisfeito e 02 (duas) perguntas abertas de respostas, uma sugestiva e outra de autopercepção.

5.7 Análise dos Dados

Os dados foram analisados descritivamente por meio de frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas e as das medidas: média, desvio padrão (média \pm DP), mediana e os percentis 25 e 75 (mediana (P25; P75)) para a variável idade.

Na comparação entre categorias em relação às variáveis ordinais (afirmações sobre a avaliação) foi utilizado o teste de Mann-Whitney no caso de duas categorias e o teste de Kruskal-Wallis no caso de mais duas categorias. No caso de diferença significativa pelo teste do Kruskal-Wallis foram obtidas comparações múltiplas entre os pares de categorias (Conover, 1980).

A escolha dos testes de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis foi devido ao tipo de escala ordinal.

A margem de erro utilizada na decisão dos testes estatísticos foi de 5%. Os dados foram digitados na planilha EXCEL e o programa utilizado para obtenção dos cálculos estatísticos foi o IBM SPSS na versão 27.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados a interpretação dos resultados encontrados e as discussões que contextualizam os resultados da pesquisa.

6.1 Perfil populacional

Na Tabela 1 observam-se os resultados relativos ao perfil da amostra analisada.

A idade dos pesquisados variou de 19 a 89 anos, teve média de 53,0 anos, desvio padrão 12,1 anos, mediana 54,0 anos com percentis 25 e 75 iguais a 45,0 e 60,0 anos respectivamente.

Desta tabela destaca-se que a maioria dos participantes tinha entre 40 e 59 anos (60,6%), seguida pela faixa de 60 a 89 anos (25,9%) e os 13,5% restantes tinham 19 a 39 anos (13,5%).

Observamos também que em relação ao sexo, houve predominância do feminino (57%), o masculino representou (43%).

Com relação à escolaridade, a maior parcela dos participantes possuía especialização (53,4%), seguida pelo nível superior (25,5%) e as duas demais categorias doutorado/mestrado e ensino médio tiveram percentuais respectivos de 12,4% e 8,8%.

No que diz respeito ao estado civil, a maioria dos participantes era casada (59,4%), seguida pelos solteiros (19,1%) e os divorciados (12,4%) e aqueles em união estável (9,2%) apareceram com menor representatividade.

Quanto ao vínculo com o TRT6 Saúde, a grande maioria dos pesquisados apresentam vínculos como titulares (86,1%), e os demais eram dependentes (12,4%) e agregados (1,6%).

Tabela 1 – Avaliação do perfil da amostra analisada

Variável	n (%)
TOTAL	251 (100,0)
Faixa etária	
19 a 39	34 (13,5)
40 a 59	152 (60,6)
60 a 89	65 (25,9)
Sexo	
Masculino	108 (43,0)
Feminino	143 (57,0)
Escolaridade	
Doutorado/Mestrado	31 (12,4)
Especialização	134 (53,4)
Superior	64 (25,5)
Médio	22 (8,8)
Estado civil	
Solteiro	48 (19,1)
Casado	149 (59,4)
União estável	23 (9,2)
Divorciado	31 (12,4)
Vínculo com TRT6 Saúde	
Titular	216 (86,1)
Dependente	31 (12,4)
Agregado	4 (1,6)

Fonte: Elaborada pela autora (2025)

6.2 Percepção dos beneficiários do TRT6 Saúde

Na Tabela 2, estão apresentados os dados sobre a satisfação dos participantes em relação a diversos aspectos do atendimento na clínica, contidos nas 13 afirmações.

Os resultados evidenciaram que exceto na afirmação “Q12. Encaminhamento para especialistas quando necessário”, que os percentuais foram iguais a 35,5% nas duas categorias *Satisfeito* e *Indiferente*.

Em todas as demais afirmações as duas alternativas com respostas mais frequentes foram *Muito satisfeito* ou *Satisfeito*, tendo percentuais mais elevados na categoria *Muito satisfeito* nas afirmações: “Q4. Atenção que os profissionais de saúde

dão às suas preocupações e dúvidas” (47,4%), “Q1. Facilidade de agendamento de consultas na clínica” (45,4%), “Q7. Competência técnica dos profissionais de saúde” (43,4%) e “Q2. Tempo de espera para ser atendido na clínica” (41,4%) e na categoria *Satisfeito* nas afirmações “Q13. Comunicação e retorno de informações” (42,2%), “Q3. Eficácia no atendimento às suas necessidades de saúde pela equipe” (41,4%) e “Q5. Capacidade do tratamento prescrito em resolver seus problemas de saúde” (40,2%).

Na categoria *Muito satisfeito* o menor percentual (27,5%) correspondeu à “Q12. Encaminhamento para especialistas quando necessário” e nas demais afirmações os percentuais das duas categorias citadas variaram de 32,3% a 39,4%; o terceiro maior percentual foi atribuído a categoria *Indiferente* e exceto a afirmação Q12, nas demais sentenças os percentuais variaram de 16,3% a 25,1% e na alternativa *Insatisfeito* as frequências percentuais variaram de 0,8% a 4,4% e na alternativa *Muito insatisfeito* de 0,8% a 2,0%.

A partir dos resultados contidos na Tabela 2, das 3.263 respostas atribuídas pelos 251 pesquisados nas 13 afirmações pode ser verificado, 2451 (75,1%) avaliaram estar satisfeitos (*Muito satisfeito* ou *Satisfeito*), 695 (21,3%) corresponderam a resposta indiferente e 117 (3,6%) restante se consideravam insatisfeitos (*Insatisfeito* ou *Muito insatisfeito*).

Tabela 2 – Resultados das questões sobre satisfação no grupo total

Quão satisfeito você está quanto:	Resposta				
	Muito satisfeito	Satisfeito	Indiferente	Insatisfeito	Muito insatisfeito
	n (%) ⁽¹⁾				
Q1. Facilidade de agendamento de consultas na clínica	114 (45,4)	87 (34,7)	44 (17,5)	3 (1,2)	3 (1,2)
Q2. Tempo de espera para ser atendido na clínica	104 (41,4)	91 (36,3)	49 (19,5)	4 (1,6)	3 (1,2)
Q3. Eficácia no atendimento às suas necessidades de saúde pela equipe	95 (37,8)	104 (41,4)	42 (16,7)	7 (2,8)	3 (1,2)
Q4. Atenção que os profissionais de saúde dão às suas preocupações e dúvidas	119 (47,4)	85 (33,9)	41 (16,3)	4 (1,6)	2 (0,8)
Q5. Capacidade do tratamento prescrito em resolver seus problemas de saúde	90 (35,9)	101 (40,2)	49 (19,5)	9 (3,6)	2 (0,8)

(1) Os valores percentuais foram obtidos do número total de 251 pesquisados.

Tabela 2 – Resultados das questões sobre satisfação no grupo total

	(Conclusão)				
Q6. Clareza das informações fornecidas sobre a sua condição de saúde e o tratamento necessário	99 (39,4)	96 (38,2)	46 (18,3)	7 (2,8)	3 (1,2)
Q7. Competência técnica dos profissionais de saúde	109 (43,4)	93 (37,1)	45 (17,9)	2 (0,8)	2 (0,8)
Q8. Acompanhamento do seu tratamento e saúde geral	82 (32,7)	97 (38,6)	57 (22,7)	11 (4,4)	4 (1,6)
Q9. Infraestrutura e os recursos disponíveis	81 (32,3)	99 (39,4)	63 (25,1)	5 (2,0)	3 (1,2)
Q10. Ambiente acolhedor e confortável	98 (39,0)	89 (35,5)	60 (23,9)	2 (0,8)	2 (0,8)
Q11. Programas de prevenção e promoção da saúde	83 (33,1)	91 (36,3)	61 (24,3)	11 (4,4)	5 (2,0)
Q12. Encaminhamento para especialistas quando necessário	69 (27,5)	84 (33,5)	89 (35,5)	6 (2,4)	3 (1,2)
Q13. Comunicação e retorno de informações	85 (33,9)	106 (42,2)	49 (19,5)	8 (3,2)	3 (1,2)

(2) Os valores percentuais foram obtidos do número total de 251 pesquisados.

Fonte: Elaborada pela autora (2025)

A Tabela 3 apresenta a avaliação dos participantes quanto às sugestões de profissionais e serviços que gostariam que fossem oferecidos na clínica, além da percepção sobre o aumento do autocuidado e comprometimento com a saúde após o atendimento.

Desta tabela destaca-se que as especialidades mais citadas foram: geriatra (6,8%), endocrinologia/gastrointestinal (6,8%), fisioterapeuta e ginecologista cada um citado por 6,0%, cardiologista (5,2%), psiquiatria e psicologia cada um com 4,8%, nutricionista/nutrologia (4,0%) e as demais especialidade foram sugeridas por percentuais que variaram de 1,2% a 2,8%. Além disso 95 participantes (37,8%) não forneceram sugestões, indicando um possível grau de satisfação com os serviços já disponíveis.

No que se refere à percepção sobre o autocuidado e comprometimento com a saúde, 32,3% participantes afirmaram que sim, percebendo um impacto positivo após o atendimento, entretanto 35,9% não informaram sua opinião, o que pode indicar desconhecimento quanto a essa questão, outros 49 participantes (19,5%) deram respostas distintas das opções apresentadas e os 12,4% demais relataram que não perceberam mudanças em seu autocuidado.

Tabela 3 – Avaliação das questões “Q14 - Quais profissionais e serviços você gostaria que fossem oferecidos pela clínica para atender às suas necessidades de saúde?” e “Q15 - Percebe se aumentou seu autocuidado e comprometimento com sua saúde, depois que passou a ser atendido pelos profissionais da clínica?”

