

## Atenção primária na saúde suplementar brasileira: estudo qualitativo em planos de saúde

*Primary health care in Brazilian supplementary health: a qualitative study with selected health plans*

Alberto Jose Niituma Ogata<sup>1</sup>, Ana Maria Malik<sup>2</sup>, Gabriela Spanghero Lotta<sup>3</sup>, Adriano Massuda<sup>4</sup>, Laura Schiesari<sup>5</sup>, Marcella Freitas<sup>6</sup>

ARTIGO ORIGINAL – Recebido: julho de 2021 – Aceito: setembro de 2021

### RESUMO

**Objetivo** - A atenção primária à saúde (APS) tem sido considerada como o pilar da organização do sistema de saúde. Apesar das iniciativas indutoras da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), os programas ainda evidenciam baixo alcance, tanto para os beneficiários quanto para a rede assistencial, com impacto limitado nos resultados clínicos, operacionais e financeiros. O presente estudo visa analisar os fatores que podem ser potenciais barreiras para uma maior escala da APS na saúde suplementar brasileira. **Métodos** - Trata-se de estudo qualitativo envolvendo amostra de gestores de operadoras de saúde selecionadas pelo Laboratório de Inovação de Atenção Primária na Saúde Suplementar. **Resultados** - No total, 12 profissionais foram entrevistados, de diferentes tipos de operadoras de saúde. A análise qualitativa permitiu o agrupamento em grandes áreas, envolvendo as condições e os desafios de implantação, de ampliação da escala, de integração com os outros níveis de assistência e o engajamento dos usuários. Finalmente, foram identificados caminhos para que a APS tenha mais escala e atinja os resultados desejados. **Conclusão** - Apesar de se reconhecer a APS como o elemento central na organização do sistema, integrado à rede assistencial, ela ainda não é amplamente adotada na saúde suplementar brasileira. Os gestores dos programas de APS que participaram desta pesquisa destacaram pontos fundamentais a serem abordados, nos diferentes níveis das organizações.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção Primária à Saúde. Saúde Suplementar. Modelos de Assistência à Saúde. Assistência Centrada no Paciente. Características da População.

### ABSTRACT

**Objective** - Primary health care (PHC) has been considered the pillar of the organization of the health system. Despite the ANS-inducing initiatives, they still show low scale, both for beneficiaries and the assistance network, with limited impact on clinical, operational, and financial results. The present study aims to analyze the factors that may be potential barriers to a larger scale of PHC in Brazilian supplementary health. **Methods** - This is a qualitative study involving a sample of managers of health plans selected by the Innovation Laboratory on Experiences of Primary Care in Brazilian Supplementary Health. **Results** - In total, 12 professionals were interviewed, from different types of health operators. The qualitative analysis allowed grouping in large areas, involving the conditions and deployment challenges, the scale of expansion, integration with other levels of care and user engagement. Finally, pathways have been identified for the PHC to have more scale and achieve the desired results. **Conclusions** - Although PHC is recognized as the central element in the organization of the system, integrated into the care network, it is not yet widely adopted in Brazilian supplementary health. The PHC program managers who participated in this research highlighted fundamental points to be addressed, at different levels of organizations.

**KEYWORDS:** Primary Health Care. Supplemental Health. Healthcare Models. Patient-Centered Care. Population Characteristics.

<sup>1</sup> Fundação Getulio Vargas (FGV). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1364-7981>. E-mail: albertoogata@gmail.com

<sup>2</sup> Fundação Getulio Vargas (FGV) – Escola de Administração de São Paulo. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0813-8886>

<sup>3</sup> Fundação Getulio Vargas (FGV) – Escola de Administração de São Paulo. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2801-1628>

<sup>4</sup> Fundação Getulio Vargas (FGV) – Escola de Administração de São Paulo. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3928-136X>

<sup>5</sup> Fundação Getulio Vargas (FGV) – Escola de Administração de São Paulo. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9190-8166>

<sup>6</sup> Fundação Getulio Vargas (FGV) – Escola de Administração de São Paulo. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9150-9096>

## INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde (APS) tem sido considerada como o pilar da organização do sistema de saúde, propiciando um cuidado de qualidade, integral e integrado, com racionalização da utilização dos recursos, sempre escassos e limitados<sup>1</sup>. Por meio da APS, os cidadãos identificam a porta de entrada no sistema de saúde e se realiza a coordenação do cuidado, integrado aos outros níveis, sem que ele se perca em sua jornada de acompanhamento e tratamento<sup>2</sup>.

