

RELATÓRIO TÉCNICO

Gestão da atenção primária na saúde suplementar brasileira
Estudo qualitativo sobre aspectos relacionados a escala e
processos administrativos

Versão 001/2020

Coordenação

Alberto José Niituma Ogata

Ana Maria Malik

Equipe Técnica

Adriano Massuda

Gabriela Lotta

Laura Maria Cesar Schiesari

Marcella Abunahman

Este estudo foi realizado por solicitação e financiado pelo Instituto de Estudos em Saúde Suplementar (IESS).

Fundação Getulio Vargas

Escola de Administração de São Paulo

Centro de Estudos em Planejamento e Gestão de Saúde

Av. Nove de Julho, 2029 - 11º andar - Bela Vista - São Paulo - SP

CEP 01313-902

Fone: 55 11 3799-7717 / e-mail: fgvsauade@fgv.br

Sumário

Introdução	4
Atenção primária. Aspectos conceituais	4
Atenção primária à saúde no Brasil	5
A saúde suplementar e a atenção primária	6
Método	9
Resultados e Discussão	11
1. Desafios para implementação da APS	11
a. Cultura do setor e das prestadoras	11
b. Desafios na gestão do serviço	12
c. Engajamento e manutenção de usuários para implantar a APS	14
2. Condições para a implementação da APS	15
3. Condições para ampliar a escala	17
4. Integração da APS com os outros níveis de assistência	19
5. Engajamento dos usuários	20
Atenção Primária na Saúde Suplementar Brasileira	28
Sugestões para implantação e operação	28
Aspectos essenciais para o êxito dos programas/produtos de APS na saúde suplementar	30
Conclusão	31
Referências	32
Anexo 1	35
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	35
Anexo 2	36
Aprovação do Comitê de Conformidade Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Fundação Getulio Vargas	36

Introdução

Atenção primária. Aspectos conceituais

A atenção primária à saúde (APS) é considerada o pilar da organização do sistema de saúde, propiciando um cuidado de qualidade, integral e integrado, com racionalização da utilização dos recursos. O fortalecimento da APS permite que os cidadãos a identifiquem como a porta de entrada do sistema de saúde, possibilitando que seu papel de coordenação do cuidado e integração com os demais níveis seja adequadamente exercido, garantindo uma melhor experiência do usuário ao longo de sua jornada de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

As contribuições de Barbara Starfield possibilitaram a adoção de conceitos e pressupostos que continuam atuais até os dias de hoje. Ela propôs, a partir de um relatório do Institute of Medicine (1978), os chamados quatro atributos essenciais da APS: (a) acesso; (b) coordenação; (c) longitudinalidade e (d) integralidade. Estes constituem as bases para a organização dos serviços, tanto no setor público quanto no privado (Starfield, Shi & Macinko, 2005). Há mais de vinte anos, Starfield (1998) destacou práticas da atenção primária que a distinguem de outros tipos de cuidados, dada

sua proximidade com o usuário e o seu papel dentro do sistema de saúde, a saber:

- Os profissionais da APS, em geral, atendem a uma maior variedade de condições que os especialistas, fazem mais diagnósticos e solucionam afecções comuns. Isso ocorre porque a APS é o ponto do primeiro contato do usuário com o sistema;
- Os profissionais de APS veem mais pacientes de repetição com novos problemas, pois têm a responsabilidade pelo cuidado à comunidade ao longo do tempo.
- A APS tem um maior percentual de atendimentos que podem ser classificados como de prevenção de doenças;
- Os atendimentos da APS implicam maior frequência de retornos (continuidade do cuidado) possibilitando maior proximidade entre o profissional e o usuário e sua família (vínculo) e melhor cuidado.

Com isso, é possível seguir os cidadãos, pacientes e usuários, realizando com maior adequação a prevenção e o diagnóstico precoce de novas doenças.

Atenção primária à saúde no Brasil

O Ministério da Saúde propôs, em 2006, com atualizações em 2011 e 2017, a Política Nacional de Atenção Básica no Brasil (PNAB). Esta define a atenção básica como um conjunto de ações de saúde, individuais ou coletivas, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico e o tratamento de doenças, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. A PNAB pressupõe o trabalho em equipe, dirigida a populações de territórios definidos, onde assume a responsabilidade sanitária. Aspectos relevantes da política são a descentralização e a capilaridade, constituindo-se na principal porta de entrada para a rede de atenção do SUS (Brasil, 2012).

A atenção básica, no âmbito do SUS, pressupõe atenção integral, resolutiva e de qualidade por meio do trabalho em equipe, dirigida a populações de territórios definidos, com acesso universal e cobertura crescente, assumindo responsabilidade sanitária num território e articulação entre os diversos programas e ações ali existentes, inclusive promoção da saúde e prevenção de doenças. Na APS, um pressuposto importante é a articulação de profissionais de diferentes formações, num trabalho integrado, com troca de saberes e experiências, inclusive com o usuário, que é o centro do processo. Isso exige uma organização dos serviços que privilegie o cuidado, a participação e a execução do plano de cuidados individualizado para cada usuário.



Na APS, um pressuposto importante é a articulação de profissionais de diferentes formações, num trabalho integrado, com troca de saberes e experiências, inclusive com o usuário, que é o centro do processo.



Neste sentido, a APS não é um ponto de “triagem” ou de regulação, mas um ponto focal, onde a maioria das questões da saúde dos usuários é resolvida. Na APS, o participante deve se sentir acolhido, desenvolver relações de vínculo com os profissionais do serviço e ter garantida a continuidade do cuidado ao longo

do tempo. Um serviço de APS que, por exemplo, possui alto turnover de seus profissionais, que apresenta baixa resolutividade ou que dificulta o acesso dos participantes dificilmente atingirá os objetivos propostos. (Almeida e cols., 2010).

Para planejar e oferecer o cuidado mais adequado para a população em questão é necessário

conhecer as condições epidemiológicas da população adstrita, incluindo condições sanitárias, distribuição etária, fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis. Também é necessário identificar e estabelecer mecanismos efetivos de referência e contrarreferência com a atenção secundária e terciária disponíveis. A APS deve ser a ordenadora do sistema de saúde, sendo inclusive desejável sua atuação proativa e inovadora, não se restringindo a ações pontuais e isoladas, sem conexão com a rede assistencial. Ela não é um mero ambulatório médico e não pode ser uma “ilha”, sem conexão com a rede assistencial.

As chamadas “condições sensíveis à atenção primária” (CSAP) devem ser identificadas no

A saúde suplementar e a atenção primária

A Lei 9656/98, que regulamentou os planos privados de assistência à saúde, determinou o fortalecimento do polo assistencial da regulação e o consequente fortalecimento do papel do Ministério da Saúde no processo (Figueiredo & Vecina, 2016). Por definição, um plano privado de assistência à saúde se refere a um contrato de prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preços pré ou pós-estabelecidos, por prazo indeterminado, e com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela facilidade de acesso e de atendimento a profissionais ou serviços de saúde livremente escolhidos mediante pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor (Brasil, 2013).

Com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em 2000 (Lei 9.961) o

território. A busca da resolutividade no cuidado a tais condições na APS reduz o número de internações e de consultas nas emergências. Seus resultados têm se mostrado efetivos em estudos internacionais (Mendes, 2012).

Frequentemente, os usuários relatam muitas queixas em relação ao atendimento na rede assistencial, entre as quais se relacionam questões como comunicação (insuficiente), acolhimento (inadequado) ou cuidado integrado (na verdade, fragmentado). A satisfação dos usuários com o cuidado prestado é essencial para fortalecer seu vínculo com os serviços e aumentar sua adesão aos tratamentos e ações propostas.

sistema de saúde passou a ter um “órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde”. Esse órgão tem “por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País”. A ANS surgiu em função das falhas observadas nas relações entre as empresas e os consumidores. Suas funções se orientam à correção dos desequilíbrios nas relações entre empresas, prestadores e clientes. Esta correção exige maior definição do padrão de competitividade proposto para o setor.