Variável	n (%)
TOTAL	251 (100,0)
Q14. Quais profissionais e serviços você gostaria que fossem oferecidos pela clínica para atender às suas necessidades de saúde?⁽¹⁾	
Geriatra	17 (6,8)
Endócrino/Gastrointestinal	17 (6,8)
Fisioterapeuta	15 (6,0)
Ginecologista	15 (6,8)
Cardiologista	13 (5,2)
Psiquiatra	12 (4,8)
Psicólogo	12 (4,8)
Nutricionista/Nutrólogo	10 (4,0)
Odontologia	10 (4,0)
Neurocirurgião	7 (2,8)
Pediatra	6 (2,4)
Vacinas	5 (2,0)
Dermatologia	5 (2,0)
Ortopedia	5 (2,0)
Clínica médica	5 (2,0)
Oftalmologista	3 (1,2)
Otorrino	3 (1,2)
Outra resposta	31 (12,4)
Não forneceu sugestões	95 (37,8)
Q15. Percebe se aumentou seu autocuidado e comprometimento com sua saúde, depois que passou a ser atendido pelos profissionais da clínica?	
Sim	81 (32,3)
Não	31 (12,4)
Outra resposta	49 (19,5)
Não informado	90 (35,9)

(1) Considerando a ocorrência de respostas múltiplas a soma das frequências é superior ao total.

Fonte: Elaborada pela autora (2025)

As Tabelas de 4 a 8 apresentam os resultados comparativos de cada uma das afirmações sobre satisfação, segundo as variáveis de caracterização dos participantes: faixa etária, sexo, nível de escolaridade, estado civil e vínculo com o TRT6 Saúde.

Na Tabela 4 não foram registradas diferenças significativas ($p > 0,05$) entre a faixa etária e as questões de satisfação.

Tabela 4 – Avaliação do questionário de satisfação segundo a faixa etária

(Continua)

Quão satisfeito você está quanto:	Resposta	Faixa etária			Valor de p
		19 a 39 n (%)	40 a 59 n (%)	60 a 89 n (%)	
	TOTAL	34 (100,0)	152 (100,0)	65 (100,0)	
Q1. Facilidade de agendamento de consultas na clínica	Muito satisfeito	18 (52,9)	73 (48,0)	23 (35,4)	p⁽¹⁾ = 0,176
	Satisfeito	10 (29,4)	51 (33,6)	26 (40,0)	
	Indiferente	6 (17,6)	23 (15,1)	15 (23,1)	
	Insatisfeito	-	2 (1,3)	1 (1,5)	
	Muito insatisfeito	-	3 (2,0)	-	
Q2. Tempo de espera para ser atendido na clínica	Muito satisfeito	13 (38,2)	67 (44,1)	24 (36,9)	p⁽¹⁾ = 0,703
	Satisfeito	14 (41,2)	52 (34,2)	25 (38,5)	
	Indiferente	5 (14,7)	28 (18,4)	16 (24,6)	
	Insatisfeito	2 (5,9)	2 (1,3)	-	
	Muito insatisfeito	-	3 (2)	-	
Q3. Eficácia no atendimento às suas necessidades de saúde pela equipe	Muito satisfeito	11 (32,4)	61 (40,1)	23 (35,4)	p⁽¹⁾ = 0,437
	Satisfeito	14 (41,2)	63 (41,4)	27 (41,5)	
	Indiferente	7 (20,6)	24 (15,8)	11 (16,9)	
	Insatisfeito	2 (5,9)	1 (0,7)	4 (6,2)	
	Muito insatisfeito	-	3 (2,0)	-	
Q4. Atenção que os profissionais de saúde dão às suas preocupações e dúvidas	Muito satisfeito	13 (38,2)	77 (50,7)	29 (44,6)	p⁽¹⁾ = 0,446
	Satisfeito	13 (38,2)	48 (31,6)	24 (36,9)	
	Indiferente	8 (23,5)	22 (14,5)	11 (16,9)	
	Insatisfeito	-	3 (2,0)	1 (1,5)	
	Muito insatisfeito	-	2 (1,3)	-	
Q5. Capacidade do tratamento prescrito em resolver seus problemas de saúde	Muito satisfeito	9 (26,5)	60 (39,5)	21 (32,3)	p⁽¹⁾ = 0,309
	Satisfeito	14 (41,2)	57 (37,5)	30 (46,2)	
	Indiferente	9 (26,5)	28 (18,4)	12 (18,5)	
	Insatisfeito	2 (5,9)	5 (3,3)	2 (3,1)	
	Muito insatisfeito	-	2 (1,3)	-	
Q6. Clareza das informações fornecidas sobre a sua condição de saúde e o tratamento necessário	Muito satisfeito	12 (35,3)	59 (38,8)	28 (43,1)	p⁽¹⁾ = 0,702
	Satisfeito	12 (35,3)	63 (41,4)	21 (32,3)	
	Indiferente	9 (26,5)	21 (13,8)	16 (24,6)	
	Insatisfeito	1 (2,9)	6 (3,9)	-	
	Muito insatisfeito	-	3 (2,0)	-	

Tabela 4 – Avaliação do questionário de satisfação segundo a faixa etária

(Conclusão)

Q7. Competência técnica dos profissionais de saúde	Muito satisfeito	15 (44,1)	67 (44,1)	27 (41,5)	p⁽¹⁾ = 0,870
	Satisfeito	11 (32,4)	58 (38,2)	24 (36,9)	
	Indiferente	8 (23,5)	24 (15,8)	13 (20)	
	Insatisfeito	-	1 (0,7)	1 (1,5)	
	Muito insatisfeito	-	2 (1,3)	-	
Q8. Acompanhamento do seu tratamento e saúde geral	Muito satisfeito	9 (26,5)	55 (36,2)	18 (27,7)	p⁽¹⁾ = 0,640
	Satisfeito	14 (41,2)	54 (35,5)	29 (44,6)	
	Indiferente	9 (26,5)	32 (21,1)	16 (24,6)	
	Insatisfeito	1 (2,9)	8 (5,3)	2 (3,1)	
	Muito insatisfeito	1 (2,9)	3 (2,0)	-	
Q9. Infraestrutura e os recursos disponíveis	Muito satisfeito	12 (35,3)	50 (32,9)	19 (29,2)	p⁽¹⁾ = 0,959
	Satisfeito	10 (29,4)	59 (38,8)	30 (46,2)	
	Indiferente	11 (32,4)	36 (23,7)	16 (24,6)	
	Insatisfeito	1 (2,9)	4 (2,6)	-	
	Muito insatisfeito	-	3 (2,0)	-	
Q10. Ambiente acolhedor e confortável	Muito satisfeito	13 (38,2)	57 (37,5)	28 (43,1)	p⁽¹⁾ = 0,706
	Satisfeito	10 (29,4)	57 (37,5)	22 (33,8)	
	Indiferente	11 (32,4)	35 (23,0)	14 (21,5)	
	Insatisfeito	-	1 (0,7)	1 (1,5)	
	Muito insatisfeito	-	2 (1,3)	-	
Q11. Programas de prevenção e promoção da saúde	Muito satisfeito	11 (32,4)	47 (30,9)	25 (38,5)	p⁽¹⁾ = 0,525
	Satisfeito	12 (35,3)	57 (37,5)	22 (33,8)	
	Indiferente	9 (26,5)	36 (23,7)	16 (24,6)	
	Insatisfeito	2 (5,9)	7 (4,6)	2 (3,1)	
	Muito insatisfeito	-	5 (3,3)	-	
Q12. Encaminhamento para especialistas quando necessário	Muito satisfeito	9 (26,5)	41 (27,0)	19 (29,2)	p⁽¹⁾ = 0,565
	Satisfeito	12 (35,3)	48 (31,6)	24 (36,9)	
	Indiferente	12 (35,3)	55 (36,2)	22 (33,8)	
	Insatisfeito	1 (2,9)	5 (3,3)	-	
	Muito insatisfeito	-	3 (2,0)	-	
Q13. Comunicação e retorno de informações	Muito satisfeito	10 (29,4)	53 (34,9)	22 (33,8)	p⁽¹⁾ = 0,589
	Satisfeito	13 (38,2)	65 (42,8)	28 (43,1)	
	Indiferente	9 (26,5)	26 (17,1)	14 (21,5)	
	Insatisfeito	2 (5,9)	5 (3,3)	1 (1,5)	
	Muito insatisfeito	-	3 (2,0)	-	

(1) Teste Kruskal Wallis.

Fonte: Elaborada pela autora (2025)

A Tabela 5 mostra diferenças significativas entre os sexos nas afirmações “Q1. Facilidade de agendamento de consultas na clínica”, “Q2. Tempo de espera para ser atendido na clínica”, “Q3. Eficácia no atendimento às suas necessidades de saúde pela equipe” e “Q7. Competência técnica dos profissionais de saúde” e para as referidas afirmações se destacam as maiores diferenças percentuais entre os sexos: na Q1 o percentual de respostas atribuídas a categoria *Muito satisfeito* foi mais elevado no sexo feminino do que no sexo masculino (52,4% x 36,1%), enquanto na categoria indiferente o valor mais elevado no sexo masculino do que feminino (26,9% x 10,5%); na Q2 o percentual atribuído a resposta *Muito satisfeito* foi mais elevado no sexo feminino do que no masculino (46,9% x 34,3%), ao contrário da categoria *Indiferente* foi mais elevado no sexo masculino (25,9% x 14,7%); na Q3 o percentual que respondeu a alternativa *Muito satisfeito* foi mais elevado no sexo feminino do que no masculino (45,5% x 27,8%), enquanto na categorias *Satisfeito* e *Indiferente* apresentaram valores correspondentemente mais elevados no sexo masculino do que no feminino (48,1% x 36,4% para *Satisfeito* e 20,4% x 14,0% para *Insatisfeito*); na Q7 o percentual na categoria *Muito satisfeito* foi mais elevado no sexo feminino (49,7% x 35,2%), enquanto na categoria *Indiferente* foi mais elevado no sexo masculino (24,1% x 13,3%).