A disseminação das contribuições de Barbara Starfield possibilitou a adoção ampla de conceitos e pressupostos que definem esta modalidade. Ela propôs quatro atributos essenciais da APS, a saber: (a) acesso; (b) coordenação; (c) longitudinalidade e (d) integralidade, os quais se constituem nas bases para a organização dos serviços, tanto no setor público quanto privado<sup>3</sup>. No entanto, muitos estudiosos da área da saúde afirmam que esses quatro atributos são necessários, porém não suficientes para dar conta da APS clássica, endossada e considerada o modelo organizador da assistência no âmbito do setor público. Nesta concepção, um elemento imprescindível é a fixação do profissional.<sup>4</sup>

Há mais de vinte anos, Starfield<sup>5</sup> destacou que a atenção primária se distingue de outros modelos de assistência por meio de vários aspectos, a saber: (1) os profissionais da APS, em geral, atendem maior variedade de condições que os especialistas, fazem mais diagnósticos e atendem diagnósticos mais comuns. Isso acontece também porque a APS é o ponto do primeiro contato do usuário com o sistema; (2) na APS ocorre um maior percentual de atividades que podem ser classificadas como de prevenção; (3) os atendimentos realizados na APS têm maior frequência de retornos (continuidade do cuidado) possibilitando uma maior proximidade do profissional com o usuário e sua família.

A Política Nacional de Atenção Básica brasileira (PNAB), proposta em 2006 pelo Ministério da Saúde, atualizada em 2011 e 2017, define “a atenção básica como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde”<sup>6</sup>.

A APS não seria um ponto de “triagem” ou de regulação, mas um ponto focal onde a maioria das questões em saúde dos usuários é resolvida, independentemente de como ela é vista nos diversos ambientes. O participante deve se sentir acolhido, desenvolver vínculo com os profissionais do serviço e ter garantida a continuidade do cuidado ao longo do tempo. Um serviço de APS que, por exemplo, apresenta alta rotatividade de profissionais, baixa resolutividade ou que restringe o acesso das pessoas sob cuidado, dificilmente atingirá os objetivos propostos<sup>7</sup>.

O trabalho multiprofissional deve ser integrado, com a participação ativa do usuário, com os serviços organizados de maneira a priorizar a atenção individualizada e a correta execução do plano de

cuidados com a participação do usuário. Neste contexto, é importante identificar as condições sensíveis à APS buscando contemplá-las, com conseqüente redução das internações, dos atendimentos nas emergências e melhores resultados clínicos<sup>8</sup>.

No Brasil, na saúde suplementar, frequentemente o cuidado se caracteriza por práticas fragmentadas, centradas em produção e remuneração por procedimentos (*free-for-service*) nem monitorando usuários de grupos de risco e, sem articulação da rede assistencial<sup>9</sup>. As iniciativas chamadas de APS se inserem nesse modelo, sem integração com a rede assistencial (prevenção, tratamento e reabilitação) e sem atuação centrada no usuário.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar lançou o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde visando a “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 certificação às operadoras que cumprirem requisitos pré-estabelecidos com o objetivo de estimular a qualificação e a reorganização da atenção básica”<sup>11,12</sup>.

Apesar das iniciativas indutoras da agência reguladora brasileira, do lançamento de novos programas pelas operadoras de saúde, os programas ainda evidenciam baixo alcance, tanto para os beneficiários quanto para a rede assistencial, com impacto limitado nos resultados clínicos, operacionais e financeiros. Muitos serviços de APS já implementados pelas operadoras de saúde começaram como serviços piloto e com escala reduzida e tiveram dificuldades em sua ampliação. Algumas barreiras, como as normas regulatórias da ANS e os contratos assinados entre as operadoras e os consumidores, que garantem o acesso do beneficiário aos serviços sem a porta de entrada da APS, se constituem num obstáculo considerável à ampla adoção do modelo. Muitos contratos garantem a livre escolha, com reembolso de honorários, sem vinculação e/ou compromisso dos profissionais com o cuidado em rede.