Neste contexto, a complexidade do campo

relacional que constitui a articulação entre os setores público e privado reside na grande quantidade de atores e na multiplicidade de interesses envolvidos no financiamento e na alocação de recursos para a assistência à saúde. Empresas prestadoras, operadoras de planos de saúde, agenciadoras e intermediários na relação de compra e venda de pacotes de serviços, organizações que se responsabilizam por oferecer assistência aos seus colaboradores, estabelecem uma teia de relações entre elas com o mercado financeiro e o Estado, podendo criar um obstáculo ao planejamento das ações de assistência à saúde, uma vez que esta multiplicidade de atores potencialmente instaura uma dinâmica de articulação fragmentada e pouco transparente (Sestelo et al., 2013).

O cuidado na saúde suplementar se caracteriza por práticas fragmentadas, centradas na produção de procedimentos dado o modelo de remuneração vigente. Não se consegue identificar modelos assistenciais integrados e efetivos. Com isto, há oferta disseminada de serviços ambulatoriais e hospitalares, raramente coordenados e integrados. Em consequência, promoção da saúde e prevenção de doenças se restringem a ações isoladas, em detrimento da atenção integral à saúde do beneficiário, incluindo o cuidado aos doentes crônicos. Este fato gera insatisfação e elevado número de queixas dos usuários. Neste cenário, fica clara a necessidade de as operadoras de saúde desenvolverem mecanismos de gestão do cuidado, com ênfase na produção de saúde (e não no foco na doença).

Entretanto, essa realidade parece começar a mudar. Existem novas experiências em

curso que têm a possibilidade de levar as operadoras a se constituírem em promotoras e gestoras do cuidado. A premissa é que a saúde suplementar pode e deve oferecer serviços de atenção primária, capazes de gerar qualidade assistencial e qualificar as despesas. Contudo, sua operacionalização ainda esbarra na questão da porta de entrada que, de acordo com as normas vigentes, tende a ferir a liberdade de escolha do beneficiário em procurar serviços especializados como primeiro atendimento. Sabe-se, no entanto, que nem sempre o livre acesso ao atendimento é a melhor escolha para a saúde do indivíduo. A solução remonta a um debate mais amplo que a sociedade brasileira precisa fazer: a quem cabe escolher o melhor cuidado para a saúde do cidadão? Qual o papel do cidadão (ou, no caso da assistência suplementar, do beneficiário) na escolha do cuidado mais adequado para sua necessidade?

O sistema de saúde suplementar é, em grande parte, centrado no hospital e/ou no médico, fragmentado, com baixa coordenação, particularmente entre as ações de prevenção, tratamento e reabilitação. Frequentemente, por mais que pareça contraditório, as iniciativas de APS desenvolvidas nesse setor assumem essas mesmas características, sem integração no âmbito da rede assistencial e sem atuação de maneira centrada no usuário.

As operadoras de planos de saúde brasileiras desenvolveram iniciativas para estruturar a APS por meio do desenho de programas ou de produtos específicos. O desafio das normas regulatórias da ANS em relação aos contratos assinados entre operadoras e consumidores, para garantir o acesso do beneficiário aos

serviços (consultas, exames, procedimentos) sem passar por uma porta de entrada de APS, se constitui numa barreira considerável à ampla adoção deste modelo. Esta dificuldade se acentua nos contratos em que alegadamente é garantida a livre escolha, por meio do reembolso de honorários, sem qualquer vinculação e compromisso dos profissionais com o cuidado em rede. Muitas vezes, as operadoras são obrigadas por lei a oferecer acesso a ampla gama de especialistas e procedimentos, com prazos máximos de atendimento na sua área de atuação, sob pena de receber diversas penalidades previstas na RN 259/11 da ANS. Algumas medidas administrativas adotadas, como a cobrança de uma quantia, à guisa de coparticipação, não parecem surtir o efeito pedagógico desejado sobre o comportamento dos consumidores em relação à utilização da rede assistencial.

Neste contexto, a criação de serviços com médicos generalistas que atuam como gatekeepers que buscam, de maneira primordial, regular o acesso à rede especializada, não representa o modelo de Atenção Primária à Saúde. Pode, no entanto, trazer resultados na resolução de problemas de menor complexidade e propiciar uma melhor relação com a atenção secundária e terciária.

A ANS lançou, em 2018, por meio da 440/2018

o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde visando incentivar as operadoras de planos de saúde a desenvolver um cuidado mais qualificado aos seus beneficiários. Este Programa começou com o Projeto de Atenção Primária à Saúde, que prevê a concessão de uma certificação às operadoras que cumprirem requisitos pré-estabelecidos nessa estratégia. Neste contexto, o objetivo seria estimular a qualificação e a reorganização da atenção básica. A participação nesse projeto era voluntária e as operadoras poderiam participar ou por meio da obtenção de uma certificação ou da implantação de projetos-piloto.

Apesar do reconhecimento do potencial da reorientação do cuidado com base na atenção primária com consequente racionalização do fluxo do paciente dentro da rede assistencial, a adesão das operadoras a programas e projetos como o supracitado não tem recebido adesão suficiente para permitir escala adequada para trazer resultados substanciais para o sistema como um todo.

O presente estudo visa a identificar, sob a ótica de gestores de tais programas nas operadoras de saúde, os desafios e as oportunidades para que a atenção primária à saúde ganhe escala no sistema privado e se constitua no elemento organizador do sistema.

Método

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em cooperação técnica com a Organização Panamericana da Saúde (OPAS) criou, em 2017, o Laboratório de Inovação sobre Experiências de Atenção Primária na Saúde Suplementar Brasileira buscando identificar as iniciativas das operadoras de saúde que utilizavam modelos de atenção inovadores, baseados na atenção primária e, preferencialmente, na medicina de família e comunidade. As experiências das operadoras foram selecionadas com prioridade para os programas já implementados, baseados em evidências científicas, cuja contribuição para a atenção à saúde estivesse sendo acompanhada e que apresentassem indicadores relacionados aos atributos essenciais da APS. O laboratório de inovação, composto por representantes da OPAS e da ANS, selecionou 12 experiências consideradas como inovadoras na organização

de seus serviços a partir da identificação dos atributos da APS, e que apresentassem indicadores de processo e resultados. Também foram selecionadas 6 experiências com atributos da APS, porém ainda sem resultados demonstrados, devido ao curto tempo de implementação (ANS, 2018).

Foi realizado estudo qualitativo por meio de entrevistas individuais a partir de um roteiro semiestruturado com uma amostra de gestores de operadoras de saúde selecionadas no Laboratório de Inovação sobre Experiências de Atenção Primária na Saúde Suplementar Brasileira. A escolha por um estudo qualitativo teve caráter exploratório e se justifica pela necessidade de levantar informações detalhadas e explicações sobre processos e histórico de ações que não seriam captadas por metodologias quantitativas e ainda não registradas em outros estudos e fontes de dados.

Para a seleção da amostra foram considerados os seguintes critérios:

1. A operadora deveria ter sido selecionada pelo Laboratório de Inovação sobre Experiências de Atenção Primária na Saúde Suplementar Brasileira da OPAS/ANS.
2. O profissional entrevistado deveria atuar na área de atenção primária à saúde da operadora em cargo de gestão/coordenação.

As entrevistas foram realizadas pelos pesquisadores até que se constatasse a saturação teórica, ou seja, não se constatarem elementos novos a partir do campo de observação

(Minayo, 2017). No total, 12 profissionais foram entrevistados. Quatro deles trabalhavam em empresas de medicina de grupo ou seguradoras, quatro em cooperativas médicas,

três em operadoras de autogestão e um em uma organização filantrópica. As entrevistas foram realizadas por via telefônica ou pela internet, dado o contexto da pandemia que inviabilizou entrevistas presenciais. Os respondentes assinaram, previamente à realização das entrevistas, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1). Todas as entrevistas foram gravadas e em seguida transcritas.

Foram utilizados mecanismos para evitar a identificação dos entrevistados.

Para coleta de dados, foi desenvolvido e aplicado um roteiro semiestruturado com questões relativas às dimensões de análise que permitiriam responder à pergunta de pesquisa. A tabela abaixo sistematiza as dimensões analisadas e as perguntas realizadas.

