



A atenção primária à saúde e o sistema de saúde complementar: uma revisão integrativa.

André Guarneri: Faculdade de Saúde Pública –FSP, Universidade de São Paulo–
USP.ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3096-2572>

Áquilas Mendes: Faculdade de Saúde Pública –FSP, Universidade de São Paulo–
USP.ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5632-4333>

RESUMO

Este estudo buscou revisar o que a literatura científica tem apresentado sobre a relação entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e o setor privado de saúde brasileiro, conhecido como saúde complementar. Para isso foi realizada uma revisão integrativa no portal da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). A estratégia de busca foi construída a partir dos polos: “Atenção Primária à Saúde” e “setor de saúde complementar”. Português, Inglês e Espanhol foram os limites de idioma. Para a seleção das publicações foi utilizado o protocolo PRISMA. A análise dos dados foi feita na modalidade temática. 12 artigos foram incluídos. Sintetizou-se os seguintes elementos dos artigos: objetivo, metodologia, principais resultados, abordagens sobre a Atenção Primária à Saúde e abordagens sobre a relação entre a APS e a Saúde Suplementar. Ao fim focou-se nos principais pontos estruturais que garantem uma boa performance da APS em um sistema de saúde. As evidências compiladas permitem concluir que há escassez de publicações sobre a APS diretamente relacionada à realidade da saúde complementar. Os estudos tendem a dimensionar os benefícios da APS sobre a qualificação do cuidado de saúde e sustentabilidade financeira de um sistema de saúde.

Descritores: Atenção Primária à Saúde, Risco Moral no Setor de Saúde Suplementar, Saúde Suplementar e Seguro de Saúde



INTRODUÇÃO

Realizada em 1978 na antiga república do Cazaquistão, a conferência Internacional sobre cuidados primários em saúde consolidou-se com o documento chamado de Declaração de Alma Ata. Nela foram estabelecidas diretrizes para que países pudessem conduzir seus sistemas de saúde a uma forma de cuidado de saúde integral focada no indivíduo. Três pontos principais podem ser destacados na declaração, o primeiro é o direito universal à saúde, baseado no entendimento de saúde como estado de completo bem estar físico, mental e social, e oferecer isso à população é a mais importante meta social mundial. O segundo é a inseparabilidade do desenvolvimento da saúde e o econômico, ou seja, a promoção e proteção à saúde configura pilar essencial ao pleno e contínuo desenvolvimento econômico e social. E terceiro, a participação do cidadão é peça fundamental na construção de um sistema de saúde ⁽³⁾.

Em 2018, também em celebração aos 40 anos da sua predecessora, foi editada a Declaração de Astana, que seguindo os preceitos da Alma Ata, evidenciou a importância do cuidado à saúde para o desenvolvimento econômico social mundial. Dessa vez com um direcionamento diferente, entendendo a APS com um pilar essencial ao que se chama de Cobertura Universal de Saúde (CUS). O conceito da CUS diverge totalmente enquanto amplitude de acesso à integralidade da saúde idealizada em Alma Ata ⁽⁴⁾ e, particularmente, em relação ao Sistema Único de Saúde (SUS), por não estar referido a um sistema articulado para responder à atenção universal da saúde. Trata-se de uma cobertura universal apenas para um contingente populacional.

Segundo a própria OMS, o conceito de CUS revela essa restrição, porque segundo essa agência significa que todos os indivíduos e comunidades recebem os serviços de saúde de que necessitam, não configurando necessariamente uma cobertura gratuita de todas as possíveis intervenções clínicas, independentemente dos custos ⁽⁵⁾.

Após essa breve contextualização dos possíveis entendimentos internacionais sobre os objetivos finais com a APS, é importante definir o que vem a ser um dos objetos desse estudo. Uma boa definição do que seria a APS advém de Barbara Starfield, professora e pesquisadora da Universidade Johns Hopkins. Starfield que define a APS como o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde, caracterizando-se pela longitudinalidade e integralidade nas ações, acrescida da coordenação da assistência, da atenção centrada na pessoa e na família, da orientação comunitária das ações e da existência de recursos humanos com atitude cultural voltada para a APS. Desse conceito, Starfield definiu os quatro atributos essenciais da APS: acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinal idade, integralidade da atenção e coordenação da atenção dentro do sistema ⁽⁷⁾.

No Brasil, desde 1994 a oferta de serviços de APS para a população acontece principalmente por via da Estratégia Saúde da Família (ESF) que durante sua existência alcançou resultados importantes como a redução da mortalidade infantil e de mortalidade evitáveis em adultos. Com evolução progressiva ao longo dos anos, em 2017, havia 42.467 equipes de saúde da família (EqSF) implantadas no Brasil, cobrindo uma



população estimada de 131.349.487 pessoas ou 63.73%. Há evidências de impactos da APS no Brasil, com destaque para a mortalidade infantil ⁽²⁾⁽¹⁶⁾.

Segundo o Plano Nacional de Saúde 2020-2023 do Ministério da Saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil é parte da estrutura de organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem na Estratégia Saúde da Família (ESF) sua principal forma de implementação, devendo ser a principal porta de entrada, primeiro contato do usuário para o cuidado integral e longitudinal, centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e coordenadora do cuidado. Entre as responsabilidades das equipes de saúde da família e de APS estão a realização de ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. A APS representa o nível de atenção à saúde com maior grau de capilaridade, presente em mais de 42 mil Unidades de Saúde da Família onde atuam aproximadamente 700 mil profissionais em todos os municípios do país ⁽⁸⁾.