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. Seu objetivo era identificar as iniciativas das operadoras de saúde que utilizavam modelos de atenção inovadores, com base na atenção primária e, preferencialmente, na medicina de família e comunidade. As experiências das operadoras foram selecionadas com prioridade para aquelas já implementadas, com base em evidências científicas e cuja contribuição para a atenção à saúde fosse acompanhada e que apresentassem indicadores relacionados aos atributos essenciais da APS. Algumas destas iniciativas foram selecionadas para a elaboração deste estudo.

## MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de estudo qualitativo com entrevistas individuais semiestruturadas, realizadas por via telefônica ou pela internet, com uma amostra de gestores de operadoras de saúde selecionadas pelo Laboratório de Inovação sobre Experiências de Atenção Primária na Saúde Suplementar Brasileira<sup>10</sup>. Foram selecionadas 12 experiências, consideradas como inovadoras na organização de seus serviços, a partir da identificação dos atributos da APS, e que apresentaram indicadores de processos e resultados<sup>10</sup>. A escolha por um estudo qualitativo justifica-se pela necessidade de levantar informações detalhadas e explicações sobre processos e histórico de ações, que não seriam captadas por metodologias quantitativas.

Fica claro, a partir desta opção em termos de percurso metodológico, que os dados não são extrapoláveis para outras operadoras de planos de saúde; tampouco conformam nova abordagem teórica para o tema. Por outro lado, num momento em que se começa a falar na APS como alternativa para o setor privado, mencionando-a já como uma realidade, é uma documentação a respeito de como se posicionam os responsáveis por ela, no setor, no primeiro semestre de 2021.

Para a seleção da amostra, consideraram-se os seguintes critérios: (1) A operadora foi selecionada pelo Laboratório de Inovação sobre Experiências de Atenção Primária na Saúde Suplementar Brasileira da OPAS/ANS; (2) O profissional entrevistado atuava na área de atenção primária à saúde da operadora em cargo de gestão/coordenação.

As entrevistas foram realizadas pelos pesquisadores até atingir a saturação teórica, ou seja, não se constatarem mais elementos novos a partir do campo de observação. No total, 12 profissionais foram entrevistados sendo que, respectivamente, quatro trabalham em empresas de medicina de grupo ou seguradoras, quatro em cooperativas médicas, três em operadoras de autogestão e um em uma organização filantrópica. Os entrevistados assinaram previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas foram gravadas, anonimizadas e transcritas. Para a coleta de dados, foi desenvolvido e aplicado roteiro semiestruturado com questões relativas às dimensões de análise que permitiriam responder à pergunta de pesquisa. As perguntas versavam sobre os desafios para implementação da APS, as condições para implementá-la, as condições para ampliar escala; a integração entre linhas de cuidado e estratégias para engajamento dos usuários do sistema.

A análise dos dados seguiu três processos de codificação. O primeiro foi axial, no qual codificamos todas as entrevistas a partir dos temas das perguntas. O segundo processo foi inspirado na metodologia *grounded*<sup>13</sup>. Codificamos cada resposta buscando compreender tipologias de elementos que apareciam

em cada uma delas. Na terceira etapa, juntamos os subcódigos em macro códigos que estruturaram as análises apresentadas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Conformidade Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos – CEPH/FGV, sob parecer nº 058/2020.

## RESULTADOS

Inicialmente, os achados foram distribuídos em cinco blocos, conforme o Quadro 1.

