

A Experiência de Atenção Primária à Saúde em uma Operadora de Autogestão em Saúde no Brasil: Uma referência construída todos os dias

The Experience of Primary Health Care in a Self-Managed Health Plan in Brazil: A Reference Built Every Day

Doi: <https://doi.org/10.67965/rbss.v4i1.110>

AUTORES

Luciana Bagno¹

¹ Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI)

CONTATO

Luciana Bagno

liziane.rodriques@cassi.com.br

RESUMO

Este artigo relata a experiência da CASSI, operadora de autogestão de abrangência nacional, na construção de um modelo assistencial centrado na Atenção Primária à Saúde (APS). A partir de uma trajetória iniciada no final dos anos 1990 e sistematizada com a adoção da Estratégia Saúde da Família em 2006, descreve-se o investimento contínuo em serviços próprios, equipes multiprofissionais, protocolos clínicos e linhas de cuidado, telessaúde, matriciamento de especialistas e uso sistemático de dados para estratificação de risco e avaliação em saúde. Dados institucionais de janeiro de 2026 apontam menor despesa assistencial per capita e menor utilização de serviços de emergência entre os beneficiários acompanhados pela APS. Conclui-se que tornar-se referência em APS não decorre do pioneirismo, mas de uma decisão institucional renovada todos os dias, sustentada por investimento em pessoas, estrutura, conhecimento e tecnologia.

ABSTRACT

This article reports the experience of CASSI, a nationwide Brazilian self-managed health plan, in building a care model centered on Primary Health Care (PHC). Beginning in the late 1990s and systematized with the adoption of the Family Health Strategy in 2006, the organization has continuously invested in its own facilities, multiprofessional teams, clinical protocols and care pathways, telehealth, specialist matrix support, and the systematic use of data for risk stratification and health assessment. Institutional data from January 2026 show lower per capita care expenditure and lower use of emergency services among beneficiaries followed by PHC teams. Becoming a reference in PHC does not stem from being an early adopter, but from an institutional decision renewed every day and sustained by investment in people, infrastructure, knowledge, and technology.

Obs: este artigo reflete exclusivamente a opinião do(s) autor(es), não representando a posição do IESS.

O que realmente torna uma instituição referência em Atenção Primária à Saúde (APS)? Essa pergunta me veio à mente após a manifestação do diretor-presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Wadih Damous, durante a 380ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde (CNS), realizada nos dias 8 e 9 de julho de 2026. Na ocasião, Damous destacou a CASSI como exemplo de modelo assistencial centrado na Atenção Primária à Saúde, ressaltando a necessidade de deslocar o foco dos sistemas de saúde do procedimento para a pessoa (Conselho Nacional de Saúde do Brasil, 2026).

Esse reconhecimento resulta de uma trajetória construída ao longo de décadas. No final dos anos 1990, a CASSI já estruturava serviços próprios e desenvolvia experiências orientadas à atenção integral. Em 2006, a Estratégia Saúde da Família passou a organizar de forma mais sistemática seu modelo assistencial (CASSI, 2017). Esse movimento dialogava com princípios que, desde a Alma-Ata, defendem a atenção primária como base para sistemas de saúde mais acessíveis e integrais coordenados, e antecedeu a primeira Política Nacional de Atenção Básica brasileira, aprovada em 2006 (WHO; UNICEF, 1978; BRASIL, 2006).

Pioneirismo, porém, não é suficiente para sustentar um modelo de cuidado. A APS precisa ser continuamente atualizada, financiada e integrada às necessidades da população. De 2020 em diante, a operadora intensificou investimentos em infraestrutura, ampliação da carteira de serviços, equipes multiprofissionais, estruturação de protocolos clínicos e linhas de cuidado, atendimento por telessaúde e o matriciamento de especialistas às equipes de atenção primária. A priorização da APS passou a ocupar posição central no planejamento estratégico institucional.

Esse movimento foi acompanhado pela busca de referências nacionais e internacionais, pela incorporação de boas práticas e pela adoção de padrões reconhecidos de qualidade e segurança do paciente, por exemplo, com a conquista da acreditação da *Joint Commission International* (JCI) nos serviços próprios de Brasília nos anos de 2014 e 2015 (CASSI, 2015; CASSI, 2016), sendo que os processos que viabilizaram essa certificação foram posteriormente replicados às demais unidades próprias.