É necessário compreender que o processo histórico de criação do SUS e da ESF no Brasil foi fruto de movimentos sociais contemplados por profissionais da saúde preocupados com a saúde pública, muitas vezes a despeito da vontade política vigente. E que a própria manutenção desse sistema é ameaçada por governos pautados em propostas neoliberais. Nos anos recentes, contudo, vimos enfrentando uma perspectiva de desfinanciamento da saúde que certamente levará a um aniquilamento das tentativas de construção de nosso sistema universal, e especialmente de sua atenção primária. Referimo-nos, especificamente, à introdução de uma das maiores medidas de austeridade, a Emenda Constitucional (EC) 95/2016 ⁽¹⁾.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Constituição Federal de 1988, que considerou a saúde como um direito de todos. De forma a operacionalizar essas determinações, o SUS foi regulamentado pelo disposto nas Leis nº 8.080 de 1990 e nº 8.142 de 1990, chamadas Leis Orgânicas do SUS. O SUS constitui-se em uma forma de organização da prestação das ações e serviços públicos, abrangendo a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde ⁽⁸⁾.

Conforme disposto na Lei nº 8.080 de 1990 Art. 7º, as ações e serviços públicos de saúde obedecem aos princípios da universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, integralidade de assistência e igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie ⁽¹⁾. O que o configura um conceito de sistema de saúde mais alinhado com o que foi idealizado na Declaração de Alma Ata do que na posterior Declaração de Astana.

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 ⁽²⁾.

O Sistema de Saúde Brasileiro além da atuação pública representada pelo Sistema Único de Saúde possui um subsistema privado representado pelo seguro saúde inserido no



chamado Sistema de Saúde Suplementar, regulamentado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

O sistema de saúde suplementar de acordo com disposto na [Lei nº 9.656](#) deve ser constituído por empresas que operam planos de saúde com a finalidade de garantir assistência à saúde sem limitações financeiras, respeitando os acordos comerciais previamente estabelecidos ⁽¹²⁾. Consolidada na [Lei nº 9.961](#), em 2000 foi criada a ANS, vinculada ao Ministério da saúde e cumpre sua função reguladora no mercado de planos de saúde de acordo com o [Lei nº 9.656](#) que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde ⁽¹³⁾.

O Sistema Privado de Saúde está organizado em 3 estruturas principais, as operadoras de saúde, os prestadores de serviços representados principalmente por hospitais, laboratórios, clínicas e semelhantes, e os consumidores dos planos de saúde. De acordo com a Nota de acompanhamento de beneficiários edição 66 (NAB 66), periódico publicado mensalmente pelo instituto de estudo da saúde suplementar (IESS), em dezembro de 2021 existiram aproximadamente 49 milhões de usuários de planos de assistência médico-hospitalar, o que corresponde a uma taxa de cobertura nacional de 22,9%. Desse total, 40 milhões (81,7%) são planos coletivos empresariais contratados a partir de uma pessoa jurídica com 2 usuários ou mais ⁽⁹⁾.

A distribuição da saúde suplementar em relação ao território nacional se mostra mais presente na região sudeste com 60,6% dos usuários, seguindo com 14,5% no Sul, 14,1% no Nordeste, 7,1% no Centro-Oeste e 3,7% no Norte, o que não segue simplesmente a distribuição populacional brasileira, e sim a distribuição de empregos formais ⁽⁹⁾ ⁽¹⁵⁾, conforme é mostrado na tabela 1:

Tabela 1: Distribuição de Usuários de planos médico-hospitalares, segundo regiões brasileiras, população correspondente e empregos formais.

Regiões	Usuários (1)		População (2)		Empregos formais (3)	
CENTRO OESTE	3.462.840	7,1%	16.707.336	7,8%	3.527.549	8,6%
NE	6.884.304	14,1%	57.667.842	27,0%	6.733.390	16,4%
NO	1.832.698	3,7%	18.906.962	8,9%	1.948.537	4,7%
SUDESTE	29.659.575	60,6%	89.632.912	42,0%	21.207.725	51,5%
SUL	7.119.876	14,5%	30.402.587	14,3%	7.754.475	18,8%
TOTAL	48.959.293	100,0%	213.317.639	100,0%	41.171.676	100,0%

(1) Beneficiários de planos médico-hospitalares, segundo relatório NAB 66 ⁽⁹⁾.
(2) População total por região em 2021. Consulta Wikipédia, a enciclopédia livre, dados do IBGE ⁽¹⁵⁾.
(3) Estoque de empregos formais, segundo relatório NAB 66⁽⁹⁾.

Diferente do SUS, as operadoras de saúde baseiam sua oferta de serviços nos níveis assistenciais secundários e terciários, aqueles com maior complexidade e conseqüente de maior valor agregado. A atenção secundária é composta pelos serviços especializados encontrados em hospitais e ambulatorios, o nível terciário de atenção à saúde fornece atendimento de alta complexidade, sendo formado por hospitais de grande porte. Também envolve procedimentos que demandam tecnologia de ponta e custos maiores, como os



oncológicos, transplantes e partos de alto risco. Seria papel da atenção primária, a coordenação do cuidado, que dependeria substancialmente de uma boa relação com as atenções secundária e terciária ⁽⁶⁾.