Tabela 5 – Avaliação do questionário de satisfação segundo o sexo

(Continua)

Quão satisfeito você está quanto:	Resposta	Faixa etária		Valor de p
		Masculino n (%)	Feminino n (%)	
	TOTAL	108 (100,0)	143 (100,0)	
Q1. Facilidade de agendamento de consultas na clínica	Muito satisfeito	39 (36,1)	75 (52,4)	p⁽¹⁾ = 0,002*
	Satisfeito	38 (35,2)	49 (34,3)	
	Indiferente	29 (26,9)	15 (10,5)	
	Insatisfeito	2 (1,9)	1 (0,7)	
	Muito insatisfeito	-	3 (2,1)	
Q2. Tempo de espera para ser atendido na clínica	Muito satisfeito	37 (34,3)	67 (46,9)	p⁽¹⁾ = 0,020*
	Satisfeito	40 (37,0)	51 (35,7)	
	Indiferente	28 (25,9)	21 (14,7)	
	Insatisfeito	2 (1,9)	2 (1,4)	
	Muito insatisfeito	1 (0,9)	2 (1,4)	

Tabela 5 – Avaliação do questionário de satisfação segundo o sexo

(Continua)

Q3. Eficácia no atendimento às suas necessidades de saúde pela equipe	Muito satisfeito	30 (27,8)	65 (45,5)	p⁽¹⁾ = 0,011*
	Satisfeito	52 (48,1)	52 (36,4)	
	Indiferente	22 (20,4)	20 (14,0)	
	Insatisfeito	3 (2,8)	4 (2,8)	
	Muito insatisfeito	1 (0,9)	2 (1,4)	
Q4. Atenção que os profissionais de saúde dão às suas preocupações e dúvidas	Muito satisfeito	45 (41,7)	74 (51,7)	p⁽¹⁾ = 0,104
	Satisfeito	39 (36,1)	46 (32,2)	
	Indiferente	22 (20,4)	19 (13,3)	
	Insatisfeito	2 (1,9)	2 (1,4)	
	Muito insatisfeito	-	2 (1,4)	
Q5. Capacidade do tratamento prescrito em resolver seus problemas de saúde	Muito satisfeito	35 (32,4)	55 (38,5)	p⁽¹⁾ = 0,180
	Satisfeito	42 (38,9)	59 (41,3)	
	Indiferente	27 (25,0)	22 (15,4)	
	Insatisfeito	4 (3,7)	5 (3,5)	
	Muito insatisfeito	-	2 (1,4)	
Q6. Clareza das informações fornecidas sobre a sua condição de saúde e o tratamento necessário	Muito satisfeito	38 (35,2)	61 (42,7)	p⁽¹⁾ = 0,119
	Satisfeito	40 (37,0)	56 (39,2)	
	Indiferente	27 (25,0)	19 (13,3)	
	Insatisfeito	2 (1,9)	5 (3,5)	
	Muito insatisfeito	1 (0,9)	2 (1,4)	
Q7. Competência técnica dos profissionais de saúde	Muito satisfeito	38 (35,2)	71 (49,7)	p⁽¹⁾ = 0,023*
	Satisfeito	44 (40,7)	49 (34,3)	
	Indiferente	26 (24,1)	19 (13,3)	
	Insatisfeito	-	2 (1,4)	
	Muito insatisfeito	-	2 (1,4)	
Q8. Acompanhamento do seu tratamento e saúde geral	Muito satisfeito	31 (28,7)	51 (35,7)	p⁽¹⁾ = 0,111
	Satisfeito	40 (37,0)	57 (39,9)	
	Indiferente	30 (27,8)	27 (18,9)	
	Insatisfeito	6 (5,6)	5 (3,5)	
	Muito insatisfeito	1 (0,9)	3 (2,1)	

Tabela 5 – Avaliação do questionário de satisfação segundo o sexo

(Conclusão)

Q9. Infraestrutura e os recursos disponíveis	Muito satisfeito	31 (28,7)	50 (35,0)	p⁽¹⁾ = 0,158
	Satisfeito	42 (38,9)	57 (39,9)	
	Indiferente	30 (27,8)	33 (23,1)	
	Insatisfeito	4 (3,7)	1 (0,7)	
	Muito insatisfeito	1 (0,9)	2 (1,4)	
Q10. Ambiente acolhedor e confortável	Muito satisfeito	39 (36,1)	59 (41,3)	p⁽¹⁾ = 0,205
	Satisfeito	36 (33,3)	53 (37,1)	
	Indiferente	32 (29,6)	28 (19,6)	
	Insatisfeito	1 (0,9)	1 (0,7)	
	Muito insatisfeito	-	2 (1,4)	
Q11. Programas de prevenção e promoção da saúde	Muito satisfeito	35 (32,4)	48 (33,6)	p⁽¹⁾ = 0,607
	Satisfeito	36 (33,3)	55 (38,5)	
	Indiferente	32 (29,6)	29 (20,3)	
	Insatisfeito	4 (3,7)	7 (4,9)	
	Muito insatisfeito	1 (0,9)	4 (2,8)	
Q12. Encaminhamento para especialistas quando necessário	Muito satisfeito	27 (25,0)	42 (29,4)	p⁽¹⁾ = 0,562
	Satisfeito	36 (33,3)	48 (33,6)	
	Indiferente	44 (40,7)	45 (31,5)	
	Insatisfeito	-	6 (4,2)	
	Muito insatisfeito	1 (0,9)	2 (1,4)	
Q13. Comunicação e retorno de informações	Muito satisfeito	35 (32,4)	50 (35,0)	p⁽¹⁾ = 0,369
	Satisfeito	43 (39,8)	63 (44,1)	
	Indiferente	25 (23,1)	24 (16,8)	
	Insatisfeito	4 (3,7)	4 (2,8)	
	Muito insatisfeito	1 (0,9)	2 (1,4)	

(1) **Teste Mann-Whitney.**

Fonte: Elaborada pela autora (2025)

Na Tabela 6 foram verificadas diferenças significativas entre os níveis de escolaridade nas afirmações Q7, Q8 e Q11 e nas referidas afirmações se enfatiza as maiores diferenças percentuais: na Q7 o percentual da alternativa de resposta na categoria *Muito satisfeito* foi menos elevado (38,1%) entre os que tinham Especialização e variou de 48,4% a 51,6% nas outras três categorias da escolaridade,

por outro lado o maior percentual (23,9%) registrado na categoria *Indiferente* ocorreu nos que tinham *Especialização*, seguido dos que tinham nível superior (15,6%) e variou de 4,5% a 6,5% nas outras duas categorias da escolaridade; na Q8 na categoria *Muito satisfeito* os percentuais foram mais elevados (variaram de 40,9% a 42,2%) entre os que tinham curso Superior ou Médio e variaram de 27,6% a 29,0% nas outras duas categorias da escolaridade, enquanto na categoria *Satisfeito* foram mais elevados nos que tinham Doutorado/Mestrado ou curso Superior (valores de 45,5% a 48,4%), sendo que este valor foi de 35,9% a 36,6% nos que tinham Especialização ou curso Superior e os percentuais dos que responderam ser *Indiferentes* foram mais elevados nas categorias Especialização (26,9%) e curso Superior (21,9%) e variou de 9,1% a 16,1% nas outras duas categorias da escolaridade; na Q11 na categoria *Muito satisfeito* os percentuais foram mais elevados (os valores variaram de 40,9% a 42,2%) entre os que tinham curso Superior ou Médio e variaram de 28,4% a 29,0% nas outras duas categorias da escolaridade, na categoria *Satisfeito* o maior percentual (51,6%) ocorreu nos que tinham Doutorado/Mestrado, enquanto este percentual variou de 33,6% a 36,4% nas outras três categorias da escolaridade e o percentual na categoria *Insatisfeito* foi menos elevado (9,7%) no grupo dos que tinham Doutorado/Mestrado e variou de 22,7% a 28,4% nas outras três categorias da escolaridade.

Tabela 6 – Avaliação do questionário de satisfação segundo o nível de escolaridade

(Continua)

Quão satisfeito você está quanto:	Resposta	Nível de escolaridade				Valor de p
		Doutorado/ Mestrado n (%)	Especialização n (%)	Superior n (%)	Médio	
	TOTAL	31 (100,0)	134 (100,0)	64 (100,0)	22 (100,0)	
Q1. Facilidade de agendamento de consultas na clínica	Muito satisfeito	15 (48,4)	59 (44,0)	31 (48,4)	9 (40,9)	p⁽¹⁾ = 0,718
	Satisfeito	12 (38,7)	43 (32,1)	22 (34,4)	10 (45,5)	
	Indiferente	3 (9,7)	27 (20,1)	11 (17,2)	3 (13,6)	
	Insatisfeito	1 (3,2)	2 (1,5)	-	-	
	Muito insatisfeito	-	3 (2,2)	-	-	

Tabela 6 – Avaliação do questionário de satisfação segundo o nível de escolaridade

(Continua)