A priorização da APS, incorporada ao planejamento estratégico da instituição, foi acompanhada por investimentos na modernização dos serviços próprios, ampliação da carteira de serviços, incluindo a aplicação de imunobiológicos, aumento da capacidade de atendimento e reforço das equipes multiprofissionais. A CASSI também passou a contar com especialistas para apoiar o trabalho das equipes de APS por meio do

matriciamento, fortalecendo a capacidade resolutiva e qualificando a tomada de decisão clínica.

Em um cenário marcado pelo envelhecimento populacional, pelo crescimento das doenças crônicas e pela pressão sobre as despesas assistenciais, fortalecer a APS deixou de ser apenas uma escolha organizacional. É uma condição para ampliar a coordenação do cuidado, a longitudinalidade, a capacidade de prevenção e a sustentabilidade do sistema. Para uma operadora de abrangência nacional, isso exige reconhecer diferenças regionais, integrar a rede própria e credenciada e transformar dados em decisões aplicáveis à prática.

Com isso, o uso sistemático de dados também se tornou parte desse processo. A criação de uma área dedicada à análise do risco populacional e à avaliação em saúde ampliou a capacidade de combinar informações assistenciais e administrativas para orientar a tomada de decisões clínicas e de gestão. Estratificação de risco, modelos preditivos, análise da situação de saúde e monitoramento de desfechos permitem reconhecer grupos que demandam maior acompanhamento, além de apoiar a organização da oferta de serviços, dimensionar a rede e ações conforme o perfil epidemiológico de cada região.

A articulação entre cuidado e conhecimento produz mudanças concretas. Um exemplo é o aprimoramento das estratégias de detecção precoce do câncer de mama, com abordagem individualizada para mulheres a partir dos 40 anos, alinhada às recomendações da Sociedade Brasileira de Mastologia e de Mamografia (URBAN et al., 2023). Apesar da orientação federal atualmente priorizar o rastreamento populacional bienal entre 50 e 74 anos, sem impedir o acesso de mulheres de 40 a 49 anos, desde que haja decisão informada com o profissional de saúde (BRASIL, 2025). Mais do que adotar uma faixa etária diferenciada, o ponto central foi utilizar evidências e o perfil da população para qualificar essa tomada de decisão.

Esses estudos permitem compreender as necessidades da população assistida. Dessa forma, é possível alocar recursos de maneira mais eficiente e dimensionar adequadamente as equipes de acordo com a realidade de cada região.

A instituição acumula bons resultados que dão sustentação a essa avaliação. Dados institucionais referentes a janeiro de 2026 apontam menor despesa assistencial per capita e menor utilização de serviços de emergência entre beneficiários acompanhados pela APS, com custo assistencial 27,6% menor que o dos beneficiários não acompanhados, considerando o segmento que mais utiliza serviços de saúde e demanda recursos de alta

complexidade. Em 2022, foi iniciado o acompanhamento do indicador de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), que vem sendo monitorado para subsidiar a expansão e a qualificação da APS. No primeiro semestre de 2026, as ICSAP representaram, em média, 21,82% das internações (CASSI, 2026).

Além disso, muitos estudos e evidências desses resultados têm sido aprovados e apresentados em congressos nacionais e internacionais, reforçando os benefícios desse modelo. Mas foi justamente a reflexão sobre o que está por trás desses resultados que me levou à resposta para a pergunta inicial: tornar-se referência em APS não é só consequência de uma decisão tomada há mais de duas décadas. É resultado de uma escolha renovada todos os dias, sustentada por investimento contínuo em pessoas, estrutura, conhecimento, tecnologia e aperfeiçoamento dos processos.

“Como filha de funcionário do Banco do Brasil, cresci sendo acompanhada por esse modelo de cuidado. Mais tarde, ao ingressar no Banco e, hoje, como diretora responsável pela área, pude conhecer também os bastidores que sustentam seus resultados. Essa trajetória me permite afirmar que o sucesso da Atenção Primária depende de uma decisão institucional permanente. Não basta implantar um modelo assistencial inovador; é preciso fortalecê-lo continuamente por meio de qualificação profissional, atualização de práticas, investimentos em infraestrutura e aperfeiçoamento constante”, Luciana Bagno.