Perfil	Tipo de operadora
Perfil	Local de atuação
Perfil	Número de beneficiários
Perfil	% da carteira com APS
Condições para implantação	Quais foram os fatores relevantes para implementação da APS?
Desafios	Quais são os desafios para implementação da APS?
Integração	Quais são os desafios e oportunidades para integrar APS com os demais serviços da operadora?
Beneficiários	Quais as estratégias para gerar engajamento do beneficiário na iniciativa de APS - desafios e oportunidades
Telessaúde	Como as tecnologias e telessaúde têm sido incorporadas na APS?

Tabela 1

Dimensões de análise consideradas e orientadores de perguntas. Fonte: autores, 2020

A análise dos dados seguiu três processos de codificação. O primeiro foi axial, utilizado para todas as entrevistas a partir dos temas das perguntas. O segundo processo foi inspirado na metodologia grounded. Cada resposta foi codificada, buscando compreender tipologias de elementos que apareciam em cada uma delas.

No terceiro processo, os subcódigos foram juntados em macro códigos que estruturaram as análises aqui apresentadas.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Conformidade Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Fundação Getúlio Vargas com Parecer 058/2020. (Anexo 2)



Resultados e Discussão

No total, 12 profissionais foram entrevistados. Quatro deles trabalhavam em empresas de medicina de grupo ou seguradoras, quatro em cooperativas médicas, três em operadoras de autogestão e um em uma organização filantrópica.

Inicialmente, os achados foram distribuídos em cinco blocos. No primeiro, foram apresentados os desafios para a implementação da APS. No

segundo, as condições vistas como necessárias para implementar as ações de APS. No terceiro, foram apresentadas as condições necessárias para gerar escala nestas ações. O quarto discute sugestões para integração entre as linhas de cuidado. Finalmente, no último bloco, foram discutidas estratégias para aumentar o engajamento dos usuários do sistema.

1. Desafios para implementação da APS

Os entrevistados apontaram diferentes tipos de desafios para a implantação da APS no subsistema de saúde suplementar do SUS.

a. Cultura do setor e das prestadoras

O primeiro desafio se relaciona à cultura do setor e das operadoras que centram suas ações sobretudo em serviços de atenção secundária ou terciária. Isto gera desconfiança por parte dos gestores quanto à importância da APS. Ao mesmo tempo, a APS tem, constantemente, que comprovar sua importância, tanto para a manutenção dos serviços existentes quanto para sua expansão. Neste contexto, a maior limitação para seu avanço está relacionada ao tempo necessário para que seus resultados apareçam, o que não ocorre no curto prazo. Como apontou uma entrevistada: ***“a gente não tem tempo para evidenciar o impacto, porque os gestores mudam de estratégia a cada seis meses”***.

A própria natureza da APS cria uma limitação para esta legitimidade, visto que seus resultados tendem a aparecer em médio e longo prazos, demandando paciência dos usuários e dos profissionais, além do tempo de espera para a obtenção de resultados financeiros, por parte dos gestores.

Estes desafios internos às operadoras são reforçados pela falta de estímulo da Agência Nacional de Saúde Suplementar que, de forma geral, não incentiva este modelo por meio de suas normas regulatórias. Por exemplo, exige acesso amplo e direto a especialistas. Como disse um dos entrevistados:



“a gente tenta fazer com que a atenção primária seja porta de entrada obrigatória, mas a gente sabe que se o paciente fizer alguma reclamação, fizer algum questionamento, a gente vai ter que dar acesso para ele direto ao especialista, porque é isso que diz a norma regulatória



Assim, além de a atenção primária ser estranha à cultura organizacional das operadoras, não há motivação extrínseca para sua adoção, salvo que o gestor conheça profundamente o modelo e acredite nele. Para o mesmo entrevistado, **“já é tempo de ter uma norma regulatória que diga que existem planos que podem ter acesso hierarquizado através da atenção primária e isso é uma coisa que é premente assim”**.

b. Desafios na gestão do serviço

Um segundo conjunto de desafios diz respeito a questões operacionais da APS. Por ser um tipo de serviço novo, as operadoras têm dificuldade de precificação do produto. Também ocorre demora no retorno financeiro esperado, dado que se trata de um investimento de médio ou longo prazo.

O investimento na estruturação e na manutenção do programa é visto como um custo fixo elevado. A manutenção do mesmo depende da constância de objetivos da liderança, o que varia de acordo com o modelo de governança da operadora.

Além disso, a forma tradicional de oferta dos serviços é incompatível com a lógica da APS, que requer uma coordenação do sistema para o cuidado integral nos três níveis de atenção. Como afirmou um dos entrevistados, **“é difícil fazer a transição de modelo quando você mantém o modelo fragmentado, centrado no hospital, sentado nas diversas especialidades e centrado no médico”**. O foco na atenção prestada por especialistas, comum nas operadoras, cria conflitos para a adoção de tipos de atendimento mais voltados à integralidade e à visão global. Um dos entrevistados refere que:



a ideia é que uma pessoa passe na atenção primária em até 48 horas..., que tenha agenda facilitada 48 ou no máximo 72 horas quando a gente fala ali em fim de semana... um prazo de 48,62 horas para essas especialidades.



Ou seja, aos poucos, este fluxo aliado à agilização do atendimento pelo especialista, quando necessário, mudaria a percepção que os usuários têm do médico de família enquanto gatekeepers. Além disso, a inexistência ou falta de integração de sistemas de monitoramento e registros eletrônicos é um grande impedimento à implementação da APS, que depende de informações para um acompanhamento longitudinal.

Os participantes da pesquisa também relataram dificuldades em relação à disponibilidade de médicos capazes de atuar na APS, em especial os médicos de família e comunidade. Para um dos entrevistados, o médico qualificado conseguiria:



realmente fazer um papel de coordenador do cuidado e conheça muita clínica para que de fato o paciente consiga resolver 80% das suas necessidades aqui e se sentir mais seguro.



Estes são poucos, segundo os entrevistados, e apresentam alta rotatividade na função, prejudicando o estabelecimento de vínculo com pacientes, que é um requisito para a atenção primária efetiva, no atributo de longitudinalidade.

c. Engajamento e manutenção de usuários para implantar a APS

Outro conjunto de desafios diz respeito à conquista e manutenção de usuários para os planos centrados em atenção primária. Segundo os entrevistados, muitos beneficiários de planos privados de saúde têm preconceito com a atenção primária por associarem a ideia desse tipo de atendimento a uma visão pejorativa do SUS ou de serviços gratuitos. Muitos também acreditam que esta seria apenas uma forma de impedir acesso aos especialistas. Outra dificuldade diz respeito à rotatividade de clientes – funcionários de empresas contratantes de planos de saúde - o que não viabiliza a sobrevivência no longo prazo de um modelo de atenção primária integral e

contínua. Por fim, os corretores/vendedores/distribuidores/consultores não acreditam na atenção primária e, portanto, não priorizam a venda desse modelo para seus clientes.

Para um dos entrevistados, é preciso avaliar junto a cada empresa se ela e seus beneficiários reúnem as características necessárias para adesão à APS. Para ele, é possível avaliar: **“essa empresa não adianta entrar, vai ser só vida a mais, mas é problema a mais também”**. Ou seja, há empresas que já tem um “jeito de cuidar do funcionário diferente”, facilitando a implementação do programa.

2. Condições para a implementação da APS

Os entrevistados apontam que a implementação de serviços de atenção primária depende de uma mudança na gestão da operadora de saúde. Em primeiro lugar, a liderança precisa estar segura e acreditar no projeto de médio prazo, mesmo que este não traga retorno financeiro de curto prazo. O uso de informações e experiências prévias que ajudem a construir a legitimidade do modelo e o convencimento a respeito de suas vantagens

é importante para ganhar adesão da gestão. Além disso, a APS precisa ser assumida não como uma estratégia de baixo custo, mas como um modelo racional, que orienta a assistência e organiza a gestão como um todo. Portanto, deveria ocupar lugar central na estratégia da organização, funcionando como ordenadora dos serviços. Como apontou um entrevistado a este respeito:



as pessoas ainda não sabem conceitualmente o que seria uma atenção primária (...) a gente sabe que é toda uma organização de entrada ao sistema de saúde. (...). Para a gente convencer as pessoas de usar, tem que começar de cima para baixo.