Q2. Tempo de espera para ser atendido na clínica	Muito satisfeito	11 (35,5)	54 (40,3)	31 (48,4)	8 (36,4)	p⁽¹⁾ = 0,813
	Satisfeito	16 (51,6)	47 (35,1)	18 (28,1)	10 (45,5)	
	Indiferente	3 (9,7)	27 (20,1)	15 (23,4)	4 (18,2)	
	Insatisfeito	-	4 (3,0)	-	-	
	Muito insatisfeito	1 (3,2)	2 (1,5)	-	-	
Q3. Eficácia no atendimento às suas necessidades de saúde pela equipe	Muito satisfeito	9 (29,0)	47 (35,1)	31 (48,4)	8 (36,4)	p⁽¹⁾ = 0,491
	Satisfeito	18 (58,1)	56 (41,8)	20 (31,3)	10 (45,5)	
	Indiferente	3 (9,7)	25 (18,7)	11 (17,2)	3 (13,6)	
	Insatisfeito	-	4 (3,0)	2 (3,1)	1 (4,5)	
	Muito insatisfeito	1 (3,2)	2 (1,5)	-	-	
Q4. Atenção que os profissionais de saúde dão às suas preocupações e dúvidas	Muito satisfeito	16 (51,6)	60 (44,8)	33 (51,6)	10 (45,5)	p⁽¹⁾ = 0,583
	Satisfeito	11 (35,5)	44 (32,8)	21 (32,8)	9 (40,9)	
	Indiferente	4 (12,9)	25 (18,7)	9 (14,1)	3 (13,6)	
	Insatisfeito	-	3 (2,2)	1 (1,6)	-	
	Muito insatisfeito	-	2 (1,5)	-	-	
Q5. Capacidade do tratamento prescrito em resolver seus problemas de saúde	Muito satisfeito	12 (38,7)	44 (32,8)	27 (42,2)	7 (31,8)	p⁽¹⁾ = 0,300
	Satisfeito	15 (48,4)	51 (38,1)	24 (37,5)	11 (50,0)	
	Indiferente	3 (9,7)	31 (23,1)	12 (18,8)	3 (13,6)	
	Insatisfeito	1 (3,2)	6 (4,5)	1 (1,6)	1 (4,5)	
	Muito insatisfeito	-	2 (1,5)	-	-	
Q6. Clareza das informações fornecidas sobre a sua condição de saúde e o tratamento necessário	Muito satisfeito	13 (41,9)	47 (35,1)	30 (46,9)	9 (40,9)	p⁽¹⁾ = 0,168
	Satisfeito	15 (48,4)	49 (36,6)	23 (35,9)	9 (40,9)	
	Indiferente	1 (3,2)	31 (23,1)	10 (15,6)	4 (18,2)	
	Insatisfeito	1 (3,2)	5 (3,7)	1 (1,6)	-	
	Muito insatisfeito	1 (3,2)	2 (1,5)	-	-	

Tabela 6 – Avaliação do questionário de satisfação segundo o nível de escolaridade

(Continua)

Q7. Competência técnica dos profissionais de saúde		(A)	(B)	(AB)	(AB)	p⁽¹⁾ = 0,046*
	Muito satisfeito	16 (51,6)	51 (38,1)	31 (48,4)	11 (50,0)	
	Satisfeito	13 (41,9)	47 (35,1)	23 (35,9)	10 (45,5)	
	Indiferente	2 (6,5)	32 (23,9)	10 (15,6)	1 (4,5)	
	Insatisfeito	-	2 (1,5)	-	-	
	Muito insatisfeito	-	2 (1,5)	-	-	
Q8. Acompanhamento do seu tratamento e saúde geral		(AB)	(A)	(B)	(AB)	p⁽¹⁾ = 0,033*
	Muito satisfeito	9 (29,0)	37 (27,6)	27 (42,2)	9 (40,9)	
	Satisfeito	15 (48,4)	49 (36,6)	23 (35,9)	10 (45,5)	
	Indiferente	5 (16,1)	36 (26,9)	14 (21,9)	2 (9,1)	
	Insatisfeito	1 (3,2)	9 (6,7)	-	1 (4,5)	
	Muito insatisfeito	1 (3,2)	3 (2,2)	-	-	
Q9. Infraestrutura e os recursos disponíveis						p⁽¹⁾ = 0,077
	Muito satisfeito	12 (38,7)	39 (29,1)	24 (37,5)	6 (27,3)	
	Satisfeito	15 (48,4)	47 (35,1)	27 (42,2)	10 (45,5)	
	Indiferente	3 (9,7)	42 (31,3)	13 (20,3)	5 (22,7)	
	Insatisfeito	-	4 (3,0)	-	1 (4,5)	
	Muito insatisfeito	1 (3,2)	2 (1,5)	-	-	
Q10. Ambiente acolhedor e confortável						p⁽¹⁾ = 0,130
	Muito satisfeito	12 (38,7)	48 (35,8)	30 (46,9)	8 (36,4)	
	Satisfeito	16 (51,6)	42 (31,3)	23 (35,9)	8 (36,4)	
	Indiferente	3 (9,7)	42 (31,3)	10 (15,6)	5 (22,7)	
	Insatisfeito	-	-	1 (1,6)	1 (4,5)	
	Muito insatisfeito	-	2 (1,5)	-	-	
Q11. Programas de prevenção e promoção da saúde		(AB)	(A)	(B)	(AB)	p⁽¹⁾ = 0,047*
	Muito satisfeito	9 (29,0)	38 (28,4)	27 (42,2)	9 (40,9)	
	Satisfeito	16 (51,6)	45 (33,6)	22 (34,4)	8 (36,4)	
	Indiferente	3 (9,7)	38 (28,4)	15 (23,4)	5 (22,7)	
	Insatisfeito	1 (3,2)	10 (7,5)	-	-	
	Muito insatisfeito	2 (6,5)	3 (2,2)	-	-	

Tabela 6 – Avaliação do questionário de satisfação segundo o nível de escolaridade

(Conclusão)

Q12. Encaminhamento para especialistas quando necessário	Muito satisfeito	8 (25,8)	36 (26,9)	19 (29,7)	6 (27,3)	p⁽¹⁾ = 0,647
	Satisfeito	14 (45,2)	40 (29,9)	20 (31,3)	10 (45,5)	
	Indiferente	8 (25,8)	52 (38,8)	23 (35,9)	6 (27,3)	
	Insatisfeito	-	4 (3,0)	2 (3,1)	-	
	Muito insatisfeito	1 (3,2)	2 (1,5)	-	-	
Q13. Comunicação e retorno de informações	Muito satisfeito	10 (32,3)	40 (29,9)	28 (43,8)	7 (31,8)	p⁽¹⁾ = 0,191
	Satisfeito	14 (45,2)	57 (42,5)	24 (37,5)	11 (50,0)	
	Indiferente	6 (19,4)	27 (20,1)	12 (18,8)	4 (18,2)	
	Insatisfeito	-	8 (6,0)	-	-	
	Muito insatisfeito	1 (3,2)	2 (1,5)	-	-	

(*) Diferença significativa a 5,0%

(1) Teste Kruskal Wallis

Obs. Se todas as letras entre parênteses são distintas, comprova-se diferença significativa entre os resultados correspondentes pelas comparações pareadas do referido teste.

Fonte: Elaborada pela autora (2025)

Na Tabela 7 pode ser verificado diferenças significativas entre os solteiros em relação aos casados/união estável nas afirmações Q1, Q7, Q10, Q12 e Q13 e nestas afirmações se destacam as maiores diferenças percentuais. Na Q1 na categoria *Muito satisfeito* o percentual entre os Solteiros do que os Casados/União estável (53,2% x 41,9%), enquanto o valor dos que atribuíram a resposta *Indiferente* foi mais elevado nos que eram Casados/União estável do que nos Solteiros (19,8% x 12,7%); na Q7 nas categorias *Muito satisfeito* e *Satisfeito* os percentuais foram correspondentemente mais elevados entre os Solteiros do que os Casados/União estável (53,2% x 39,0% para *Muito satisfeito* e 39,5% x 31,6% para *Satisfeito*), enquanto o valor dos que atribuíram a resposta *Indiferente* foi mais elevado nos que eram Casados/União estável do que nos Solteiros (19,8% x 13,9%); na Q10 o percentual na categoria *Muito satisfeito* foi mais elevado entre os Solteiros do que os que eram Casados/União estável (48,1% x 34,9%), enquanto o percentual na alternativa *Insatisfeito* foi mais elevado entre os Casados/União estável do que Solteiros (26,7% x 17,7%); na Q12 na resposta *Muito satisfeito*, o percentual foi mais elevado entre os Solteiros (35,4%)

do que entre os Casados/União estável (23,8%), enquanto o percentual dos que responderam Indiferente foi mais elevado entre os Casados/União estável do que Solteiros (39,0% x 27,8%); na Q13 nas categorias *Muito Satisfeito* e *Indiferente*, sendo que na resposta *Muito satisfeito* o percentual foi maior entre os Solteiros do que Casados/União estável (40,5% x 30,8%) e na categoria *Indiferente* o percentual foi mais elevado entre os Casados/União estável (22,1% x 13,9%).

Tabela 7 – Avaliação do questionário de satisfação segundo o estado civil

(Continua)

Quão satisfeito você está quanto:	Resposta	Estado civil		Valor de p
		Solteiro n (%)	Casado/ União estável n (%)	
	TOTAL	79 (100,0)	172 (100,0)	
Q1. Facilidade de agendamento de consultas na clínica	Muito satisfeito	42 (53,2)	72 (41,9)	p⁽¹⁾ = 0,036*
	Satisfeito	27 (34,2)	60 (34,9)	
	Indiferente	10 (12,7)	34 (19,8)	
	Insatisfeito	-	3 (1,7)	
	Muito insatisfeito	-	3 (1,7)	
Q2. Tempo de espera para ser atendido na clínica	Muito satisfeito	33 (41,8)	71 (41,3)	p⁽¹⁾ = 0,271
	Satisfeito	35 (44,3)	56 (32,6)	
	Indiferente	11 (13,9)	38 (22,1)	
	Insatisfeito	-	4 (2,3)	
	Muito insatisfeito	-	3 (1,7)	
Q3. Eficácia no atendimento às suas necessidades de saúde pela equipe	Muito satisfeito	31 (39,2)	64 (37,2)	p⁽¹⁾ = 0,306
	Satisfeito	36 (45,6)	68 (39,5)	
	Indiferente	12 (15,2)	30 (17,4)	
	Insatisfeito	-	7 (4,1)	
	Muito insatisfeito	-	3 (1,7)	
Q4. Atenção que os profissionais de saúde dão às suas preocupações e dúvidas	Muito satisfeito	44 (55,7)	75 (43,6)	p⁽¹⁾ = 0,054
	Satisfeito	24 (30,4)	61 (35,5)	
	Indiferente	11 (13,9)	30 (17,4)	
	Insatisfeito	-	4 (2,3)	
	Muito insatisfeito	-	2 (1,2)	