Para quem busca esse caminho, talvez a principal lição seja justamente essa: a CASSI se torna referência em Atenção Primária à Saúde na saúde suplementar, porque nunca deixou de investir no aprimoramento desse modelo. Continua investindo em pessoas, ampliando serviços, estudando sua população, incorporando tecnologia, qualificando equipes e centrando o seu olhar no cuidado ao seu beneficiário, que é a sua razão de existir. Não é simplesmente porque começou antes.

Os resultados observados sugerem que coordenação do cuidado, acompanhamento longitudinal, gestão populacional baseada em dados e qualificação contínua das equipes constituem práticas potencialmente replicáveis por outras operadoras. Entretanto, devem ser considerados os custos de implantação, a cobertura efetiva da carteira e o tempo necessário para implantação e maturação dos resultados.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

A autora ocupa cargo na diretoria executiva na instituição descrita neste artigo.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, n. 61, p. 71-76, 29 mar. 2006. Disponível em: <https://www.normasbrasil.com.br/norma/?id=197367>. Acesso em: 2 set. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Nota Técnica nº 626/2025-CGCAN/DECAN/SAES/MS. Uniformiza as informações relacionadas ao acesso ao exame de mamografia no âmbito do SUS. Brasília, DF: *Ministério da Saúde*, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2025/nota-tecnica-no-626-2025-cgcan-decan-saes-ms.pdf>. Acesso em: 2 set. 2026.
- CASSI. Relatório Anual 2014. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <https://www.cassi.com.br/wp-content/uploads/2022/11/RELATORIOANUAL.pdf>. Acesso em: 3 set. 2026.
- CASSI. Relatório Anual 2015. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <https://www.cassi.com.br/wp-content/uploads/2022/11/relatorio-anual-2015.pdf>. Acesso em: 3 set. 2026.
- CASSI. Boletim Epidemiológico CASSI 2017. Brasília, DF: *CASSI*, 2017. Disponível em: https://www.cassi.com.br/wp-content/uploads/2022/12/BoletimEpidemiologico_CASSI-2017.pdf. Acesso em: 2 set. 2026.
- CASSI. Painel Raio-X Populacional – Estratificação Populacional – Comparação de grupos populacionais. Dados administrativos internos da CASSI, Brasília-DF: *CASSI*, 2026. Acesso em: 3 set. 2026.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). *380ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde*. Brasília, DF, 8 e 9 jul. 2026. Transmissão oficial disponível em: <https://www.youtube.com/@Conselhonacionaldesaude/streams>. Acesso em: 2 set. 2026.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT). Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS). *Interação por condições sensíveis à atenção primária: Brasil, 2025*. Rio de Janeiro: ICICT/Fiocruz, 2026. Disponível em: [Proadess - Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde](#). Acesso em: 17 set. 2026.
- MACINKO, James et al. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999–2007. *American Journal of Public Health*, Washington, DC, v. 101, n. 10, p. 1963–1970, 2011. DOI: 10.2105/AJPH.2010.198887. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3222340/>. Acesso em: 17 set. 2026.
- SANTOS, Filipe Malta dos et al. Association between hospitalizations for sensitive conditions and quality of primary care. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 57, art.

85, 2023. DOI: 10.11606/S1518-8787.2023057004879. Disponível em: <https://rsp.fsp.usp.br/article/association-between-hospitalizations-for-sensitive-conditions-and-quality-of-primary-care/>. Acesso em: 17 set. 2026.

URBAN, Linei Augusta Brolini Delle et al. Recomendações do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia para o rastreamento do câncer de mama no Brasil. *Radiologia Brasileira*, São Paulo, v. 56, n. 4, p. 207–214, jul./ago. 2023. DOI: 10.1590/0100-3984.2023.0064. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rb/a/GsFsxzqvS8YqVPqb43vtW4h/?lang=pt>. Acesso em: 2 set. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). Declaration of Alma-Ata. *International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata*, USSR, 6–12 Sept. 1978. Geneva: WHO; UNICEF, 1978. Disponível em: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf>. Acesso em: 2 set. 2026.