**Quadro 1** – Classificação dos achados das respostas dos entrevistados por blocos e seus subitens

Desafios para a implantação da APS	Cultura do setor e das provedoras Desafios na gestão do serviço Engajamento e manutenção de usuários
Condições para a implantação da APS	Segurança e engajamento da liderança Percepção da APS como um modelo racional de organização da assistência Segurança e engajamento dos profissionais Envolvimento da área comercial das operadoras Disponibilidade de um sistema de referência e contrarreferência Apresentação da APS pela operadora como um serviço diferenciado
Condições para ampliar escala.	Gestão estratégica com foco na atenção primária como ordenadora do cuidado Criação de incentivos financeiros para integrar as especialidades Integração de registros e de prontuário eletrônico Adequação das estratégias comerciais das operadoras de saúde Reorganização de serviços Prioridade aos recursos humanos Definição de áreas prioritárias de atuação
Integração da APS com os outros níveis de assistência	Criação de serviços de referência e contrarreferência Adoção de prontuários eletrônicos de saúde em toda a rede Efetivação da APS como o ordenador do sistema e acionador dos demais níveis de atenção
Engajamento dos usuários	Criação de estratégias de adesão Ações de conscientização dos pacientes Ações de estímulo ao acesso Investimento em estratégias de comunicação Programas continuados, como realização de exames periódicos

Fonte: elaborado pelos autores

## 1. Desafios para a implementação da APS

Os entrevistados apontaram diferentes tipos de desafios para a implantação da APS no sistema de saúde suplementar:

- (a) **Cultura do setor e das provedoras** - Considerando-se a tradição das empresas em se voltarem a serviços de saúde de complexidade secundária e terciária, a criação de serviços de APS desafia a cultura organizacional existente, mais acostumada com outros tipos de serviço. Isto gera desconfiança junto aos gestores quanto à adequação da escolha e incentivo à APS, requerendo constante comprovação sobre a pertinência desta estratégia para assim garantir a manutenção do serviço ofertado, e, ainda, ganhar espaço. Além disso, a própria natureza da APS cria uma limitação para esta legitimidade, visto que seus resultados tendem a aparecer a médio e longo prazo, demandando prolongado tempo de espera para retorno sobre o investimento realizado pela operadora. Estes desafios internos às operadoras são reforçados pela falta de estímulo da Agência Nacional de Saúde Suplementar, que não encoraja este modelo assistencial por meio de suas normas regulatórias, por exemplo, com a exigência de acesso amplo e direto a especialistas.
- (b) **Desafios na gestão do serviço** - Tratando-se de serviço relativamente novo no setor suplementar em nosso país, as operadoras têm dificuldade em precificar este produto, bem como em esperar o retorno financeiro que, neste caso, é mais longo do que o desejado. Além disso, a forma tradicional de oferta dos serviços é incompatível com a lógica da APS, que exige uma coordenação interna ao sistema para o cuidado integral nos três níveis de atenção. O foco no serviço de especialistas, comum nas operadoras, cria conflitos para a adoção de outros tipos de atendimento mais voltados à integralidade. 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 que atuem na APS, em especial os médicos de família e comunidade. Segundo as respostas, eles são poucos, apresentam baixa permanência/adesão ao emprego o que prejudica a construção de vínculo com pacientes, que é uma demanda para a atenção primária efetiva (longitudinalidade).
- (c) **Engajamento e manutenção de usuários para implantar APS** - Segundo os entrevistados, muitos usuários têm preconceito contra a atenção primária por associarem, de maneira preconceituosa, a ideia ao atendimento por meio do serviço público. Muitos também acreditam que esta seria apenas uma forma de barrar acesso aos especialistas. Outra dificuldade diz respeito à rotatividade de clientes, que não permite um modelo de atenção primária integral e contínua. Por fim, os

corretores que oferecem os planos de saúde não conhecem ou não estimulam a atenção primária e não priorizam a venda deste modelo para seus clientes, eventualmente porque sua remuneração decorre também da rotatividade dos beneficiários.