Tabela 7 – Avaliação do questionário de satisfação segundo o estado civil

				(Continua)
Q5. Capacidade do tratamento prescrito em resolver seus problemas de saúde	Muito satisfeito	30 (38,0)	60 (34,9)	p⁽¹⁾ = 0,491
	Satisfeito	32 (40,5)	69 (40,1)	
	Indiferente	15 (19,0)	34 (19,8)	
	Insatisfeito	2 (2,5)	7 (4,1)	
	Muito insatisfeito	-	2 (1,2)	
Q6. Clareza das informações fornecidas sobre a sua condição de saúde e o tratamento necessário	Muito satisfeito	36 (45,6)	63 (36,6)	p⁽¹⁾ = 0,115
	Satisfeito	29 (36,7)	67 (39,0)	
	Indiferente	13 (16,5)	33 (19,2)	
	Insatisfeito	1 (1,3)	6 (3,5)	
	Muito insatisfeito	-	3 (1,7)	
Q7. Competência técnica dos profissionais de saúde	Muito satisfeito	42 (53,2)	67 (39,0)	p⁽¹⁾ = 0,039*
	Satisfeito	25 (31,6)	68 (39,5)	
	Indiferente	11 (13,9)	34 (19,8)	
	Insatisfeito	1 (1,3)	1 (0,6)	
	Muito insatisfeito	-	2 (1,2)	
Q8. Acompanhamento do seu tratamento e saúde geral	Muito satisfeito	31 (39,2)	51 (29,7)	p⁽¹⁾ = 0,165
	Satisfeito	28 (35,4)	69 (40,1)	
	Indiferente	16 (20,3)	41 (23,8)	
	Insatisfeito	4 (5,1)	7 (4,1)	
	Muito insatisfeito	-	4 (2,3)	
Q9. Infraestrutura e os recursos disponíveis	Muito satisfeito	30 (38,0)	51 (29,7)	p⁽¹⁾ = 0,066
	Satisfeito	32 (40,5)	67 (39,0)	
	Indiferente	17 (21,5)	46 (26,7)	
	Insatisfeito	-	5 (2,9)	
	Muito insatisfeito	-	3 (1,7)	
Q10. Ambiente acolhedor e confortável	Muito satisfeito	38 (48,1)	60 (34,9)	p⁽¹⁾ = 0,034*
	Satisfeito	26 (32,9)	63 (36,6)	
	Indiferente	14 (17,7)	46 (26,7)	
	Insatisfeito	1 (1,3)	1 (0,6)	
	Muito insatisfeito	-	2 (1,2)	
Q11. Programas de prevenção e promoção da saúde	Muito satisfeito	28 (35,4)	55 (32,0)	p⁽¹⁾ = 0,272
	Satisfeito	32 (40,5)	59 (34,3)	
	Indiferente	14 (17,7)	47 (27,3)	
	Insatisfeito	3 (3,8)	8 (4,7)	
	Muito insatisfeito	2 (2,5)	3 (1,7)	

Tabela 7 – Avaliação do questionário de satisfação segundo o estado civil

				(Conclusão)
Q12. Encaminhamento para especialistas quando necessário	Muito satisfeito	28 (35,4)	41 (23,8)	p⁽¹⁾ = 0,013*
	Satisfeito	28 (35,4)	56 (32,6)	
	Indiferente	22 (27,8)	67 (39,0)	
	Insatisfeito	1 (1,3)	5 (2,9)	
	Muito insatisfeito	-	3 (1,7)	
Q13. Comunicação e retorno de informações	Muito satisfeito	32 (40,5)	53 (30,8)	p⁽¹⁾ = 0,026*
	Satisfeito	35 (44,3)	71 (41,3)	
	Indiferente	11 (13,9)	38 (22,1)	
	Insatisfeito	1 (1,3)	7 (4,1)	
	Muito insatisfeito	-	3 (1,7)	

(*) Diferença significativa a 5,0%

(1) Teste Mann-Whitney.

Fonte: Elaborada pela autora (2025)

Na Tabela 8 verifica-se que em todas as afirmações as maiores diferenças percentuais ocorreram nas respostas *Muito satisfeito* e *Indiferente*, sendo que o percentual correspondente a *Muito satisfeito* teve percentuais correspondentemente mais elevados entre os Dependentes/Agregados do que entre os Titulares, enquanto a resposta *Indiferente* foram mais elevados entre os Titulares do que Dependente/Agregado. Em Q1 os percentuais na categoria *Muito satisfeito* foram 62,9% e 42,6% e *Insatisfeito* foram 19,9% e 2,9%; em Q2 na alternativa *Muito satisfeito* os valores foram 57,1% e 38,9% e *Indiferente* foram 21,8% e 5,7%; em Q3 na alternativa *Muito satisfeito* os valores foram 60,0% e 34,3% e *Indiferente* foram 18,5% e 5,7%; em Q4 na alternativa *Muito satisfeito* os valores foram 68,6% e 44,0% e *Indiferente* foram 18,5% e 2,9%; em Q5 na alternativa *Muito satisfeito* os valores foram 54,3% e 32,9% e *Indiferente* foram 21,3% e 8,6%; em Q6 os valores foram 57,1% e 36,6% na categoria *Muito satisfeito* e 19,9% e 8,6% em *Indiferente*; em Q7 os valores foram 65,7% e 39,8% na categoria *Muito satisfeito* e 19,9% e 5,7% em *Indiferente*; em Q8 os valores foram 54,3% e 29,2% na categoria *Muito satisfeito* e 25,0% e 8,6% em *Indiferente*; em Q9 os valores foram 48,6% e 29,6% na categoria *Muito satisfeito* e 27,3% e 11,4% em *Indiferente*; em Q10 os valores foram 54,3% e 36,6% na categoria *Muito satisfeito* e 26,4% e 8,6% em *Indiferente*; em Q11 os valores

foram 48,6% e 30,6% na categoria *Muito satisfeito* e 26,9% e 8,6% em *Indiferente*; em Q12 os valores foram 40,0% e 25,5% na categoria *Muito satisfeito* e 37,5% e 22,9% em *Indiferente*; em Q13 os valores foram 51,4% e 31,0% na categoria *Muito satisfeito* e 20,8% e 11,4% em *Indiferente*.

Tabela 8 – Avaliação do questionário de satisfação segundo o vínculo com o TRT6
(Continua)

Quão satisfeito você está quanto:	Resposta	Vínculo com o TRT6		Valor de p
		Titular n (%)	Dependente/ Agregado n (%)	
	TOTAL	216 (100,0)	35 (100,0)	
Q1. Facilidade de agendamento de consultas na clínica	Muito satisfeito	92 (42,6)	22 (62,9)	p⁽¹⁾ = 0,005*
	Satisfeito	75 (34,7)	12 (34,3)	
	Indiferente	43 (19,9)	1 (2,9)	
	Insatisfeito	3 (1,4)	-	
	Muito insatisfeito	3 (1,4)	-	
Q2. Tempo de espera para ser atendido na clínica	Muito satisfeito	84 (38,9)	20 (57,1)	p⁽¹⁾ = 0,009*
	Satisfeito	78 (36,1)	13 (37,1)	
	Indiferente	47 (21,8)	2 (5,7)	
	Insatisfeito	4 (1,9)	-	
	Muito insatisfeito	3 (1,4)	-	
Q3. Eficácia no atendimento às suas necessidades de saúde pela equipe	Muito satisfeito	74 (34,3)	21 (60,0)	p⁽¹⁾ = 0,001*
	Satisfeito	92 (42,6)	12 (34,3)	
	Indiferente	40 (18,5)	2 (5,7)	
	Insatisfeito	7 (3,2)	-	
	Muito insatisfeito	3 (1,4)	-	
Q4. Atenção que os profissionais de saúde dão às suas preocupações e dúvidas	Muito satisfeito	95 (44,0)	24 (68,6)	p⁽¹⁾ = 0,002*
	Satisfeito	75 (34,7)	10 (28,6)	
	Indiferente	40 (18,5)	1 (2,9)	
	Insatisfeito	4 (1,9)	-	
	Muito insatisfeito	2 (0,9)	-	
Q5. Capacidade do tratamento prescrito em resolver seus problemas de saúde	Muito satisfeito	71 (32,9)	19 (54,3)	p⁽¹⁾ = 0,004*
	Satisfeito	88 (40,7)	13 (37,1)	
	Indiferente	46 (21,3)	3 (8,6)	
	Insatisfeito	9 (4,2)	-	
	Muito insatisfeito	2 (0,9)	-	

Tabela 8 – Avaliação do questionário de satisfação segundo o vínculo com o TRT6

(Continua)