Ao se buscar ampliar sua função para além da perspectiva técnico regulatório, a ANS vem estabelecendo normativas que incentivam ampliar o foco das operadoras de saúde para cuidados básicos, como por exemplo o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde, que prevê a concessão de uma certificação às operadoras que cumprirem requisitos pré-estabelecidos nessa estratégia. A Resolução Normativa que estabelece o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde foi publicada no Diário Oficial da União pela RN N° 440, de 13 de dezembro de 2018 ⁽¹⁴⁾.

Segundo um relatório produzido pelo Centro de Estudos e Planejamento em Gestão de Saúde da Fundação Getúlio Vargas (FGVsaúde) sobre a gestão da atenção primária na saúde suplementar brasileira, o cuidado na Saúde Suplementar se caracteriza por práticas fragmentadas, centradas na produção de procedimentos dado o modelo de remuneração vigente. Não é possível identificar modelos assistenciais integrados e efetivos ⁽⁶⁾.

O sistema de saúde suplementar é caracterizado por ser centrado no hospital, fragmentado, com baixa coordenação entre os níveis assistenciais e foco no cuidado assistencialista com tímidas ações de cuidado preventivo. 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 ⁽⁶⁾.

A relação da Saúde Suplementar e APS vem se mostrando mais próxima, porém ainda distante de uma performance ideal, essa incorporação não poderia se dar livre de grandes desafios como cultura do setor, gestão do serviço, engajamento dos usuários com esse modelo, reestruturação, entre outros que serão abordados nesse trabalho. Porém o enfrentamento desses desafios não estaria distante do propósito de um sistema de saúde. A pergunta que pode ser apresentada é como a saúde suplementar pode oferecer serviços de atenção primária, capazes de gerar qualidade assistencial e qualificar suas despesas ⁽⁶⁾.

A incorporação de modelo APS dentro da Saúde Suplementar deve ser entendida não como medida unilateral partindo das operadoras de saúde, mas sim em função de uma sincronia entre as principais instituições do setor, por meio da regulação, lideranças, recursos-humanos, sistema de pagamento, prestadores e consumidores ⁽⁶⁾⁽¹⁷⁾.

Segundo o relatório “Texto para discussão n° 78”, produzido pelo IESS¹⁰, que traz para discussão o tema dos cuidados coordenado, falhas na coordenação em geral podem impactar em três perspectivas. Nos pacientes, particularmente nos pontos de transição que podem ocorrer entre instituições de assistência à saúde ou ao longo do tempo, nos profissionais de saúde quando o paciente é direcionado para o local “errado” no sistema de saúde ou tem um desfecho ruim, e afetam o desempenho financeiro do sistema quando por exemplo um paciente experimenta um acidente clinicamente significativo que resulta da fragmentação do atendimento ⁽¹⁰⁾. E o pensamento contrário também pode ser válido segundo o mesmo relatório, uma boa coordenação do cuidado irá melhorar a experiência



do paciente, em especial, daqueles que possuem doenças crônicas ou complexas, aprimorar as experiências dos prestadores, melhorar os resultados e aumentar o desempenho do sistema de saúde⁽¹⁰⁾.

A partir do contexto apresentado, esse trabalho tem como objetivo realizar uma revisão sistematizada na literatura científica a respeito da relação entre o setor de saúde suplementar e sua a Atenção Primária à Saúde buscando entender os principais entraves dessa incorporação.

METODOLOGIA

Antes da formulação da pergunta que direcionou o trabalho, foi mapeado qual seria a área de interesse, contexto e objeto a serem estudados e necessidade de uma revisão sistemática. Para tanto, a pergunta de pesquisa diz respeito à: “O que a literatura científica apresenta sobre a relação entre o **setor de saúde suplementar** e sua incorporação da **Atenção Primária à Saúde**?”

Foi selecionada a biblioteca digital BVS como fonte principal para a elaboração da Revisão.

A partir da pergunta foram selecionados os termos chaves: “Atenção Primária à Saúde” e “Setor de Saúde Suplementar”.

A partir dos termos chaves buscamos os descritores na BVS e mapeamos a quantidade de publicações encontradas para cada termo:

Quadro 1: Quantidade de publicações por termo chave

Termos Chaves	Quantidade de publicações
“Atenção Primária à Saúde “	114.692
“Risco Moral no Setor de Saúde Suplementar “	2
Saúde Suplementar “	394
“Seguro de Saúde “	35.720

A partir dessa busca, adotou-se a seguinte sintaxe realizada em 11 de novembro de 2021:

Sintaxe: (mh:((mh:("atencao primaria a saude")))) AND (mh:((mh:("risco moral no setor de saúde suplementar")) OR (mh:("saude suplementar")) OR (mh:("seguro de saude"))))

A sintaxe apresentou 807 publicações. A partir daí, utilizou-se o Software Zotero para extraí-las da BVS. A ferramenta possibilitou a extração dos resultados no formato adaptáveis ao Excel.

A primeira etapa resumiu-se a extração da base de publicações a partir do software Zotero, que possibilitou manipular os resultados utilizando o Excel e com isso a identificação de publicações em duplicidade. Constatou-se apenas 4 publicações nessa situação, restando 803 itens, conforme apresentado na Figura 1 a seguir.



A segunda etapa foi classificar as publicações de acordo com o tipo de documento, e nesse caso somente uma das referências estava fora do padrão artigo científico, restando 802 artigos científicos.

Para a terceira etapa foi feita uma análise dos títulos dos artigos. Para a leitura dos títulos foram adotados aqueles que continham os termos chaves, como “Primary”, “Healthcare”, “atenção”, “primária”, “atención primaria”, “suplementar”, “seguros”. Dessa forma, foram excluídos 505 artigos. Ainda na terceira fase buscou-se excluir os títulos com a expressão “healthcare” isolada, ou seja, traziam o tema cuidado da saúde de forma geral e não sobre o tema atenção primária, registrando, então, 19 artigos para serem excluídos.