## 2. Condições para implementação da APS

- (a) **segurança e engajamento da liderança.** Uma vez que o projeto não traz retornos financeiros imediatos, os tomadores de decisão precisam ter confiança no potencial do projeto em trazer resultados no médio/longo prazos. Informações e evidências sobre experiências prévias que ajudem a construir a legitimidade e o convencimento são importantes para ganhar adesão da gestão.
- (b) **percepção da APS como um modelo racional de organização da assistência** aos usuários ao longo do sistema de saúde ou ao longo de sua jornada no sistema de saúde. A expectativa de que se trate de uma estratégia de baixo custo inviabiliza a implantação do novo modelo, portanto, ela deve ter centralidade (papel central ou de destaque) no plano estratégico e ser a ordenadora dos serviços.
- (c) **segurança e engajamento dos profissionais** assistenciais quanto às vantagens da ordenação do serviço por meio da APS. Para isso é necessária educação permanente para capacitá-los para atuar no modelo da atenção primária, principalmente frente a sua elevada rotatividade.
- (d) **envolvimento da área comercial das operadoras**—para que a atenção primária seja oferecida e comercializada como serviço prioritário e de qualidade.
- (e) **disponibilização de um sistema de referência e contra referência** na organização da operação dos serviços, para encaminhamento e acompanhamento integral dos pacientes. É necessário construir protocolos que orientem o fluxo dos usuários na rede de serviços, garantindo que a atenção primária seja de fato a porta de entrada e ordenadora da assistência, com encaminhamentos a serviços especializados quando necessário. 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 às características do público atendido.
- (f) **apresentação da APS pela operadora como um serviço diferenciado.** Considerando-se o preconceito de alguns clientes com a atenção primária apontados anteriormente e dado o desconhecimento do público com o serviço, a operadora precisa acreditar na APS como um serviço diferenciado, que permite o desejável acompanhamento longitudinal continuado. Também é importante identificar os públicos que podem ser mais atraídos pelo modelo. Por

exemplo, a priorização da venda para mercado corporativo em parceria com as empresas que podem adotar o plano como parte de sua estratégia de qualidade de vida dos funcionários.

### 3. Condições para ampliar escala

- (a) **gestão estratégica com foco na atenção primária como ordenadora do cuidado.** Se ela se inserir apenas como mais um serviço, é difícil ampliá-la. Além disso, é central ter cuidado com a qualidade dos serviços e monitorar indicadores, não apenas de produtividade, mas também de satisfação.
- (b) **criação de incentivos financeiros para integrar as especialidades** - com a atenção primária, incluindo tabelas de remuneração diferenciada para operadoras e serviços que evidenciem uso de fluxos de referência e contrarreferência bem estruturados e efetivos, estimulando, assim, aos poucos, a gestão do cuidado dos usuários ao longo de seu percurso na rede de serviços.
- (c) **integração de registros e de prontuário eletrônico.** Trata-se de condição para ampliação da escala, já que a atenção primária faz sentido numa lógica de assistência integral depende do acompanhamento do paciente em todos os serviços.
- (d) **adequação das estratégias comerciais das operadoras de saúde.** Adequação das estratégias comerciais das operadoras de saúde com foco no mercado corporativo, ampliação da faixa etária dos clientes e definição de preços competitivos para aumentar a adesão e fidelizar os usuários.
- (e) **reorganização de serviços.** Oferecer centros de APS com acesso facilitado ao público-alvo, além de investimento em telemonitoramento e na relação direta entre os pacientes e a equipe. O monitoramento do paciente e de suas condições de saúde, fundamentos da integralidade do atendimento são fundamentais para a integralidade do cuidado. Os entrevistados apontam, por exemplo, a importância de focar na alta hospitalar para rastrear os pacientes a partir dela, embora a alta já seja um momento de recuperação da saúde.
- (f) **prioridade aos recursos humanos** alocados para o cuidado, incluindo os médicos de família e comunidade.
- (g) **definição de áreas prioritárias de atuação.** Educação em saúde, por exemplo, deve fazer parte de uma estratégia de prevenção, característica da atenção primária. O foco em saúde da mulher, gestação, doenças crônicas e emagrecimento também pode atrair boa parte do público para a APS.

#### 4. Integração da APS com os outros níveis de assistência

- (a) **criação de serviços de referência e contrarreferência** que integrem os diferentes níveis de atenção, que facilitem o acompanhamento pós-alta.
- (b) **adoção de prontuários eletrônicos de saúde em toda a rede.** Além de permitir acompanhamento integral, viabilizaria o mapeamento dos pacientes hiperutilizadores da rede pelas operadoras e justificaria que estes se integrassem à APS.
- (c) **efetivação da APS como o ordenador do sistema e acionador dos demais níveis de atenção,** realizando a integração necessária, por meio do médico da família e comunidade.