Q6. Clareza das informações fornecidas sobre a sua condição de saúde e o tratamento necessário	Muito satisfeito	79 (36,6)	20 (57,1)	p⁽¹⁾ = 0,008
	Satisfeito	84 (38,9)	12 (34,3)	
	Indiferente	43 (19,9)	3 (8,6)	
	Insatisfeito	7 (3,2)	-	
	Muito insatisfeito	3 (1,4)	-	
Q7. Competência técnica dos profissionais de saúde	Muito satisfeito	86 (39,8)	23 (65,7)	p⁽¹⁾ = 0,002*
	Satisfeito	83 (38,4)	10 (28,6)	
	Indiferente	43 (19,9)	2 (5,7)	
	Insatisfeito	2 (0,9)	-	
	Muito insatisfeito	2 (0,9)	-	
Q8. Acompanhamento do seu tratamento e saúde geral	Muito satisfeito	63 (29,2)	19 (54,3)	p⁽¹⁾ < 0,001*
	Satisfeito	84 (38,9)	13 (37,1)	
	Indiferente	54 (25,0)	3 (8,6)	
	Insatisfeito	11 (5,1)	-	
	Muito insatisfeito	4 (1,9)	-	
Q9. Infraestrutura e os recursos disponíveis	Muito satisfeito	64 (29,6)	17 (48,6)	p⁽¹⁾ = 0,006*
	Satisfeito	85 (39,4)	14 (40,0)	
	Indiferente	59 (27,3)	4 (11,4)	
	Insatisfeito	5 (2,3)	-	
	Muito insatisfeito	3 (1,4)	-	
Q10. Ambiente acolhedor e confortável	Muito satisfeito	79 (36,6)	19 (54,3)	p⁽¹⁾ = 0,022*
	Satisfeito	77 (35,6)	12 (34,3)	
	Indiferente	57 (26,4)	3 (8,6)	
	Insatisfeito	1 (0,5)	1 (2,9)	
	Muito insatisfeito	2 (0,9)	-	
Q11. Programas de prevenção e promoção da saúde	Muito satisfeito	66 (30,6)	17 (48,6)	p⁽¹⁾ = 0,034*
	Satisfeito	79 (36,6)	12 (34,3)	
	Indiferente	58 (26,9)	3 (8,6)	
	Insatisfeito	9 (4,2)	2 (5,7)	
	Muito insatisfeito	4 (1,9)	1 (2,9)	
Q12. Encaminhamento para especialistas quando necessário	Muito satisfeito	55 (25,5)	14 (40,0)	p⁽¹⁾ = 0,046*
	Satisfeito	72 (33,3)	12 (34,3)	
	Indiferente	81 (37,5)	8 (22,9)	
	Insatisfeito	5 (2,3)	1 (2,9)	
	Muito insatisfeito	3 (1,4)	-	

Tabela 8 – Avaliação do questionário de satisfação segundo o vínculo com o TRT6
(Conclusão)

Q13. Comunicação e retorno de informações	Muito satisfeito	67 (31,0)	18 (51,4)	$p^{(1)} = 0,009^*$
	Satisfeito	93 (43,1)	13 (37,1)	
	Indiferente	45 (20,8)	4 (11,4)	
	Insatisfeito	8 (3,7)	-	
	Muito insatisfeito	3 (1,4)	-	

(*) Diferença significativa a 5,0%
(1) Teste Mann-Whitney.

Fonte: Elaborada pela autora (2025)

Como discussão geral observou-se uma análise detalhada sobre a satisfação dos usuários da Clínica de Atenção Primária à Saúde implantada pelo TRT6 Saúde. A metodologia utilizada fundamentada em técnicas estatísticas apropriadas para a análise de variáveis ordinais, tais como os testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, foram adequadas para se atingir os objetivos do estudo.

Quanto ao perfil da amostra analisada composta por 251 participantes, com predomínio da faixa etária entre 40 e 59 anos (60,6%), sendo 57,0% do sexo feminino, reforçou uma das justificativas que levaram a esse estudo, no que tange ao envelhecimento populacional e necessidade de programas preventivos e de promoção de saúde como forma de longevidade saudável.

O nível de escolaridade apresentou uma distribuição relevante, com 53,4% dos participantes possuindo especialização e 25,5% com formação superior, o que facilita a construção, comunicação e entendimento dos programas ofertados pela clínica.

Os dados revelaram que a satisfação geral com o atendimento é elevada, com 75,1% dos participantes classificando suas experiências como "muito satisfeito" ou "satisfeito". No entanto, nota-se uma discrepância em relação ao relatório anual de 2024, apresentado pela empresa prestadora dos serviços da clínica, que apontava 98% de satisfação, sugerindo uma queda na percepção positiva dos usuários.

As questões melhor avaliadas incluem: a) atenção dos profissionais às preocupações dos pacientes (47,4% "muito satisfeito"), b) facilidade de agendamento (45,4%) e c) competência técnica dos profissionais (43,4%).

Em contrapartida, o encaminhamento para especialistas (única questão onde a

categoria "indiferente" superou "muito satisfeito") demonstrou ser um ponto fraco.

Os participantes apontaram a necessidade de ampliação da oferta de especialidades, sendo as mais citadas geriatria (6,8%), endocrinologia/gastroenterologia (6,8%) e fisioterapia/ginecologia (6,0%), estas sugestões permitirá aos gestores do TRT6 Saúde, prospectar contratações destes profissionais para novas linhas de cuidado a ser ofertada pela clínica. Além disso, 37,8% não forneceram sugestões, possivelmente indicando um nível de satisfação adequado com os serviços já existentes.

Quanto a percepção do autocuidado, os resultados mostraram que apenas 32,3% dos participantes relataram aumento do autocuidado após o atendimento na clínica, enquanto 35,9% não souberam opinar. Isso sugere uma oportunidade para reforçar estratégias educativas sobre a importância da atenção primária na promoção da saúde.

As análises comparativas indicaram diferenças estatisticamente significativas entre grupos: a) sexo - mulheres apresentaram níveis mais altos de satisfação, especialmente em relação à facilidade de agendamento e à competência técnica dos profissionais, b) estado civil - solteiros demonstraram maior satisfação em diversos aspectos comparados a casados/união estável e c) vínculo com o TRT6 Saúde - dependentes e agregados apresentaram avaliação mais positiva do que titulares, especialmente nas categorias "muito satisfeito".

Os resultados nortearão as práticas realizadas pela Clínica de APS e apoiarão na tomada de decisões, reestruturação, implantação de políticas, projetos e novas linhas de cuidado que promovam qualidade de vida aos seus beneficiários.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa demonstrou de forma clara e objetiva que a implantação da Clínica de Atenção Primária à Saúde no âmbito do TRT6 Saúde representa um modelo sustentável e resolutivo para as Autogestões em Saúde. Por meio da análise da percepção dos beneficiários e da eficiência dos serviços oferecidos, foi possível constatar que o modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde, se consolida como um eixo estruturante na garantia do cuidado coordenado, integral e de qualidade, sendo um caminho viável para a sustentabilidade do sistema de saúde suplementar.

Os dados coletados evidenciaram altos níveis de satisfação dos beneficiários, especialmente quanto à acessibilidade, atenção dos profissionais e resolutividade dos atendimentos. Observou-se também um impacto positivo na redução do uso desnecessário de serviços de média e alta complexidade, promovendo um uso mais racional dos recursos assistenciais.

Estes resultados confirmam a hipótese central do estudo: a Atenção Primária à Saúde é uma estratégia fundamental para a sustentabilidade financeira das Autogestões, pois melhora a qualidade do cuidado enquanto otimiza custos operacionais.

A Clínica de Atenção Primária do TRT6 Saúde demonstrou sua capacidade de atuar de forma proativa na gestão das condições crônicas e na promoção da saúde, elementos essenciais para reduzir a sinistralidade e garantir a perenidade do modelo de autogestão.

No entanto, identificou-se uma oportunidade de aprimoramento na conscientização dos beneficiários quanto à importância do autocuidado, um fator que pode ser potencializado por meio de estratégias educativas e maior engajamento da equipe multidisciplinar.

A experiência analisada reforça a necessidade de ampliação da Atenção Primária à Saúde como política estruturante no setor de saúde suplementar. A partir das evidências apresentadas, recomenda-se que outras Autogestões em Saúde adotem iniciativas semelhantes, fortalecendo a integração entre os níveis de atenção

e promovendo um modelo de cuidado que valorize a prevenção, a gestão eficiente dos recursos e a melhoria dos desfechos em saúde.

Por fim, este estudo contribui para o debate acadêmico e institucional sobre a resolutividade da Atenção Primária à Saúde e sua relevância na sustentabilidade das Autogestões em Saúde. Espera-se que seus achados possam subsidiar a formulação de políticas mais eficazes, alavancando a expansão desse modelo e assegurando o acesso qualificado e equitativo aos serviços de saúde.

Assim, reafirma-se que a Atenção Primária à Saúde não apenas fortalece a assistência prestada, mas também é um pilar fundamental para a sustentabilidade das Autogestões em longo prazo.

8 RECOMENDAÇÕES

Considerando os resultados obtidos através deste trabalho científico sobre a resolutividade da Clínica de Atenção Primária do TRT6 Saúde e sua contribuição para a sustentabilidade das Autogestões em Saúde, apresentamos um conjunto de recomendações destinadas a aprimorar a efetividade do modelo de Atenção Primária.

- a) Estabelecer protocolos formais de encaminhamento e contrarreferência entre a Clínica de Atenção Primária e os serviços especializados, garantindo continuidade e eficiência no atendimento.
- b) Implementar um sistema de monitoramento da jornada do paciente, assegurando que ele receba o cuidado adequado em cada etapa do tratamento.
- c) Expandir o horário de funcionamento da clínica para atender a uma maior demanda de beneficiários, reduzindo a pressão sobre serviços de urgência e emergência.
- d) Implementar programas regulares de capacitação para os profissionais de saúde, abordando temas como gestão de condições crônicas, comunicação empática e abordagem centrada no paciente.
- e) Criar um painel de indicadores para avaliação contínua da resolutividade da clínica, incluindo tempo de espera, taxa de resolutividade e satisfação dos beneficiários.
- f) Utilizar análises preditivas para otimizar alocação de recursos e antecipar demandas de serviços.
- g) Desenvolver mecanismos de incentivos para beneficiários que aderirem a programas de prevenção e promoção da saúde.
- h) Intensificar campanhas educativas sobre prevenção e autocuidado, utilizando multiplataformas, incluindo aplicativos e redes sociais.
- i) Criar grupos de apoio e educação em saúde para condições crônicas, estimulando a troca de experiências entre beneficiários e profissionais de saúde.
- j) Implementar um aplicativo móvel que permita aos beneficiários acessarem informações sobre seu histórico de saúde, agendamentos e conteúdo educativo.

- k) Criar um fórum de discussão entre diferentes autogestões para compartilhar boas práticas e desafios na implementação de modelos sustentáveis de atenção à saúde.
- l) Desenvolver pesquisas em parceria com instituições acadêmicas para aprimoramento dos modelos de atenção primária.