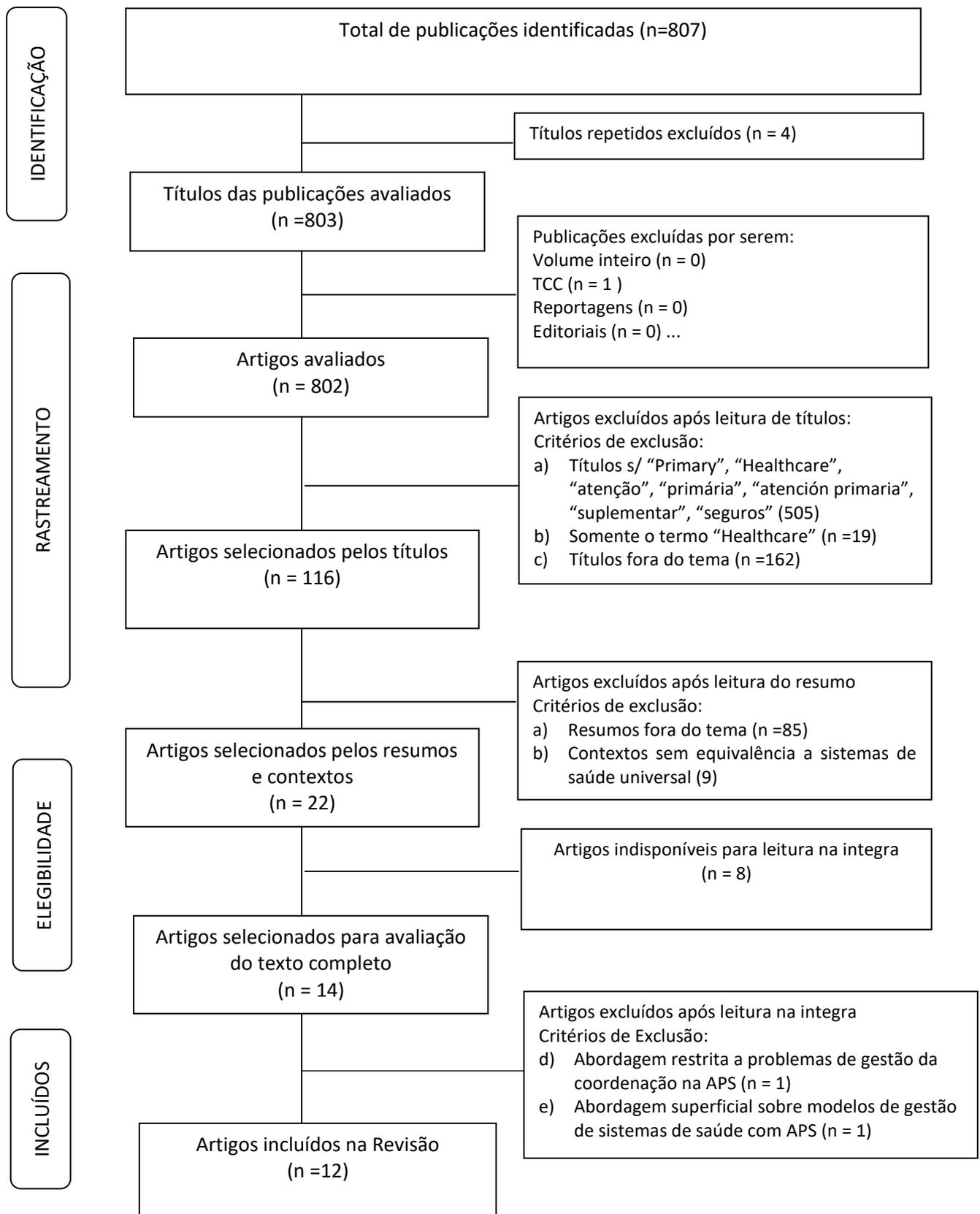
Para os 278 artigos restantes foi feita uma análise interpretativa de cada título para avaliar a relevância do tema com a pergunta de pesquisa, sendo excluídos outros 162 artigos, restando 116.

Na quarta etapa, foram lidos os resumos dos artigos e a partir da interpretação foram excluídos 85 itens, restando 31. Os principais fatores encontrados durante a leitura dos resumos que justifiquem a exclusão dos artigos foram temas focados em doenças ou tratamentos específicos e baixa relação com sistemas privados de saúde.

A partir dos 31 artigos restantes avaliou-se a equivalência do contexto estudado em cada um, e a partir disso foram excluídos 9 artigos que estudavam sistemas de saúde como os da Suíça, países bálticos, Israel, Quênia, comunidades do leste africano, e outros sistemas de saúde restritos a contextos específicos e sem grande relevância quando se referem a sistemas de saúde universais.

Desse modo, restaram 22 artigos. Daí, avaliou-se o acesso ao conteúdo integral de cada artigo, e 8 deles apresentaram restrições ao acesso, o que colocou à disposição 14 artigos para serem avaliados na íntegra. Após a leitura completa dos artigos, 2 deles foram retirados, sendo que um foi devido a uma abordagem muito específica sobre o tema “formas de avaliar o desempenho da coordenação de cuidados” que pouco dialogava com a pergunta de pesquisa e o outro, devido sua abordagem pouco aprofundada sobre experiências internacionais com a Atenção Primária. Sendo assim, foram considerados 12 artigos incluídos para a presente revisão.