Esta entrevista também mostra como, além do convencimento da liderança, é importante que os profissionais – principalmente das áreas médicas e de enfermagem – estejam também convencidos das vantagens da ordenação do serviço, capacitando-os continuamente para atuar e valorizar a APS. Portanto, é preciso mudar a percepção dos médicos especialistas, por exemplo, de que se está “roubando cliente dos consultórios” e mostrar os benefícios do modelo de atenção integral.

O convencimento da área comercial das operadoras é fundamental para garantir o entendimento sobre sua importância e os

benefícios que a APS pode trazer e assim garantir que o modelo seja oferecido como serviço prioritário. Para tanto, segundo um dos entrevistados, **“tem que ser trabalhado como evitar esse trabalho de corretores de cada ano estar levando a carteira para outra empresa para ganhar só com a intenção de ganhar corretagem... trabalhar aí de uma forma que quando tem renovação, o corretor também receba alguma coisa e tenha algum vínculo.”**

A implementação da atenção primária demanda também uma reorganização na operação dos serviços. A gestão precisa organizar um sistema de referência e contra referência para

encaminhamento e acompanhamento integral dos pacientes. É necessário construir protocolos e linhas de cuidado para a realização dos encaminhamentos tendo a atenção primária como porta de entrada e ordenadora da assistência. Para um entrevistado, a **“APS é a melhor forma de organizar o sistema de saúde, isso são experiências internacionais e as experiências mesmo locais e internas nas operadoras mostram isso, que quando há o engajamento da população o resultado é bom, é assim, traz resultados significativos... para o beneficiário do ponto de vista clínico.”**

Além disso, o serviço precisa respeitar as questões regionais e demográficas de cada

lugar onde for implementado, de forma a ter um desenho adaptado às demandas da localidade e da população atendida.

A preocupação com os clientes é também levantada como ponto de atenção nas entrevistas. Assumindo o preconceito dos clientes em relação à atenção primária e dado o desconhecimento do serviço pelo público, a operadora precisa adotar diversos mecanismos para atrair e fidelizar clientes. Assim, em primeiro lugar, é importante que a APS seja apresentada como um serviço diferenciado que permite o acompanhamento longitudinal continuado. O trecho da entrevista a seguir exemplifica esta questão:



quando eles (clientes) têm um plano privado, eles entendem que estão comprando um cheque em branco onde eles podem passar nos especialistas que eles querem. Aqui (na APS) o plano restringe acesso, eles são obrigados a passar com o médico de família e não têm acesso direto a dermatologista, otorrinolaringologista, pediatra. Então precisava trabalhar a sensibilização, a informação para que eles entendessem que esse acesso ao especialista é desnecessário. Eu acho que a gente precisaria trabalhar com uma outra abordagem para mostrar a importância (da APS).



Também é importante focar em públicos bem definidos que podem ser mais atraídos pelo modelo. Alguns entrevistados apontaram a importância de priorizar a venda para o mercado

corporativo em parceria com as empresas, que podem adotar o plano como parte de sua estratégia de saúde corporativa, com ênfase na qualidade de vida dos funcionários.

3. Condições para ampliar a escala

Além da implementação da APS, discutimos com os entrevistados as estratégias adequadas para ampliar a escala dos serviços. Este é um tema relevante, dado que a maioria dos serviços de APS já implementados nas operadoras começaram como projetos piloto e com escala reduzida e tiveram dificuldade em sua ampliação.

Em primeiro lugar, a ampliação da escala depende de visão estratégica com foco na atenção primária como ordenadora do serviço, sem o que a sua expansão não ocorrerá. Se a APS se mantiver apenas como mais um serviço será difícil ampliá-la. Este ponto é exemplificado na entrevista abaixo que relata um caso de sucesso na implementação da APS:



Uma das questões fundamentais (para implementação da APS), primeiro é um alinhamento estratégico da empresa (...). A gente conseguiu colocar, no planejamento estratégico da empresa, a questão da atenção primária. Está lá forte como uma das diretrizes estratégicas, como um dos objetivos estratégicos a expansão da atenção primária (...). Sem esse alinhamento estratégico você fica sempre tentando se justificar, tentando pegar todos os preceitos e experiências internacionais e tentar jogar dentro da tua estrutura, então alinhamento estratégico para mim é fundamental.



Além disso, a qualidade dos serviços e seu monitoramento por meio de indicadores de produtividade e satisfação são essenciais.

Os entrevistados também apontam que o aumento de escala depende da criação de incentivos financeiros para integrar as especialidades com a atenção primária (como tabela de remuneração diferenciada). Por fim, a integração de registros eletrônicos e a utilização de prontuário eletrônico são vistas como condição para ampliação da escala, já que a atenção integral depende do acompanhamento do paciente por todos os serviços, em toda a sua jornada.

O aumento de escala também depende de uma adequação das estratégias de venda. Vender para o mercado corporativo, fazer busca ativa de pacientes em programas como preparação para a aposentadoria e exames regulares no mês de aniversário são algumas das possibilidades para ampliação da escala. Além disso, os entrevistados apontam a importância de ampliar a faixa etária dos clientes da APS e de oferecer preços diferenciados para gerar adesão e fidelidade.

A escalabilidade também demanda reorganização de serviços. Em primeiro lugar, é importante ofertar unidades de APS aos diferentes públicos

com acesso facilitado. Também é importante incorporar dimensões do território e do público local no desenho do serviço, considerando os determinantes sociais da saúde que são parte integrante de serviços de atenção primária. O investimento em telemonitoramento e na relação direta entre os pacientes e os médicos é condição facilitadora para a escala do modelo, pois o monitoramento do paciente e de suas condições de saúde são fundamentos da integralidade do atendimento.

Os entrevistados apontam, por exemplo, a importância de ter controle na alta hospitalar de maneira a rastrear os pacientes a partir desse momento. Consideram imprescindível determinar os profissionais necessários para a oferta do serviço e buscar reforçar sua presença nos pontos de prestação de serviços – por exemplo, médicos generalistas, médicos da família etc.

A escalabilidade também depende da definição de áreas prioritárias de atuação. Educação em saúde, por exemplo, faz parte de uma estratégia de prevenção, característica da atenção primária. Focos em saúde da mulher, gestação, doenças crônicas, saúde mental e emagrecimento também podem atrair boa parte do público da atenção primária e gerar adesão ao programa.

4. Integração da APS com os outros níveis de assistência

Um dos grandes desafios para implementação e ampliação da escala de atenção primária na saúde suplementar está em integrar a rede de assistência para garantir integralidade do atendimento ao público tendo a APS como porta de entrada e base para o acompanhamento longitudinal. Paratanto, os entrevistados apontam que a integração de serviços e informações é imprescindível para o fortalecimento desse modelo. É necessário implementar um serviço de referência e contra referência que gere integração entre os diferentes níveis de atenção ou pontos da rede.

O maior gargalo é o acompanhamento pós internação hospitalar. Os entrevistados sugerem que uma das maneiras de diminuir este problema é dispor de uma enfermeira auditora no hospital

que realizasse a integração entre os serviços. Também propõem que a APS receba a lista de pessoas que tiveram alta, com o respectivo CID, para acompanhar casos e fazer busca ativa de pacientes.

Em relação às informações dos pacientes, a implantação de prontuários eletrônicos (PEP) em toda a rede foi considerada fundamental. Além de permitir acompanhamento integral, o PEP permite que as operadoras mapeiem os grandes utilizadores da rede e os convidem a se integrem ao programa da APS.

Por fim, para garantir que a integração seja de fato operada pela atenção primária, como ordenadora do sistema, o médico da família deveria ser o acionador de todos os níveis de atenção, realizando a coordenação necessária.

5. Engajamento dos usuários

A implementação e a escalabilidade da APS como ordenadora do sistema dependem também do engajamento contínuo dos usuários com o serviço. Como apontado anteriormente, muitos pacientes não conhecem a lógica da APS ou têm preconceito em relação a ela. Os pacientes também se sentem inseguros frente aos médicos da família em contraposição aos especialistas, com os quais estão acostumados, pois estes se interessam por diversos aspectos de sua vida (que podem parecer confidenciais). Assim, as operadoras de saúde precisam garantir que seus prestadores contratados criem estratégias para garantir adesão e fidelidade, mostrando aos pacientes o diferencial e a relevância de um atendimento integral e oferecendo incentivos para os beneficiários. Estes precisam ter

segurança de que a APS é mais fácil de acessar e mais disponível do que os serviços dos quais já são usuários.