A implementação das recomendações propostas pode fortalecer significativamente a resolutividade da Clínica de Atenção Primária do TRT6 Saúde e garantir maior sustentabilidade para o modelo de autogestão em saúde. Ao investir na qualificação dos profissionais, na educação dos beneficiários e na integração com outras instâncias do sistema de saúde, avançamos na direção de uma assistência mais eficiente, acessível e sustentável. O sucesso desta iniciativa pode servir de referência para outras Autogestões, consolidando um modelo de Atenção Primária altamente resolutivo e centrado no paciente.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **ANS registra recorde de consumidores em planos de assistência médica**. Disponível em: <<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/ans-registra-recorde-de-consumidores-em-planos-de-assistencia-medica>>. Acesso em: 21 jan. 2025.

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499–1510, 2016.

ARRETCHE, M. T. S. **Democracia, federalismo e centralização no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. 232p.

ARRUDA, C. A. M; BOSI, M. L. M. Satisfação de usuários da atenção primária à saúde: um estudo qualitativo no Nordeste do Brasil. **Interface**, São Paulo, v. 21, n. 61, p. 321-332, out./2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017000200321&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 12 dez. 2024.

BAHIA, L. **Planos de saúde no Brasil: entre a regulação e o mercado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019.

BAPTISTA, T. W. de F. **História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde**. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. de M. (Org.) Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2007. p. 29.

BARDACH, E. **The Implementation Game: What Happens After a Bill Becomes a Law**. Cambridge: MIT Press, 1977. 336p.

BERWICK, D. et al. The Triple Aim: care, health, cost. **Health Affairs**, vol. 27, n. 3, p. 759-769, 2021.

BRASIL. [**Constituição (1988)**]. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 2016. 496 p. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 4 set. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde. Brasília: **CONASS**, 2015. 127p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2015).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília: **CONASS**, 2011. 197p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011,2).

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 29 jun. 2011.

BRASIL. Decreto-lei nº 5.452, de 1 de maio de 1943. Aprova a consolidação das leis do trabalho. **Lex**: coletânea de legislação: edição federal, São Paulo, v. 7, 1943.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1988. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília: **Diário Oficial da União**, 04 jun. 1988.

BRASIL. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 128, n. 182, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 dez. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2020-2023**. 2020b. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2023.pdf Acesso em 04 de nov. de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do sistema único de saúde, o programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ-AB) e o incentivo financeiro do PMAQ-AB, denominado componente de qualidade do piso de atenção básica variável- PAB Variável. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html. Acesso em: 16 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): instrumento de avaliação externa de saúde mais perto de você – acesso e qualidade. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: **Ministério da Saúde**, 2012. 110p. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família: Documento Técnico. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2005. 109p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BULGARELI, J. et al. A resolutividade em saúde bucal na atenção básica como instrumento para avaliação dos modelos de atenção. **Ciênc Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p.383-391, fev. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.20102012>. Acesso em: 11 jan. 2025.

CARRER, A. *et al.* Efetividade da Estratégia Saúde da Família em unidades com e sem Programa Mais Médicos em município no oeste do Paraná, Brasil. **Ciênc Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2849-60, 2016.

CARVALHO, I.A. *et al.* Perfil ginecológico obstétrico de gestantes atendidas em consulta de enfermagem. **R. pesq.: cuid. fundam.** Online, [s.l.], v. 3, n. 2, 1973-82, 2011.

CASTRO, D. M. *et al.* Impacto da qualidade da atenção primária à saúde na redução das internações por condições sensíveis. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 11, p. 1-12, abr. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/5tqLFcwZ6qCthTMGwFBswzM/>. Acesso em: 27 jan. 2025.

CONOVER, W. J. **Practical Nonparametric Statistics**. 3 Ed. New York: John Wiley & Sons, Inc. 1999, 608p.

COSTA, N. R. A Estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1389–1398, 2016.

COSTA, N. R.; CASTRO, A. J. W. O regime regulatório e a estrutura do mercado de planos de assistência à saúde no Brasil. In: MONTONE, J.; CASTRO, A. J. W.; (Org.). Documentos técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003. Rio de Janeiro: **Ministério da Saúde**, 2004, p.49-64.

D'AGUIAR, J.M.M. **O programa saúde da família no Brasil: a resolutividade do PSF no Município de Volta Redonda, RJ.** 2001. 147p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

DELDUQUE, M. C.; OLIVEIRA, M. S. C. **Tijolo por tijolo: a construção permanente do direito à saúde.** In: COSTA, A. B. Introdução crítica ao direito à saúde. Brasília: CEAD/UnB, 2009, p.103-111.

DYE, T. R. **Understanding Public Policy**. Englewood Cliffs, N.J.: PrenticeHall. ed. 14. Boston: Pearson, 2013. 368p.

EDLER, F.C. **A medicina no Brasil imperial: clima, parasitas e patologia tropical.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. 298p.

ESCOREL, S. **História da política de saúde no Brasil: 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária.** In: Giovanella, L. et al. (Ed.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz/Cebes. p.385-434. 2008.

FARIA, C.A.P.A. A política da avaliação de políticas públicas. **Rev. Bras. De Cienc. Sociais**, São Paulo, v. 20, n. 59, 2005.

FELDSTEIN, P. J. **The Demand for Medical Care**. In: FELDSTEIN, P. J. *Health Care Economics*. New York: Delmar Cengage Learning, 2012.

FISCHER, F.; MILLER, G. J.; SIDNEY, M. S. **Handbook of Public Policy Analysis: Theory, Politics, and Methods**. Boca Raton: CRC Press, 2007. 642p.

GIANEZINI, K. *et al.* Políticas públicas: definições, processos e constructos no século XXI. **Rev. de Pol. Públicas**, São Luis, v. 2, n. 2, p.1065-84, 2017.

GIL, A.C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. São Paulo: Editora Atlas, 2002. 208p.

GILBERTO, A.M. Estudo de Caso: Uma reflexão sobre a aplicabilidade da pesquisa no Brasil. **Revista de Contabilidade e Organizações**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 8-18, 2008.

GIOVANELLA, L. *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783–794, 2009.

HOCHMAN, G.. **A era do saneamento**: as bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo: Hucitec/Anpocs, 1998, 261p.

HOWLETT, M.; RAMESH, M.; PERL, A. **Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystems**. 3. ed. Oxford: Oxford University Press, 2009.

KINGDON, J. W. **Agendas, Alternatives, and Public Policies**. 2. ed. Boston: Little, Brown and Company, 2011. 273p.

MACINKO, J.; HARRIS, M. J. Brazil's Family Health Strategy – Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. **The New England Journal of Medicine**, v. 372, n. 23, p. 2177-2181, 2015.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.25, n.4, p. 1181-1188, 2020.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: OPAS, 2011. 549p.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. de C. G.; SILVA, A. L. A. de J. S. e. S. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. **Saúde e Sociedade**, v. 26, p. 329-335, 2017.

OLIVEIRA, R.; SANTOS, M. **Saúde suplementar e desigualdade**: desafios para o Brasil. São Paulo: Hucitec, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). '**Declaração de Alma-Ata**'. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <https://www.who.int>. Acesso em: 27 jan. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). 2014f. **Global status report on NCDs, 2022**. Genebra: OMS. Disponível em: <http://www.who.int/global-coordination-mechanism/publications/globalstatus-report-ncds-2022-eng.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2025.

PAIM, J. S. *et al.* **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. Lancet, v. 377, n. 9781, p. 1898-1900. mar. 2011.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 148p.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.6, p.1723-1728, jun. 2018.

PEREIRA, A. M.; MENDES, E. V. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: OPAS, 2018.

PORTO, A. **A Santa Casa e a história da saúde no Brasil**. Belo Horizonte: UFMG, 2011.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, R. C. **Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas do Trabalho Acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RESOLUTIVIDADE. In: **DICIONÁRIO Informal**. [S. l.]: [s. n.], [2021] disponível em: <https://www.dicionarioinformal.com.br/resolutividade/>. Acesso em: 28 jan. 2025.

RODRIGUES, L. B. B. *et al.* A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 343-352, fev. 2014.

ROSA, R. B; PELEGRINI, A. H. W; LIMA, M. A. D. D. S. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da estratégia de saúde da família. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 345-349, jun. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000200019. Acesso em: 20 nov. 2024.

SANTIAGO, A. F. **A Revolta da Vacina e o movimento negacionista e antivacina nos dias de hoje**. 2023. 20 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Biológicas) - Instituto de Biologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2023.

SANTOS, L.; ANDRADE, L.O.M. **SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos - aspectos jurídicos, administrativos e financeiros**. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007. 165p.

SECCHI, L. **Políticas Públicas**: Conceitos, Esquemas de Análise, Casos Práticos. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2014. 188p.

STARFIELD, B. **Primary Care**: balancing health needs, services, and technology. New York: Oxford University Press; 1998.

STARFIELD, B.; SHI, L. Policy relevant determinants of health: na international perspective. **Health Policy**, [s. l.], v.60, n.3, p.201-218, Jun. 2002. Disponível em: 10.1016/s0168-8510(01)00208-1. Acesso em: 10 ago. 2024.

TORRES, L.M *et al.* Significado atribuído por trabalhadores da saúde de Belo Horizonte-MG ao princípio da resolutividade nas ações cotidianas. **Rev. Bras. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 65, n. 5, p. 822-828, out. 2012. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-7167201200050001>. Acesso em: 13 abr. 2024.

TURRINI, R. N. T; LEBRÃO, M.L; CESAR, C. L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 663-674, mar. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008000300020&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 16 out. 2024.

VIACAVA, F. *et al.* Avaliação de desempenho de sistemas de saúde: um modelo de análise. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 17, n. 4, p. 921-34, abr. 2012.
VIANNA, M. I. *et al.* Regulação e saúde suplementar: histórias e dilemas. Belo Horizonte: UFMG, 2021

YIN , R.K. **Estudo de Caso**: planejamento e método. Porto Alegre: Bookman, 2001. 320p.