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos artigos incluídos na revisão





Para facilitar a análise dos artigos incluídos, optou-se por apresentar dois quadros-síntese, O Quadro-Síntese 1 apresenta as características mais gerais dos artigos incluídos, relacionando autor, ano, objetivos, metodologia e principais resultados.

Quadro Síntese 1: Relação dos artigos incluídos na Revisão, segundo nome dos autores, o ano da publicação, os objetivos, a metodologia e os principais resultados dos artigos

Autor-Ano	Objetivos	Metodologia	Principais resultados
Jin et al, 2020	As pessoas ignoram as instituições de saúde primária (APS) para procurar cuidados de saúde caros em hospitais de alto nível, levando a custos médicos crescentes e uso ineficiente de recursos. Em 2009, a China lançou políticas sinérgicas em todo o país sobre o fortalecimento da atenção primária, para lidar com o acesso aos cuidados de saúde e proteção financeira. Este estudo teve como objetivo avaliar o impacto das duas áreas de política, seguro de saúde e força de trabalho de saúde, no comportamento de procura de cuidados de saúde.	Análise estatística. Com base em dados de pesquisas nacionais antes (2008) e depois (2013) das políticas, relacionamos dados de nível individual sobre comportamento de procura de saúde com dados de nível municipal sobre força de trabalho e seguro de saúde. Construímos uma regressão binomial negativa multinível inflada de zero para examinar os impactos da taxa média de reembolso (ARR) do seguro de saúde e a densidade de médicos registrados em consultas ambulatoriais/internacionais e regressão logística multinível para os impactos na escolha de pacientes ambulatoriais/internados prestadores de cuidados.	O fortalecimento da atenção primária requer políticas sinérgicas. Mecanismos eficazes de coordenação entre ações multisetoriais são necessários para aprofundar essas políticas para garantir a prestação eficiente de cuidados de saúde sem riscos financeiros. As políticas sinérgicas que são emitidas para lidar com o acesso à saúde e proteção financeira não tiveram sucesso, diminuindo ainda mais a acessibilidade econômica do grupo de baixa renda. Portanto, outras reformas devem considerar a transformação do sistema de saúde centrado no hospital existente em um sistema de saúde integrado baseado na APS de forma sistêmica. Uma força de trabalho de saúde competente é indiscutivelmente importante, e um bom sistema de financiamento, incluindo mecanismos de incentivo eficazes para provedores de APS, deve continuar a se concentrar no alinhamento de incentivos para fornecer APS de qualidade
Levine et al, 2020	Avaliar entre 2002 e 2015, a utilização de serviços de APS pelos americanos.	Para estimar fatores associados ao recebimento de atenção primária ao longo do tempo, utilizou-se regressão logística multivariada, ajustando para cada ano de 2002 a 2015; variáveis sociodemográficas e clínicas	A diminuição no recebimento de cuidados primários, particularmente entre pacientes mais jovens ou pacientes sem condições médicas crônicas, pode estar relacionada à escolha de interações não longitudinais em vez de continuidade, talvez relacionada à revolução da conveniência e à percepção de que a atenção primária não conseguiu adotar novos modos de fornecer tratamento que possa ser mais acessível aos pacientes.
Williams et al, 2019	O objetivo deste estudo foi capturar as perspectivas de provedores e administradores de cuidados primários que implementaram recentemente um modelo bem-sucedido de coordenação de cuidados baseado em evidências em Minnesota e contrastar essas perspectivas com as das seguradoras de Minnesota mais familiarizadas com modelos de cuidados coordenação.	Usamos métodos qualitativos para conduzir quarenta e duas entrevistas com informantes-chave com prestadores de cuidados primários (n = 15); administradores (n = 15); e seguradoras (n = 12). Analisamos os dados gravados e transcritos, uma vez desidentificados, usando uma abordagem de análise de frameworks.	Acumulam-se evidências encorajadoras de que a coordenação de cuidados frequentemente leva a melhores resultados clínicos e, em circunstâncias restritas, a melhores resultados de custo. Para que a coordenação de cuidados seja bem-sucedida em um mundo de taxa por serviço, onde os pacientes dependem de seguros comerciais, as seguradoras devem reconhecer pelo menos alguns níveis de coordenação de cuidados como um serviço reembolsável. Por quase uma década tem havido o reconhecimento de que uma grande barreira para sustentar a coordenação de cuidados é a falta de um modelo financeiro viável de apoio. Esta pesquisa apoia a ideia de que tanto as práticas quanto as seguradoras veem o valor da coordenação de cuidados e concordam amplamente com a necessidade de projetar um novo sistema de pagamento.
Rose et al, 2019	Examinar a relação entre a regularidade temporal das visitas de atenção primária (CP) e os resultados.	Estudo de coorte retrospectivo.	Visitas regulares de cuidados primários podem permitir uma oportunidade de oferecer cuidados proativos de alto valor.
Bradley e Neumark, 2017	Avaliar se pequenos incentivos em dinheiro podem incentivar pessoas de baixa renda com cobertura de saúde recém-obtida	Os indivíduos foram identificados e inscritos em nosso estudo de incentivos em dinheiro por meio de um programa de atenção primária. Comparamos os efeitos	O uso oportuno de cuidados primários para melhorar a saúde e reduzir custos é, portanto, desejável na prestação de cuidados de saúde, independentemente de os pacientes estarem em um sistema de rede de segurança,