#### Quadro 3 - Condições para ampliação de escala

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>a. Foco na atenção primária como ordenadora do cuidado como parte da estratégia da operadora</li><li>b. Criação de incentivos financeiros para integrar as especialidades à APS</li><li>c. Integração de registros e do prontuário eletrônico</li><li>d. Adequação das estratégias comerciais das operadoras</li><li>e. Reorganização dos serviços</li><li>f. Priorização dos recursos humanos</li><li>g. Definição de áreas prioritárias de atuação</li></ul> |
|--|

Fonte: elaborado pelos autores

#### 5. Engajamento dos usuários

- (a) **criação de estratégias de adesão mostrando** aos beneficiários o diferencial e a relevância de um atendimento integral, por meio de divulgação de evidências de que a APS é mais fácil e disponível do que os serviços dos quais já são usuários.
- (b) **ações de conscientização dos pacientes** com foco no longo prazo para que os beneficiários sintam a diferença do acompanhamento integral. Considerando que a maioria dos contratos são empresariais, seria necessário investir em ações junto às empresas contratantes, utilizando suas áreas de recursos humanos e saúde ocupacional como aliados para gerenciar o conjunto dos beneficiários.
- (c) **ações de estímulo ao acesso,** como isenção da coparticipação, agenda com livre acesso e programas focados em alguns públicos (tabagistas, obesos, paciente de saúde mental etc.). Investimento na agilidade do atendimento e no acesso aos médicos é uma estratégia que pode aumentar adesão.

- (d) **investimento em estratégias de comunicação** para que os pacientes sintam que a operadora privilegia e reconhece a APS como ponto central de sua oferta de serviços, além de informar os usuários sobre sua potencialidade. Uso de depoimentos positivos, aposta na divulgação boca-a-boca e divulgação massiva de programas em vários canais, além de realização de constantes pesquisas de satisfação são outros exemplos para fortalecer a relação com os usuários.
- (e) **programas continuados como realização de exames periódicos de saúde** para todos (como no mês de aniversário) e ênfase ao programa de saúde da mulher com ginecologistas e obstetras. A ampliação da faixa etária abrangida também pode contribuir com maior adesão e fidelização dos pacientes.

## DISCUSSÃO

O presente estudo analisou os fatores e as barreiras associadas à adoção mais ampla da atenção primária como ordenadora do cuidado no âmbito da saúde suplementar brasileira).

De acordo com os respondentes da pesquisa, gestores do projeto APS nas operadoras estudadas, na saúde suplementar é necessário que este modelo demonstre resolutividade e apresente resultados econômicos para ganhar legitimidade, apesar das evidências demonstradas na literatura internacional. Cabe lembrar que a premissa por trás da APS, conforme classicamente concebida, é a integralidade do cuidado e sua centralidade no cidadão (antes de ser paciente). Por exemplo, estudo<sup>14</sup> com dados dos Estados Unidos e do Reino Unido, já demonstrava que 94% dos problemas de uma população adulta poderiam ser resolvidos no “primeiro contato”. Apenas 6% precisariam ser referidos a serviços de maior densidade tecnológica.

Nas operadoras de saúde a premissa, pelo menos até onde se percebe, é outra: controle de utilização com redução de sinistralidade, o que permite que pacientes, não satisfeitos com a recusa da referência, procurem novos prestadores de primeiro contato, a rigor influenciando o indicador de 6%. Em 2001, embora com modelos assistenciais e de financiamento diferentes, provou-se que as estimativas de 40 anos antes ainda eram atuais, mesmo que à época não se falasse de APS, mas sim de níveis de atenção<sup>9</sup>. A APS pode trazer desfechos positivos, nos médio e longo prazos, com potencial de redução nos custos assistenciais associado a melhores resultados em saúde. Entretanto, com frequência, na saúde suplementar, os gestores exigem a demonstração de resultados no curto prazo, inclusive no controle do aumento da sinistralidade do setor.