Para isso são necessárias ações de conscientização dos pacientes, que devem focar no longo prazo para que os pacientes sintam a diferença de estarem sob acompanhamento integral. Dado que boa parte dos beneficiários chega via empresas contratantes, ações voltadas às empresas podem ser mais efetivas do que aquelas realizadas diretamente com usuários. Nessa perspectiva, os entrevistados sugerem promover o engajamento dos usuários, fortalecendo políticas de cuidado integradas às áreas de recursos humanos e saúde ocupacional das empresas. Um entrevistado aponta este elemento:



Mas certamente as pessoas que estão ali no RH e as pessoas que estão ali na saúde ocupacional dessas empresas entendem a importância disso (de ter a APS).



Sugerem ainda a realização de ações como isenção da coparticipação, agenda com livre acesso e programas focados em públicos específicos (tabagistas, obesos, com doença mental etc.), agilidade no atendimento e no acesso aos médicos, que podem ser estratégicas para aumentar a adesão.

As operadoras devem investir em estratégias de comunicação para que os pacientes sintam

sua presença constante. Uso de depoimentos positivos, aposta na divulgação boca-a-boca, disseminação massiva de programas em vários canais e realização constante de pesquisas de satisfação são outros exemplos de como fortalecer a relação com os usuários.

Vários entrevistados apontaram elevada satisfação dos usuários da APS, tais como:



as pessoas que usam o produto, o nosso índice de satisfação com os médicos pode chegar a 9,6 de avaliação numa escala de 0 a 10, então é alto.. tem uma pesquisa ... que pergunta se você indicaria para o outro, e é também entre 8,5 e 9...Os principais detratores do serviço são os que não usam...



Por fim, programas de exames periódicos para todos (por exemplo, no mês de aniversário) pode aumentar a adesão dos pacientes. A Intensificação do programa de saúde da mulher, com bons ginecologistas e obstetras, pode trazer mais mulheres para a clínica e o programa. A ampliação da faixa etária, já apontada anteriormente, também pode contribuir para a maior adesão e fidelização dos pacientes.

O presente estudo analisa os fatores associados e as barreiras potenciais para a adoção mais ampla da atenção primária como ordenadora do cuidado no âmbito da saúde suplementar brasileira.

Por exemplo, no setor, percebe-se uma cultura focada na doença, em condições agudas, centrada no hospital e nas especialidades médicas. Desta forma, ela não considera o cuidado centrado na pessoa e menos ainda a atenção primária com a organizadora do sistema. (Ballester et al, 2010; Pagliosa e Da Ros, 2008 e Silva Júnior, 1997). Manter este foco reforça a contradição entre a situação atual, de transição demográfica e epidemiológica, que evidencia prevalência de condições crônicas, e um sistema voltado para atender às necessidades de pacientes com condições agudas e daqueles com agudizações de condições crônicas. Este modelo responde, de

maneira reativa, à demanda da população, com ênfase no sintoma, enfatizando cada episódio e reforçando a fragmentação do sistema.

Segundo Mendes, sistemas estão falhando por não conseguir acompanhar a situação de saúde do século XXI pois estão organizados ainda com a lógica dos serviços e das necessidades do século XX. Com o acelerado envelhecimento, trazendo a presença da tripla carga de doenças e a preponderância das condições crônicas, os sistemas de saúde, tanto no setor público quanto no suplementar, vêm apresentando respostas inadequadas à população, oferecendo serviços isolados, pouco articulados, com reduzida capacidade de atenção contínua à comunidade, sem buscar o protagonismo do usuário e passivos frente às demandas da população (Mendes, 2013).

De acordo com os resultados da pesquisa, os gestores da saúde suplementar esperam da APS demonstração de resolubilidade assistencial e de resultados econômicos para ganhar legitimidade, apesar das evidências amplamente demonstradas na literatura internacional. Por exemplo, o estudo de Kerr, Williams e Greenberg (1961), com dados dos Estados Unidos e do Reino Unido, já demonstrava que 94% dos problemas de uma população adulta podem ser resolvidos no “primeiro contato” e apenas 6% precisariam de assistência em serviços de maior densidade tecnológica. Em 2001, embora com modelos assistenciais e de financiamento diferentes, provou-se que as estimativas de 40 anos atrás ainda eram atuais, mesmo que à época não se falasse de APS, mas sim de níveis de atenção (Green, 2001). A APS pode trazer desfechos positivos, nos médio e longo

prazos, com potencial de redução nos custos assistenciais incorridos por uma população (pensando no coletivo e não no indivíduo). Como em regra, na saúde suplementar, espera-se a demonstração de resultados financeiros positivos no curto prazo, inclusive para o controle do aumento da sinistralidade do setor, torna-se difícil o convencimento dos decisores. (ANS, 2020).

Mesmo alinhados com os princípios norteadores da APS e assumindo que, desde 2005, a ANS tenta estimular as operadoras de saúde a implantar e desenvolver cuidados primários, os respondentes sugerem a necessidade de ocorrerem ações mais efetivas de estímulo e indução por parte da agência reguladora. Um dos diagnósticos a respeito dos problemas dos sistemas de saúde contemporâneos referem a presença de incentivos confusos ou desalinhados. De fato, quando a ANS estabelece prazos máximos para oferta de atendimentos especializados, além de garantir o acesso a serviços primários, permitindo que o beneficiário seja, muitas vezes, o único agente de definição de suas necessidades e coordenador do seu próprio cuidado, torna-se difícil para o usuário tomar a decisão em que o caminho para o especialista (mesmo que nem sempre necessário) é mais longo. A ANS ainda não incluiu a medicina de família e de comunidade como especialidade dentro do que considera “consulta básica”. Desta relação, constam, até outubro de 2020, pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia.

O Brasil apresenta dificuldades relacionadas à formação, oferta e distribuição de médicos de família e comunidade. Mesmo com as novas estratégias de ensino-aprendizagem por

meio das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Medicina do ano de 2014, buscando favorecer o cenário da APS no ensino, este processo precisa de mais apoio. Em 2018, por exemplo, uma das especialidades com ampliação na oferta de vagas de residência médica foi a medicina de família e comunidade que, no entanto, teve baixa procura. Esta especialidade foi a primeira opção para apenas 1,5% dos recém-formados que pretendiam cursar residência médica no país. Em 2018, 4,4% dos médicos residentes cursavam a residência médica em medicina de família e comunidade, ficando no 7º lugar dentre as 55 especialidades médicas oficialmente reconhecidas. Entretanto, mais de 4 mil vagas ficaram ociosas em 2017, ano em que o Brasil registrou somente 5.486 médicos de família, ou seja, 1,4% do total de especialistas no país e, ainda, concentrados na região Sudeste.

Em consequência, há um número insuficiente de profissionais em especialidades consideradas estratégicas para o SUS. (Scheffer et al, 2018). Por outro lado, o status deste especialista ainda é pouco reconhecido. Quando o setor privado decide investir nestes profissionais costuma buscá-los no setor público, onde eles receberam formação para além da prática assistencial. Com isso não é raro haver divergências de orientação entre a empresa (OPS) e seu representante junto à população, o médico. Em função disso, as operadoras – exceto aquelas de fato focadas no novo modelo – contam com médicos clínicos, adaptados com muita frequência, para fazerem papel de triadores.

A rotatividade médica deve ser avaliada frente às condições de trabalho, à remuneração,

às oportunidades de aperfeiçoamento, reconhecimento profissional, plano de carreira, qualidade de vida e ambiência, para que seja possível atrair e reter este profissional na saúde suplementar. (Campos, Malik, 2008)

Para a APS ser uma eficaz coordenadora do cuidado o profissional deve ter conhecimento dos problemas dos cidadãos sob sua responsabilidade, em relação a suas condições de vida e não apenas saúde, em qualquer ponto na rede de atenção pois, mesmo quando elas necessitam de atendimento em outros serviços, a centralidade do cuidado está na atenção primária. Para tanto, faz-se necessária a disponibilidade de informações sobre a utilização dos serviços e comunicação intensiva dentro da rede de atenção à saúde (Starfield, 2002 e PNAB, 2017). O investimento em tecnologia com o intuito de avançar no desenvolvimento de sistemas de informação para aprimorar a coleta de dados, a continuidade da informação, a coordenação do cuidado, a transparência e a performance da APS são fundamentais para a o sucesso na gestão do paciente e dos serviços (Astana, 2018).