	a visitar um provedor de cuidados primários.	nas visitas iniciais de cuidados primários de três níveis de incentivos em dinheiro oferecidos a pacientes de baixa renda que anteriormente não tinham seguro e recentemente receberam cuidados de saúde gratuitos ou de baixo custo em um estado que não relaxou seus critérios rigorosos para o Medicaid elegibilidade em resposta ao Affordable Care Act.	receberem cuidados reembolsados pelo Medicaid ou serem segurados de outra forma. Além disso, os resultados sugerem que a interação com um coordenador de programa de saúde que orienta inscritos de baixa renda para processos relevantes do programa também pode produzir o resultado desejado sem perspectiva de incentivo, pois encontramos uma probabilidade um pouco maior de visitas a um provedor de atenção primária no grupo de incentivo \$ 0, em comparação com o grupo não incentivado.
Barbosa et al, 2015	Analisa a operacionalização da Estratégia de Saúde da Família em uma empresa do sistema de saúde suplementar.	Estudo de caso.	O estudo apresenta uma experiência prática da viabilidade organizacional e funcional da aplicação de modelo assistencial semelhante à ESF, principal representante da APS no SUS, em um cenário, restrito, da saúde suplementar, representado por uma operadora de autogestão.
Iglehart, 2012	Descrever movimentos públicos e privados no sistema de saúde americano em função da criação de incentivos, principalmente financeiros, da oferta de cuidados primários.	Análise histórica de experiências americanas de incentivos a oferta de serviços na APS.	A Atenção Primária à Saúde é essencial para um sistema de saúde com o foco no indivíduo. Em um cenário de alta oferta de serviços de saúde em níveis especializados, incentivos financeiros podem ser uma alternativa para atrair uma força de trabalho para as áreas generalistas, e assim aumentar a oferta de serviços da Atenção primária.
Strumpf et al, 2012	Avaliar as experiências da reforma da atenção primária à saúde canadense, buscando compartilhar lições aprendidas para a experiência dos EUA.	Análise descritiva dos pilares da reforma da APS canadense.	A partir das experiências canadense com a reforma de saúde foi possível compreender exemplos de obstáculos estruturais para uma incorporação mais proeminente da APS na saúde suplementar.
Rittenhouse et al, 2009	Avaliar a sinergia entre os modelos de ACO (Accountable Care Organization) e PCMH (patient-centered medical home) na qualidade e a coordenação dos cuidados de saúde e na redução dos gastos do sistema de saúde.	Descrição dos modelos de ACO e PCMH na análise interpretativa dos efeitos da incorporação desses modelos sobre a coordenação dos cuidados.	A proposta do artigo de implementação dos modelos de ACO e PCMH no sistema de saúde americano, tem objetivo uma melhora na qualidade da coordenação dos cuidados de saúde e na redução dos gastos do sistema de saúde. O modelo PCMH enfatiza a criação de uma forte base de atenção primária ao sistema de saúde.
Goldfield et al, 2003	Apresentar o modelo de Perfil do médico como alternativa para impulsionar a resolutividade nos atendimentos da APS.	Descrição do modelo de perfil do médico, e análise interpretativa dos possíveis efeitos na APS.	Segundo o artigo, o modelo de perfil médico, seria uma ferramenta que aplicada principalmente na APS, seria capaz de trazer maior resolutividade e preocupação com o desempenho do cuidado por parte dos médicos.
Friedman e Basu, 2001	Analisar as variações nas taxas de admissão em hospitais de crianças com condições sensíveis à atenção ambulatorial (ACS - Ambulatory Care Sensitive), com cobertura de seguro na organização de manutenção da saúde (HMO -Health Maintenance Organization).	As hipóteses foram derivadas de considerações básicas sobre demanda e uso de atenção primária e serviços preventivos e, em seguida, foram testadas com um modelo de regressão linear ponderada da taxa de admissão de SCA para crianças residentes em cada município.	Os resultados sugerem que a melhoria do seguro de saúde para crianças poderia reduzir as internações hospitalares. A contratação de HMOs também parece ser benéfica. Independentemente, programas para aumentar a disponibilidade de serviços primários e preventivos poderiam reduzir substancialmente as admissões de SCA.
Roberts, 1998	A partir da caracterização dos possíveis modelos de mercado de saúde americanos, o objetivo é mostrar que o mercado não pode resolver os problemas da medicina, nem erradicar as tensões entre a atenção primária e médicos especialistas.	Análise interpretativa dos modelos de mercado de saúde nos EUA e seus impactos na oferta de serviços de saúde.	Diferentes modelos de gestão em um mercado de saúde impactam na qualidade e tipos de serviços ofertados. Desde modelos de pagamento, liberdade dos pacientes escolherem seus próprios médicos, nível de cobertura assistencial, entre outros.

Para o Quadro-Síntese 2, buscou-se apresentar as abordagens escolhidas para a análise dos artigos: a) sobre a Atenção Primária à Saúde; b) sobre a Relação entre APS e o setor de saúde suplementar.



Quadro Síntese 2: Relação dos artigos incluídos na Revisão, segundo nome dos autores, o ano da publicação, principais abordagens sobre a Atenção Primária à Saúde e sua relação com o setor de saúde suplementar.