Por mais que o fator crítico de sucesso de um programa de APS não seja a presença de um médico de família – mas sim de um profissional capacitado a conhecer os cidadãos, acolher os pacientes e

solucionar seus problemas de saúde – cabe mencionar que o Brasil possui dificuldades relacionadas à formação, oferta e distribuição de médicos de família e comunidade (MFC). De acordo com o estudo “Demografia Médica no Brasil 2020”<sup>15</sup>, de 2000 a 2019 esta foi uma das especialidades com ampliação na oferta de vagas de residência médica, porém com baixa procura. Essa especialidade, que representou 5,3% de todos os residentes cursando o primeiro ano de residência em 2019, passou a ocupar o 6º lugar nas vagas ocupadas, dentre as 55 especialidades médicas oficialmente reconhecidas no país, em 2019. Entretanto, mesmo com a ampliação e o crescimento na ocupação das vagas para esse programa, grande parte das vagas permaneceu ociosa frente à baixa demanda em relação à oferta. O país ainda concentra quase 40% dos médicos nas especialidades de clínica médica (11,3% do total de especialistas), pediatria (10,1%), cirurgia geral (8,9%), ginecologia e obstetrícia (7,7%). Em 2020, o Brasil registrou somente 7.149 médicos de família, ou seja, 1,7% do total de especialistas no país e ainda concentrados na região Sudeste<sup>15</sup>. Desta forma, há um número insuficiente de profissionais em especialidades consideradas estratégicas para o SUS, como a medicina de família e comunidade, fundamental na APS e, principalmente, na Estratégia Saúde da Família<sup>16</sup>.

Observa-se também elevada rotatividade dos profissionais, que deve ser avaliada em relação às condições de trabalho, à remuneração, a oportunidades de aperfeiçoamento, ao reconhecimento profissional, à existência de planos de carreira, à qualidade de vida e à ambiência. A melhoria destes aspectos seria a alternativa para atrair e reter este profissional, seja na saúde suplementar, seja no setor público<sup>17</sup>.

A operadora deve fornecer informações claras aos beneficiários sobre o *modus operandi* da APS, utilizando estratégias de comunicação a respeito da rede assistencial, incluindo os médicos da rede assistencial e os hospitais. No século XXI as redes sociais devem ser utilizadas, aproveitando o fato de que os usuários costumam ser sensíveis a este meio. Evidenciar que os profissionais, em especial os médicos de família e comunidade, são clínicos qualificados e realizam assistência de qualidade, encaminhando adequadamente os usuários para serviços de referência somente após esgotadas todas as possibilidades terapêuticas<sup>18</sup>, segundo as melhores práticas

Conforme as falas dos gestores, a ampliação do modelo dependeria das seguintes ações: (a) Reconhecer e dar ampla ciência aos diferentes atores do sistema de que a APS é estratégica e a ordenadora 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, como por exemplo o *Net Promoter Score* (NPS). Este tipo de iniciativa tem sido utilizada com sucesso em diversos serviços privados, de saúde ou não e segue o modelo empregado no transporte por aplicativo ; (c) Buscar ampliar o espectro de beneficiários atendidos pela APS, da criança ao idoso,

deixando claro que se trata de cuidado por toda a vida e aumentando a confiança do usuário no modelo (d) facilitar a acessibilidade aos serviços de cuidados primários com as unidades situadas perto de onde as pessoas residem, trabalham e circulam, seguindo as diretrizes mais clássicas da APS ou usando modelos alternativos, de atendimento à distância; (e) utilizar de maneira intensiva da tecnologia da informação e comunicação (TIC) possibilitando forte integração entre os níveis de atenção, captação de pacientes na alta hospitalar, após atendimento em pronto socorro, de hiperutilizadores e de pacientes que os serviços aquém do que deveriam, por meio de prontuário eletrônico único e partilhado pelos profissionais da rede. Ganhar-se-ia em escala e na coordenação do cuidado, a qual precisa de informação para sua implantação; (f) elaborar estratégias para o engajamento dos beneficiários, inclusive buscando mudar a sua cultura em relação à assistência, à hipervalorização do profissional médico, ao seu preconceito quanto à APS, reduzindo suas inseguranças relativas à qualificação do médico de família, ter espaço para ser protagonista na APS, (g) buscar construir equipes multiprofissionais, preferencialmente alinhada com os preceitos da APS e da Medicina de Família e Comunidade, para torná-la coordenadora do cuidado da pessoa que busca ajuda. A equipe mínima de APS deve ser interprofissional, com práticas colaborativas e centrada na necessidade do usuário<sup>10</sup>. ; (h) buscar a parceria com as empresas contratantes, por meio de suas áreas de recursos humanos e saúde ocupacional, para tornar a APS o elemento estratégico do cuidado. Cabem a estes atores a divulgação do modelo entre os trabalhadores e seus dependentes e a integração com os diferentes níveis assistenciais, estimulando o uso da APS como ordenadora do sistema.