As operadoras deveriam utilizar tecnologias de informação de modo a obter dados para realizar a gestão do cuidado dos beneficiários, mas aparentemente existe uma barreira operacional. Embora isto fosse básico, inclusive para a gestão dos beneficiários dos planos de saúde e obtenção de resultados financeiros, no modelo assistencial fragmentado vigente verifica-se resistência ao compartilhamento de dados por parte dos profissionais e prestadores, além de os sistemas de informação existentes serem pouco adequados às necessidades dos pacientes.

Já em 1992 Mário Testa trazia uma reflexão importante sobre os cuidados primários em saúde, no sentido de que são identificados como “medicina pobre para pobres”. Os cidadãos brasileiros têm esta percepção errônea sobre a APS, seja no SUS seja – ainda mais – como beneficiários de planos de saúde. Além disso, há o preconceito de que a atenção primária na saúde suplementar funcionaria apenas como forma de controlar o acesso às especialidades e exames, como mecanismo de redução de gastos, e não como forma de aprimorar o cuidado. A mesma distorção é percebida em relação à coparticipação financeira, que perde o seu papel educativo sendo entendida como forma de reduzir a utilização de serviços ou até de auxiliar na saúde financeira da operadora. Desta forma, não há a clareza sobre o papel benéfico da APS para o seu usuário ou potencial paciente. Aparentemente a comunicação sobre esta modalidade assistencial para a população é contraditória.

Para de fato implantar o novo modelo em sua integralidade, a operadora deve fornecer informações claras aos beneficiários sobre o modus operandi da atenção primária, por meio de estratégias de comunicação que incluam a rede assistencial, da qual constem o nome dos médicos e dos serviços de referência disponíveis. Também é desejável evidenciar que os profissionais, em especial os médicos de família e comunidade, são clínicos qualificados e têm como responsabilidade encaminhar adequadamente os usuários para serviços de maior complexidade, sempre que necessário. (Santos e Giovanella, 2016). O mecanismo de gatekeeping, com a APS na porta de entrada, não pode ser visto como barreira ao acesso

oportuno, mas sim como a oportunidade para a integralidade e coordenação do cuidado. Desta forma, cabe às operadoras reforçar periodicamente a orientação aos pacientes no que tange à prestação dos serviços de saúde primários oferecidos, a fim de atrair, gerar satisfação, aumentar vínculos e ampliar escala.

É conhecido o exemplo de uma operadora que não participou da iniciativa OPS/ANS, cuja prática é permitir acesso dos seus beneficiários aos pronto socorros, quando assim o desejam. Como seu sistema de informação é bem construído, um responsável pela continuidade do cuidado é acionado quando ocorre este tipo de atendimento como primeiro acesso e o beneficiário é procurado para o seguimento da assistência prestada.

A taxa de rotatividade dos beneficiários de planos de assistência médica, em março de 2019, foi de 23,2% nos planos coletivos e de 13,6% nos individuais (ANS, 2019). Este fenômeno, devido muitas vezes a contratos desfeitos entre empresas contratantes e operadoras, nos planos coletivos, gera descontinuidade no cuidado e consequente estímulo à não formação de vínculos entre equipe e usuário, comprometendo o princípio da “longitudinalidade”. Nos planos individuais pode-se dizer que em geral o beneficiário quer garantia de acesso a tudo (o que é diferente de acesso integral), independente do que diga o contrato.

Este princípio nuclear da APS, a “longitudinalidade” leva os profissionais a conhecerem mais a respeito do histórico de vida dos pacientes e com isto gerar menos iatrogenias, melhor relacionamento entre os membros da equipe e melhor aceitação pelos

usuários (PNAB, 2017) e (OMS, 2018). Starfield (2002) afirma que são necessários ao menos dois anos para a criação de vínculo entre quem demanda apoio assistencial e sua fonte regular de cuidado. Nestas condições, a utilização da

telemedicina pode fazer sentido, uma vez que o profissional já conhece a pessoa sob cuidados, reduzindo a necessidade de deslocamento e aumentando a eficiência do atendimento. (Paula, Maldonado e Gadelha, 2020)

A questão da ampliação da escala foi largamente discutida durante as entrevistas realizadas. Ao passo que no SUS a referência quanto à população adstrita por equipe é entre 2.000 a 3.500 pessoas (PNAB, 2017), as operadoras precisam escalar este número, considerado baixo no sistema suplementar. Conforme as falas dos gestores, sua ampliação dependerá das seguintes ações:

- a. reconhecer e dar ampla ciência aos diferentes atores do sistema de que a APS é estratégica e responsável pelo ordenamento do fluxo assistencial;
- b. acompanhar os indicadores de satisfação do beneficiário, iniciativa já estimulada pela ANS, que orienta a operadora a implementar pesquisa de satisfação sobre a experiência na APS para, se necessário, criar planos de ação voltados para melhorias (ANS, 2019), reduzindo a taxa de rotatividade. (Botelho, Tostes, 2010);
- c. buscar ampliar o espectro de beneficiários atendidos pela APS, da criança ao idoso, e esclarecer que a medicina de família e comunidade presta cuidados integrais e seguindo princípio de equidade (a cada um de acordo com suas necessidades) a uma população no que tange ao gênero, problema de saúde e, principalmente, idade. (Lopes e Dias, 2018);
- d. reconhecer que o acesso (ou “primeiro contato” como chama Starfield, 2002), é fundamental. A busca pela acessibilidade aos serviços de cuidados primários reflete a necessidade de as unidades estarem perto de onde pessoas de uma determinada população sob cuidado residem, trabalham e/ou circulam. Para ser porta de entrada e primeiro contato, a APS precisa de proximidade e o acesso também precisa ser ampliado, pois o objetivo é que o beneficiário procure o serviço a cada novo problema ou a cada novo episódio de um mesmo problema. O telemonitoramento e o acesso direto dos beneficiários aos médicos/à equipe em prazo oportuno seriam oportunidades para ampliar a escala;
- e. customizar as ações e os projetos para se adequar às condições sociais, econômicas, epidemiológicas e culturais da população-alvo. Afinal, cada serviço específico deverá refletir a “identidade de saúde” das pessoas que utilizam aquele espaço (PNAB, 2017);
- f. integrar a rede de forma intensiva utilizando tecnologias de informação e comunicação (TIC), por meio de um prontuário eletrônico único e compartilhado pelos profissionais da rede. Assim, tornar-se-ia possível a coordenação entre os níveis de atenção, captação de pacientes na alta hospitalar, após atendimento em pronto socorro, identificação de hiper utilizadores e de subutilizadores dos serviços, facilitando ganhos na escala e na coordenação do cuidado;

g. elaborar estratégias para o engajamento dos beneficiários, buscando mudar a sua cultura em relação à assistência com privilégio aos especialistas, reduzir ou eliminar seu preconceito quanto à APS e suas inseguranças relativas à qualificação do médico de família. Inclusive, cabe oferecer-lhes espaço para serem protagonista na gestão da APS;

h. buscar construir equipes multiprofissionais, preferencialmente alinhadas com os preceitos da APS e da Medicina de Família e Comunidade, de modo a que esta consiga ser coordenadora do cuidado da pessoa que busca ajuda. A equipe mínima de APS deve ser interprofissional, com práticas colaborativas e centrada nas necessidades do usuário. Preferencialmente, a equipe deve contar com um médico de família e comunidade. Se não for possível, poderá ser um médico especialista em Clínica Médica com capacitação ou experiência mínima de 2 anos na atenção primária. Também se preconiza que o enfermeiro seja especialista em Saúde da Família ou generalista. Podem ser adicionados a essa composição outros especialistas médicos, como pediatras, e profissionais de outras formações, como saúde bucal, nutrição, reabilitação, psicologia e serviço social (ANS, 2019). A equipe, desta forma, deve ter compromisso com a resolubilidade e a integralidade no cuidado do paciente, fazendo-se presente na rotina dos beneficiários e mostrando aos pacientes o diferencial e a relevância de um atendimento na APS;

i. definir estratégias em relação a áreas prioritárias de atuação da APS é fundamental para sua escalabilidade. Para isso pode ser considerada a carteira de serviços em atenção primária à saúde, proposta tanto para a saúde suplementar quanto para o SUS. Trata-se de uma lista para orientar sobre as ações e serviços passíveis de serem ofertados na APS, criada para ajudar os profissionais na tomada de decisões e para informar os cidadãos sobre todos os serviços que podem ser buscados no modelo.