Autor-Ano	Abordagem sobre a Atenção Primária a Saúde.	Relação entre APS e o setor de saúde suplementar
Jin et al, 2020	À medida que os governos se esforçam para progredir em direção a Cobertura Universal de Saúde, esforços conjuntos estão sendo feitos para fortalecer os cuidados de saúde primários (APS) para que as pessoas tenham acesso a serviços de saúde de qualidade sem enfrentar riscos financeiros. O comportamento de procura de cuidados de saúde refere-se ao uso dos serviços de saúde pelos indivíduos para atender às suas demandas de saúde e inclui a escolha entre uma variedade de serviços e prestadores de serviços de saúde opcionais. Dado que as pessoas desejam cuidados de boa qualidade a baixo preço, a qualidade e o preço dos serviços de saúde são dois aspectos importantes para melhorar os comportamentos de procura de cuidados de saúde dos indivíduos. A sinergia de políticas para fortalecer a APS deve se concentrar na qualidade e no preço dos serviços de saúde, orientando os pacientes a escolherem os profissionais de saúde adequados para serviços de saúde específicos.	O governo local emitiu um esquema de pagamento por desempenho para provedores de APS, um incentivo financeiro que vincula parte da renda dos provedores de APS à qualidade de seus serviços para atrair provedores de APS qualificados. O aumento da ARR (taxa média de reembolso) do seguro de saúde e a densidade de médicos nas instituições de APS foram associados a mais consultas a admissões ambulatoriais e maior probabilidade de visitar instituições de APS. O aumento do uso da APS pode depender de melhorias na prestação de serviços, incluindo a gestão da força de trabalho em saúde, bem como no financiamento. Reconhecer essas interdependências torna a tarefa de projetar ou reformar sistemas complexos, mas é fundamental para uma abordagem sistêmica de fortalecimento da atenção primária. Garantir uma disponibilidade adequada de provedores de APS é uma das principais prioridades para melhorar a eficácia da prestação de cuidados de saúde.
Levine et al, 2020	O recebimento de cuidados primários está associado a uma melhor saúde. Usamos uma definição de atenção primária centrada no paciente que incluiu 4 pilares da atenção primária: primeiro contato, abrangente, coordenado e contínuo.	O artigo não traçou uma relação explícita entre APS e Sistema Privado de Saúde.
Williams et al, 2019	Coordenadores de cuidados competentes foram descritos como aqueles que possuem habilidades especializadas, além de terem a “personalidade” (estar motivado e interessado) para ser capaz de lidar com pacientes complexos. A capacidade de se comunicar efetivamente com profissionais, pacientes, famílias, colegas.	Todos os grupos de partes interessadas identificaram que a fragmentação dos sistemas e a fragmentação da comunicação entre os prestadores de cuidados de saúde tornam a coordenação dos cuidados extremamente desafiadora. Para que a coordenação do cuidado seja bem-sucedida, é preciso haver uma reforma dos pagadores, ou pelo menos uma reestruturação do reembolso. Em particular, o custo percebido do pessoal necessário para fornecer coordenação de cuidados foi mencionado por uma parcela notável dos entrevistados como uma barreira para a implementação de um programa de coordenação de cuidados eficaz e sustentável.
Rose et al, 2019	A atenção primária é um ponto-chave de alavancagem para transformar os cuidados médicos e melhorar os resultados dos pacientes, especialmente para aqueles com doenças crônicas. A atenção primária de alta qualidade contribui para melhores resultados de saúde, redução das disparidades de saúde e menor custo dos cuidados.	Dentro de cada grupo de frequência de visitas, os beneficiários do subgrupo com menos visitas regulares tiveram mais visitas ao pronto-socorro, mais hospitalizações e custos mais altos. Padrões temporais de visitas de CP estão correlacionados com resultados, mesmo entre beneficiários que parecem semelhantes.
Bradley e Neumark, 2017	A atenção primária está positivamente associada à prevenção primária e secundária, gestão de condições crônicas de saúde e redução dos custos de saúde.	O seguro de saúde e outros programas de cobertura fornecem acesso aos cuidados, mas podem não encorajar abertamente os pacientes a procurar cuidados primários. A busca por cuidados primários por conta própria também pode ser menos provável entre pessoas que não procuram rotineiramente atendimento em um consultório médico. Essas pessoas podem esperar até ficarem doentes para marcar uma consulta ou ir ao pronto-socorro.
Barbosa et al, 2015	O estudo busca aproximar o conceito de Atenção Primária a Saúde ao que existe na Estratégia de Saúde da Família presente no SUS, ainda que discutindo no âmbito na SS. Atribuindo como principais funcionalidades, atividades de promoção à saúde executados por Profissionais de Equipe Multidisciplinares. A estrutura assistencial dos serviços articula: o acesso facilitado, a integralidade, a coordenação da atenção, o primeiro contato e o vínculo.	Estudo de caso realizado em unidades Clínicas estaduais da operadora de plano de saúde, nas cidades de João Pessoa, Recife e Natal, nordeste do Brasil. Descreve a ESF funcionando dentro do universo da saúde privado.
Iglehart, 2012	A APS é abordada no artigo como um nível assistencialista essencial para sistemas de saúde	O artigo aborda uma tendência de novos médicos seguirem caminhos de especializações geralmente em níveis assistenciais de maior “complexidade” em detrimento de