Os gestores de programas de APS que participaram desta pesquisa apontaram fatores críticos que estão em consonância com o modelo proposto pela *University of California-San Francisco Center for Excellence in Primary Care* que aponta os blocos dos serviços de alto desempenho, dentre os quais destacamos o engajamento da liderança, o cuidado baseado em times, continuidade do cuidado, pronto acesso ao participante, parceria do paciente com o time e ampla coordenação do cuidado<sup>19</sup>.

A transformação da APS deve ser centrada no paciente, devendo oferecer um cuidado de alta qualidade quando e onde ele é necessário<sup>20</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de se reconhecer a atenção primária à saúde há várias décadas como o 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. Esta conclusão se baseia nas respostas de gestores de programas de APS em operadoras cuja qualidade na área foi reconhecida<sup>10</sup>. Neste contexto, é

fundamental que a APS não seja restrita a “clínicas” ou serviços com médicos de família, mas seja vista como estratégica no cuidado em 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 de saúde. Além disso, é fundamental que os registros eletrônicos de saúde sejam amplamente adotados e integrados ao restante da rede assistencial. Considerando-se que a APS é o primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, o cuidado da equipe multiprofissional deve ser proativo e oferecer continuidade ao longo do tempo<sup>19</sup>.

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.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, Ministério da Saúde, 2012.
2. Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2002.
3. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*, 2005, 83(3) 457-502.
4. Giovanella L, Bousquat A, Almeida PF, Melo EA, Medina MG, Aquino R, Mendonça MHM. Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no SUS. *Cad. Saúde Pública* 2019; 35(10):400178619.
5. Starfield, B. Primary Care. Balancing health needs, services, and technology. Oxford University Press, 1998.
6. 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.
7. 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.
8. Mendes EV. Atenção às Condições Crônicas. *in*: DUNCAN, B. B.; SCHIMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2013.
9. Sestelo JAF, Souza LEPF, Bahia L. Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. *Cad. Saúde Pública*, 2013: 29(5):851-866.
10. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Laboratórios de Inovação sobre experiências em atenção primária na saúde suplementar. Organização Panamericana da Saúde, Rio de Janeiro, 2018.
11. Brasil, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa No 440 de 13 de dezembro de 2018. Rio de Janeiro, 2018.

12. 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.
13. Saldaña J. An introduction to codes and coding. The coding manual for qualitative researchers, SAGE Edition, London/New York. v.3; 2009.
14. Kerr LW, Williams TF, Greenberg BG. The Ecology of Medical Care. *New Engl J Med*. 1961; 265:885-892.
15. Green L.A. The Ecology of Medical Care Revisited. *The New England Journal of Medicine*. 2001; 344:2021-2025.
15. Scheffer M et al. Demografia Médica no Brasil 2020. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, 2020. 312 p.
16. Giovanella L, Santos AM. Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado em região de saúde na Bahia. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, 40(108)48-63, 2016.
17. Campos CVA, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Rev. Adm. Pública* vol.42 no.2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2008. <https://doi.org/10.1590/S0034-76122008000200007>
18. Sawin G, O'Connor N. Primary care transformation. *Prim Care Clin Office Pract* 2019;(46)549-560
19. Bodenheimer T, Willard-Grace R, Grumbach K. The 10 Building blocks of High performing Primary Care. *Ann of Family Medicine*, 2014, 12(2)166-171.