Os profissionais entrevistados, responsáveis pela APS nas operadoras estudadas, precisam se apropriar desta “carteira” e do perfil dos seus clientes de modo a poderem oferecer as

ações para atrair beneficiários. A importância da adaptação dos serviços à carteira é ressaltada no trecho abaixo:



Eu acho que fundamental é você primeiramente estruturar um conhecimento dessa população para, a partir desse conhecimento, estruturar um serviço de atenção primária, que fica muito mais adequado ao perfil daquela população daquele território



A parceria entre as empresas contratantes, por meio das áreas de recursos humanos e saúde ocupacional, e as operadoras é fundamental para a inserção da APS como elemento estratégico do cuidado. Estes atores devem divulgar o modelo entre os trabalhadores e seus dependentes de maneira a estimular a integração com os

diferentes níveis assistenciais, incentivando o uso da APS como ordenadora do sistema. No Brasil, a maioria das empresas contratantes dos serviços das operadoras participa muito pouco da gestão desse benefício, embora a experiência internacional demonstre a utilidade desse tipo de atuação.



Atenção Primária na Saúde Suplementar Brasileira

Sugestões para implantação e operação

O bom desempenho do sistema de saúde depende da atuação de uma APS bem estruturada, resolutiva e exercendo seu papel de ordenadora do sistema.

A fragmentação e falta de coordenação, além da ênfase nas intervenções em detrimento da prevenção e de uma abordagem mais ampla, são

questões centrais na melhoria dos desfechos em saúde e dos resultados operacionais. Portanto, **é fundamental que a atenção primária à saúde (APS) seja encarada como o elemento organizador do sistema** e não meramente mais um serviço no portfólio das operadoras.

Para isto, alguns requisitos são fundamentais:

- a. reconhecimento de sua relevância pela liderança das operadoras de saúde, que deverá atuar como sua defensora dentro e fora da organização, demonstrando conhecimento sobre seus fundamentos, benefícios e desafios;
- b. identificação das ações estratégicas necessárias para garantir sua escalabilidade, implementação e monitoramento, com alocação de recursos humanos e materiais necessários para sua consecução;
- c. identificação das etapas de desenvolvimento e implementação da APS, com definição de metas claras e factíveis, baseadas na literatura, e de indicadores que acompanhem cada uma destas etapas previamente definidas e validadas pela liderança da operadora;
- d. construção dos programas e produtos envolvendo a APS de forma participativa, com o envolvimento das diferentes áreas da operadora (áreas médica, comercial, de marketing, regulação e auditoria) e seus stakeholders;
- e. discussão, prototipagem e implementação de modelos de remuneração que garantam a qualidade dos resultados do programa;
- f. envolver os contratantes no desenho dos programas e, se possível, integrá-los em uma estratégia comum. que envolva os serviços de saúde ocupacional e os ambulatórios médicos de empresas;
- g. divulgação de suas vantagens, limites, ações e avanços junto às equipes das operadoras, à rede credenciada e ao mercado da saúde;
- h. divulgação da importância dos profissionais que atuam na APS visando à valorização e reconhecimento de sua atuação.

A APS só funcionará como ordenadora do sistema se assumir papel central na construção do sistema de saúde, desenhando serviços:

- a. acessíveis;
- b. focados na promoção da saúde, prevenção de doenças e disponibilizando serviços de atenção primária à saúde diferenciados e de qualidade;
- c. promotores de acesso a beneficiários de todas as faixas etárias e em diferentes ciclos de vida aos serviços da APS;
- d. proativos no suporte à gestão das condições crônicas;
- e. promotores do auto cuidado apoiado, por meio d desenvolvimento de tecnologias inovadoras;
- f. de alta qualidade, em todos os sentidos, para os usuários;
- g. promotores de ações educativas, em caráter permanente, com os beneficiários, prestadores e contratantes sobre as bases e os aspectos operacionais da APS.

A longitudinalidade e a integralidade do cuidado são elementos essenciais. Para garanti-las, os serviços de APS necessitam:

- a. contratar profissionais com formação em atenção primária ou medicina da família e comunidade sempre que possível;
- b. desenvolver estratégias para retenção dos profissionais que atuam na APS pelo maior tempo possível, engajando-os no avanço da estratégia dentro da operadora e na obtenção de resultados a cada dia melhores;
- c. desenvolver canais eficazes de referência e contrarreferência em relação à rede credenciada, por meio de mecanismos efetivos de regulação e incentivos;
- d. desenvolver Programa de Educação Permanente das equipes de APS visando aprimorar competências e habilidades para o cuidado integral à saúde;
- e. implantar registros eletrônicos em saúde que integrem os três níveis de atenção;
- f. utilizar recursos de telessaúde como recursos da APS, inserindo-a no fluxo do cuidado.

Aspectos essenciais para o êxito dos programas/produtos de APS na saúde suplementar

- **Regulação** – as normas regulatórias precisam ser atualizadas/revistas, no âmbito da ANS para que se crie um ambiente favorável para as atividades de APS, inclusive no que se refere ao acesso à rede assistencial especializada e à atenção secundária e terciária. As peculiaridades da organização dos programas/produtos de APS precisam ser reconhecidos pela agência reguladora, adequando as normatizações a este modelo assistencial.
- **Liderança** – os programas/produtos de APS precisam estar inseridos na estratégia global das operadoras, no ordenamento da assistência, em todos os níveis, com decisivo apoio da liderança. Eles precisam ser reconhecidos como o ordenador do sistema e não um apenas um serviço no portfólio das operadoras. Buscar garantir a escalabilidade dos programas/produtos de APS.
- **Organização** – os programas/produtos precisam facilitar o acesso aos beneficiários, garantir o cuidado continuado, customizar as ações e estar integrados à rede assistencial e incluir o uso da tecnologia da informação e comunicação (inclusive com os recursos da telessaúde e o uso de prontuários eletrônicos).
- **Recursos humanos** – construir equipes multiprofissionais, buscando o aperfeiçoamento técnico em medicina de família e comunidade, com uma carteira de serviços ampla que garanta o engajamento e a satisfação dos beneficiários. Garantir a educação continuada, incluindo tecnologias para o engajamento do beneficiário em toda a jornada do cuidado. Buscar a retenção dos recursos humanos para que não haja comprometimento da longitudinalidade do cuidado.
- **Comunicação** – os programas/produtos de APS precisam ser conhecidos pelo conjunto dos profissionais e prestadores que atuam nas operadoras, para que possam reconhecer sua contribuição para a melhoria do cuidado aos beneficiários. Da mesma maneira, os benefícios da APS precisam ser divulgados aos beneficiários através dos canais de comunicação da operadora.

Conclusão

Apesar de a atenção primária à saúde ser reconhecida há várias décadas como elemento central na organização do sistema, integrado à rede assistencial, estimulando o autocuidado apoiado, melhorando a qualidade da assistência e reduzindo as redundâncias e desperdícios, ela ainda não é amplamente adotada na saúde suplementar brasileira. Foi possível verificar este fenômeno nas entrevistas realizadas nas operadoras, incluídas na amostra deste trabalho por terem sido reconhecidas como tendo desenvolvido experiências bem sucedidas de APS, em tese num contexto que ela seja vista como estratégica no cuidado à saúde.