APÊNDICE A – Questionário 1: Perfil Populacional

14/03/2025, 02:37

Pesquisa: "Resolutividade da Clínica de Atenção Primária na Percepção dos Beneficiários do TRT6 Saúde".

Pesquisa: “Resolutividade da Clínica de Atenção Primária na Percepção dos Beneficiários do TRT6 Saúde”.

Esta pesquisa tem o intuito de fazer um levantamento do perfil populacional dos beneficiários que utilizam a Clínica de Atenção Primária implantada pelo TRT6 Saúde, bem como avaliar sua percepção e grau de satisfação com o atendimento recebido e resolutividade das demandas em saúde apresentadas.

Os resultados desta pesquisa permitirá a construção de linhas de cuidado e programas de prevenção e promoção da saúde mais efetivos, sendo parte integrante do trabalho de conclusão do Curso de Mestrado Profissional de Políticas Públicas da UFPE, da servidora Ana Cláudia de Souza Melo - Chefe da Divisão de Políticas e Ações de Saúde do Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco.

Os dados coletados configuram-se como dados anonimizados, nos termos do art. 5º, inciso III, da Lei nº 13.709/2018, isto é, que não permitem a identificação do seu titular, considerando a utilização de meios técnicos razoáveis e disponíveis na ocasião de seu tratamento, e serão tratados única e exclusivamente para a finalidade acima descrita.

As respostas não serão divulgadas nem compartilhadas, sendo o sigilo preservado conforme estabelecido na Lei Geral de Proteção de Dados e no Ato TRT6-GP nº 242/2021, que instituiu a Política de Privacidade e Proteção de Dados Pessoais no âmbito do Tribunal Regional do Trabalho da 6ª Região.

* Indica uma pergunta obrigatória

1. **Autorizo o tratamento dos dados abaixo fornecidos com a finalidade de auxiliar o Programa de Autogestão em Saúde do TRT6 (TRT6 Saúde) na construção de linhas de cuidado e programas de prevenção e promoção da saúde mais efetivos, a serem implantados na Clínica de Atenção Primária à Saúde, bem como de colaborar com o trabalho de conclusão do Curso de Mestrado Profissional de Políticas Públicas da UFPE, da servidora Ana Cláudia de Souza Melo.** *

Marque todas que se aplicam.

Questionário 1: Perfil Populacional

14/03/2025, 02:37

Pesquisa: "Resolutividade da Clínica de Atenção Primária na Percepção dos Beneficiários do TRT6 Saúde".

2. **Sexo:** **Marcar apenas uma oval.*

- Feminino
 Masculino

3. **Idade:** *

4. **Escolaridade:** **Marcar apenas uma oval.*

- Ensino médio completo
 Ensino superior completo
 Ensino superior incompleto
 Especialização
 Mestrado
 Doutorado

5. **Estado conjugal:** *

(*Apesar de a união estável não alterar o estado civil do convivente, foi incluída como opção por entender-se que se trata de dado importante para traçar o perfil populacional)

Marcar apenas uma oval.

- Solteiro/a
 Casado/a
 Separado/a judicialmente
 Divorciado/a
 Viúvo/a
 Convivente em união estável*

14/03/2025, 02:37

Pesquisa: "Resolutividade da Clínica de Atenção Primária na Percepção dos Beneficiários do TRT6 Saúde".

6. Vínculo com o TRT6 Saúde: **Marcar apenas uma oval.*

- Titular
- Dependente
- Agregado/a

APÊNDICE B – Questionário 2: Percepção dos beneficiários do TRT6 Saúde**Questionário 2: Percepção dos Beneficiários do TRT6 Saúde**

7. 1) Quão satisfeito você está com a facilidade de agendamento de consultas na clínica? *

Marcar apenas uma oval.

- Muito satisfeito
- Satisfeito
- Nem satisfeito nem insatisfeito
- Insatisfeito
- Muito insatisfeito

8. 2) Quão satisfeito você está com o tempo de espera para ser atendido na clínica? *

Marcar apenas uma oval.

- Muito satisfeito
- Satisfeito
- Nem satisfeito nem insatisfeito
- Insatisfeito
- Muito insatisfeito

14/03/2025, 02:37

Pesquisa: "Resolutividade da Clínica de Atenção Primária na Percepção dos Beneficiários do TRT6 Saúde".

9. **3) Quão satisfeito você está com a eficácia no atendimento às suas necessidades de saúde pela equipe da clínica?** *

Marcar apenas uma oval.

- Muito satisfeito
- Satisfeito
- Nem satisfeito nem insatisfeito
- Insatisfeito
- Muito insatisfeito

10. **4) Quão satisfeito você está com a atenção que os profissionais de saúde da clínica dão às suas preocupações e dúvidas?** *

Marcar apenas uma oval.

- Muito satisfeito
- Satisfeito
- Nem satisfeito nem insatisfeito
- Insatisfeito
- Muito insatisfeito

11. **5) Quão satisfeito você está com a capacidade do tratamento prescrito pela clínica em resolver seus problemas de saúde?** *

Marcar apenas uma oval.

- Muito satisfeito
- Satisfeito
- Nem satisfeito nem insatisfeito
- Insatisfeito
- Muito insatisfeito

14/03/2025, 02:37

Pesquisa: "Resolutividade da Clínica de Atenção Primária na Percepção dos Beneficiários do TRT6 Saúde".

12. **6) Quão satisfeito você está com a clareza das informações fornecidas pela clínica sobre a sua condição de saúde e o tratamento necessário?** *

Marcar apenas uma oval.

- Muito satisfeito
- Satisfeito
- Nem satisfeito nem insatisfeito
- Insatisfeito
- Muito insatisfeito

13. **7) Quão satisfeito você está com a competência técnica dos profissionais de saúde da clínica?** *

Marcar apenas uma oval.

- Muito satisfeito
- Satisfeito
- Nem satisfeito nem insatisfeito
- Insatisfeito
- Muito insatisfeito

14. **8) Quão satisfeito você está com o acompanhamento do seu tratamento e saúde geral pela clínica?** *

Marcar apenas uma oval.

- Muito satisfeito
- Satisfeito
- Nem satisfeito nem insatisfeito
- Insatisfeito
- Muito insatisfeito

14/03/2025, 02:37

Pesquisa: "Resolutividade da Clínica de Atenção Primária na Percepção dos Beneficiários do TRT6 Saúde".

15. **9) Quão satisfeito você está com a infraestrutura e os recursos disponíveis na clínica?** *

Marcar apenas uma oval.

- Muito satisfeito
- Satisfeito
- Nem satisfeito nem insatisfeito
- Insatisfeito
- Muito insatisfeito

16. **10) Quão satisfeito você está com o ambiente acolhedor e confortável promovido pela clínica?** *

Marcar apenas uma oval.

- Muito satisfeito
- Satisfeito
- Nem satisfeito nem insatisfeito
- Insatisfeito
- Muito insatisfeito

17. **11) Quão satisfeito você está com os programas de prevenção e promoção da saúde oferecidos pela clínica?** *

Marcar apenas uma oval.

- Muito satisfeito
- Satisfeito
- Nem satisfeito nem insatisfeito
- Insatisfeito
- Muito insatisfeito

14/03/2025, 02:37

Pesquisa: "Resolutividade da Clínica de Atenção Primária na Percepção dos Beneficiários do TRT6 Saúde".

18. **12) Quão satisfeito você está com o encaminhamento para especialistas (cardiologistas, ginecologistas, etc) quando necessário?** *

Marcar apenas uma oval.

- Muito satisfeito
- Satisfeito
- Nem satisfeito nem insatisfeito
- Insatisfeito
- Muito insatisfeito

19. **13) Quão satisfeito você está com a comunicação e retorno de informações da clínica?** *

Marcar apenas uma oval.

- Muito satisfeito
- Satisfeito
- Nem satisfeito nem insatisfeito
- Insatisfeito
- Muito insatisfeito

20. **14) Quais profissionais e serviços você gostaria que fossem oferecidos pela clínica para atender às suas necessidades de saúde? Responda com um breve texto.**

14/03/2025, 02:37

Pesquisa: "Resolutividade da Clínica de Atenção Primária na Percepção dos Beneficiários do TRT6 Saúde".

21. **15) Você percebe se aumentou seu autocuidado e comprometimento com sua saúde, depois que passou a ser atendido pelos profissionais da clínica? Responda com um breve texto, indicando qual foi o elemento motivador da mudança de hábitos.**

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

APÊNDICE C – Carta de Anuência

PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 6ª REGIÃO
Cais do Apolo, 739, Bairro do Recife, Recife (PE), CEP: 50.030-902

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos que a mestranda Ana Cláudia de Souza Melo do Curso de Mestrado Profissional em Políticas Públicas, realizado em parceria entre a Universidade Federal de Pernambuco e a Escola Judicial do TRT6, desenvolva seu projeto de pesquisa **“SUSTENTABILIDADE DAS AUTOGESTÕES EM SAÚDE: UMA ANÁLISE DA RESOLUTIVIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA IMPLEMENTAÇÃO DO TRT6 SAÚDE”** sob a orientação da Profa. Dra. Flávia Danielle Santiago Lima, cujo objetivo é analisar a resolutividade da Atenção Primária através da percepção dos beneficiários do Programa de Autogestão em Saúde do Tribunal Regional do Trabalho da Sexta Região.

Esta autorização é restrita aos fins especificados, com o registro de que as perguntas a eles(as) direcionadas deverão abranger tão somente o objeto da pesquisa, e está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Não haverá, em nenhuma hipótese, coleta e nem utilização de informações pessoais ou sensíveis dos que participarem da pesquisa, restringindo-se à captação de opinião, sem identificação.

Recife, 12 de dezembro de 2024.


Antiógenos Carneiro Pereira Filho
Secretário-Geral da Presidência do TRT6