O uso da tecnologia, particularmente no que se refere à telessaúde, pode contribuir decisivamente para aumentar o acesso dos beneficiários ao sistema e deve ser integrado aos projetos e programas das operadoras. Além disso, é fundamental que os registros eletrônicos de saúde sejam amplamente adotados e integrados ao restante da rede assistencial.

Finalmente, são necessários novos estudos no campo da saúde suplementar brasileira buscando identificar ações e estratégias efetivas no campo da atenção primária à saúde em nosso país e com diferentes modelagens, como operadoras verticalizadas, por exemplo.

Referências

Almeida, PF, Giovanella, L, Mendonça MHM, Escorel, S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. Cad. Saúde Pública 2010; 26(2)286-298.

Ballester, D, Zuccoloto, SMC, Gannan, S, Escobar, AM. A Inclusão da perspectiva do paciente na consulta médica: um desafio na formação do médico. Revista Brasileira de Educação Médica. São Paulo, 34 (4): 598-606, 2010.

Botelho, D, Tostes, Modelagem de probabilidade de churn. Revista de Administração de Empresas, 2010; 50(4) 447-450.

Brasil, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, Ministério da Saúde, 2012.

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução Número 3, de 20 de junho de 2014. Diário Oficial, Brasília, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2017.

Brasil, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa No 440 de 13 de dezembro de 2018. Rio de Janeiro, 2018.

Brasil, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Laboratórios de inovação sobre experiências em atenção primária na saúde suplementar. Rio de Janeiro, ANS, NAVEGADORSUS, V.12, 2018.

Brasil, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Manual de certificação de boas práticas em atenção primária à saúde de operadoras de planos privados de assistência à saúde. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2019.

Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro, ano 13, n. 2 p.1-6, 2019

Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Boletim Covid-19, Saúde Suplementar, Rio de Janeiro, outubro, 2020.

Campos, CV, Malik, AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. Revista de Administração Pública. 2008 42(2)347-368.

Figueiredo, LF, Vecina G. A estrutura dos sistemas privados de saúde no Brasil in Vecina Neto, G & Malik AM, Gestão em Saúde, 2.a edição, Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan, 2016.

Giovanella, L, Santos, AM. Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado em região de saúde na Bahia. Saúde Debate, Rio de Janeiro, 2016, 40(108)48-63.

Green, LA. The Ecology of Medical Care Revisited. New England Journal of Med. 2001; 344:2021-2025.

Lopes, JMC, Dias, LC. Princípios da Medicina de Família e Comunidade. in Gusso, G; Lopes, JMC; Dias, LC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: Artmed, 2018.

Mendes, EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, OPAS, OMS, CONASS, 2012.

Mendes, EV. Atenção às Condições Crônicas. in Duncan, BB, Schmidt, MI, Giugliani, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2013.

Organização Mundial da Saúde. Declaração de Astana Conferência Global sobre Cuidados Primários em Saúde. Astana: OMS, 2018.

Kerr, LW, Williams, TF, Greenberg, BG. The Ecology of Medical Care. *New England Journal of Medicine*. 1961; 265:885-892.

Pagliosa, FL, Da Ros, MA. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Revista Brasileira de Educação Médica*. São Paulo, 2008;32 (4): 492–499.

Paula, AC, Maldonado, JMS, Gadelha, CAG. Telemonitoramento e a dinâmica empresarial em saúde: desafios e oportunidades para o SUS. *Rev. Saúde Pública*, 2020; 54(26) 1-11.

Scheffer, M. et al. *Demografia Médica no Brasil 2018*. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018. 286 p.

Sestelo, JAF, Souza, LEFF, Bahia, L. Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde.

Cad. Saúde Pública, 2013; 29(5):851-866.

Silva, ATC, Medeiros Junior, MEM, Fontao, PN, Saletti Filho, HC, Vital Junior, PF, Bourget, MMM. Medicina de Família do Primeiro ao Sexto Ano da Graduação Médica: Considerações sobre uma Proposta Educacional de Integração Curricular Escola-Serviço. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2017, 41(2) 552-558.

Silva Junior, AG. *Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1997.

Starfield, B. *Primary Care. Balancing health needs, services, and technology*. Oxford University Press, 1998.

Starfield, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, 2002.

Starfield, B, Shi, L, Macinko, J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*, 2005, 83(3) 457-502.

Testa M. *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1992.

Anexo 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada Atenção primária à saúde no setor privado brasileiro: estratégias, barreiras e desafios para ampla adoção pelas operadoras e engajamento pelos participantes, conduzida por Alberto José Niituma Ogata, Ana Maria Malik, Adriano Massuda, Laura Schiesari e Gabriela Lotta da Fundação Getulio Vargas- Escola de Administração de São Paulo (FGV EAESP).

A pesquisa está sendo desenvolvida em parceria com o Instituto de Estudos em Saúde Suplementar (IESS). O objetivo deste estudo é estudar a atenção primária na saúde suplementar, notadamente nos fatores relacionados a escala de cobertura e coordenação do cuidado.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar numa entrevista telefônica de cerca de 60 minutos com um dos pesquisadores.

A fim de assegurar sua privacidade, os dados obtidos por meio desta pesquisa não serão identificados.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, e nos envie de volta. Você poderá tirar dúvidas sobre o projeto e sua participação a qualquer momento através dos contatos indicados abaixo:

Alberto José Niituma Ogata – Pesquisador do Centro de Pesquisa e Administração da Fundação Getulio Vargas – Escola de Administração de São Paulo (GVSaude). Email: alberto.ogata@fgv.br; telefone(11)3799-3222; celular(11)98397.4514.

Comitê de Conformidade Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Fundação Getulio Vargas – CCE/ FGV: Praia de Botafogo, 190, sala 536, Botafogo, Rio de Janeiro, RJ, CEP 22250-900. Telefone (21) 3799-6216. E-mail: etica.pesquisa@fgv.br.

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação nesta pesquisa, e que concordo em participar.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____

Anexo 2

Aprovação do Comitê de Conformidade Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Fundação Getulio Vargas



COMITÊ DE CONFORMIDADE ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEPH/FGV	
Parecer n. 058/2020	
Local da Reunião	Rio de Janeiro
Data da Reunião	22 de maio de 2020
Data de Emissão do Parecer	26 de maio de 2020
DADOS GERAIS	
Pesquisador Responsável	Alberto José Niituma Ogata
Centro/Escola	FGV Saúde/EAESP
Curso	-
Orientador	-
Título do projeto de pesquisa	Atenção primária à saúde no setor privado brasileiro: estratégias, barreiras e desafios para ampla adoção pelas operadoras e engajamento pelos participantes
Financiamento	Instituto de Estudos em Saúde Suplementar - IESS
Relator	Eduardo Moacyr Krieger
RELATÓRIO	
<p>Ao dissertar sobre o objetivo da pesquisa, o pesquisador afirmou:</p> <p>“Pesquisa qualitativa realizada com a aplicação de entrevistas semiestruturadas com uma amostra de empresas selecionadas entre aquelas participantes do Laboratório de Inovação sobre Experiências em Atenção Primária na Saúde Suplementar da OPAS/ANS. A análise envolverá diferentes metodologias da pesquisa qualitativa e buscará responder, de maneira, estruturada às perguntas de pesquisa(Quais são as motivações e as estratégias adotadas pelas operadoras de planos de saúde para implantação de serviços de APS?, Quais fatores podem ser considerados barreiras para a ampliação da adoção da APS pelas operadoras de saúde? Como tem sido para o engajamento dos beneficiários em seus serviços?). Estima-se que esta fase tenha 90 (noventa) dias de duração”</p> <p>Informou que o tamanho da amostra será de “15-17 (empresas selecionadas em edital do Laboratório de Inovação em Atenção Primária da OPAS-ANS”.</p> <p>Quanto ao armazenamento dos dados, pontuou: “Gravação das entrevistas armazenadas em HD externo. Acesso exclusivo dos pesquisadores. Sem criptografia”.</p> <p>O Termo de Consentimento explica brevemente os objetivos da pesquisa, assegura a voluntariedade de pesquisa e informa os dados do pesquisador e do Comitê de ética.</p> <p>Quanto à confidencialidade e anonimização dos dados, o pesquisador esclareceu que “[a] identificação dos respondentes (entrevistados) será anonimizada”. Acrescentou,</p>	