	públicos e privados, porém passa por uma situação de queda de profissionais que busquem atuar na área.	atuações generalistas as quais poderiam fomentar a oferta de serviços da atenção básica. A partir disso são apresentadas algumas experiências vivenciadas nos EUA de contra tendência buscando incentivar a oferta de serviços da APS.
Strumpf et al, 2012	O artigo descreve a reforma da Atenção Primária a Saúde Canadense, por tanto o tema APS, está indiretamente abordado.	O objetivo do artigo é, a partir da experiência canadense com a reforma da Atenção básica, coletar lições aprendidas para subsidiar uma possível reforma da APS no sistema de saúde dos EUA, que por ter grande representatividade do setor privado, pretende-se buscar lições cabíveis para o setor privado da saúde brasileiro.
Rittenhouse et al, 2009	O modelo PCMH enfatiza a criação de uma forte base de atenção primária ao sistema de saúde. O modelo PCMH baseia-se em evidências substanciais que demonstram que uma maior ênfase na atenção primária pode resultar em cuidados de maior qualidade a um custo menor. O modelo combina os princípios centrais da atenção primária (cuidados de primeiro contato contínuos, abrangentes e coordenados em todo o continuum de cuidado) com inovações práticas, como o uso de sistemas eletrônicos de informação, o manejo populacional de doenças crônicas e a melhoria contínua da qualidade.	O artigo não aborda uma relação direta da aplicação dos modelos ACO e PCMH em um sistema de saúde privado, porém também não restringe a um sistema público.
Goldfield et al, 2003	O artigo apresenta a utilização do chamado perfil do médico na APS como forma de incentivar a resolutividade dos atendimentos. O modelo de perfil do médico desenvolvido no artigo trata de uma apresentação atribuída a cada médico da APS com descrições das suas atribuições e resultados de desempenho dos seus atendimentos passados.	Segundo o artigo, esse modelo poderia ser aplicado em sistemas de saúde como o caso do NHS e em sistemas privados como o americano.
Friedman e Basu, 2001	O artigo apresenta os cuidados primários e preventivos como peça fundamental para reduzir a taxa de SCA.	O artigo apresenta uma associação negativa da taxa de SCA, ou seja, um conjunto condições/diagnósticos médicos para os quais o atendimento ambulatorial oportuno e eficaz pode ajudar a reduzir os riscos de hospitalização, em relação à cobertura por HMO, um modelo de seguro saúde que tem como característica a coordenação de cuidados médicos.
Roberts, 1998	A atenção é geralmente o primeiro ponto de contato do paciente com o sistema médico. O médico da atenção primária deve ser o amigo, filósofo e guia de seus pacientes, advogado e protetor e coordenador de serviços especializados adequados. Ele ou ela deve fornecer cuidados a longo prazo, contínuos e abrangentes. O médico da atenção primária também atua como corretor de saúde. Dentro da comunidade, a atenção primária pode melhorar a saúde da população através da ajuda à reparação das patologias sociais; propiciada promoção planejada da saúde; triagem de fatores de risco; prevenção de doenças; coleta de dados confiáveis sobre a condição de uma comunidade; e ajudar a comunidade a decidir sobre prioridades para a saúde.	A oferta de serviços na APS em um modelo de sistema de saúde não se trata de uma decisão binária de escolher ou não ofertar esse tipo de serviços, e sim sua oferta deve ser considerada em consonância com outros mecanismos internos a um modelo de gestão, capazes de permitir que a APS possa ser ofertada em sua forma correta e complementar aos outros níveis assistenciais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da leitura dos 12 artigos incluídos, pode-se identificar um primeiro resultado importante que se alinhado à escassez de artigos que relacionem a APS especificamente ao subsistema da saúde suplementar brasileira, ou artigos que tragam suas análises da APS exclusivamente a contextos de sistema de saúde não universais.

Um segundo resultado, complementar ao primeiro, é que também não houve artigos que atribuíssem a APS exclusivamente a sistemas universais, ou que limitassem sua presença



para sistemas públicos de saúde. Após a leitura dos 12 artigos, o ponto em comum foi o de evidenciar a APS como pilar fundamental em um sistema de saúde.

Em relação aos contextos avaliados nos artigos, 9^(19,20,21,22,24,26,27,28,29) deles abordaram a APS dentro da perspectiva do sistema de saúde dos EUA, 1⁽²⁵⁾ no Canadá, 1⁽¹⁸⁾ na China, e 1⁽²³⁾ no Brasil. Portanto vale pontuar aqui, a baixa diversidade de contextos que fazem parte da discussão do trabalho.

Em relação a abordagem específica sobre a Atenção Primária à Saúde o ponto em comum em todos os artigos, é seu efeito na qualificação do cuidado ao paciente e, portanto, na resolutividade no cuidado, e seu potencial de qualificação da utilização médica.

Por mais que os artigos tangenciem essa abordagem comum, as formas como cada uma foi trabalhada se diferenciaram em relação as suas metodologias e focos de análise, por exemplo, alguns artigos utilizaram ferramentas estatísticas enquanto outras descrições de resultados obtidos ou esperados. O foco das abordagens variou desde modelos de pagamento a perfil dos consumidores de serviços de saúde.

Sobre as metodologias, dividimos em 3 grupos, os artigos que fizeram uso de análises estatísticas ^(18,19,21,28), os que desenvolveram análises históricas e/ou proposições ^(24,25,26,27,29), e os que utilizaram de entrevistas ou estudos de caso ^(20,22,23).

Em relação ao foco dos artigos, os temas específicos abordados no contexto da Atenção Primária à Saúde, foram divididos 4 agrupamentos. O primeiro engloba os artigos que buscaram uma perspectiva da força de trabalho inserida na APS ^(18,24,25,27,29). Um segundo grupo se referiu ao tema de perfil dos consumidores de serviços de saúde ^(18,19,21,22,25,29). Um terceiro grupo disse respeito à questão da coordenação de cuidados ^(20,25,26,28). Por fim um quarto grupo que tratou sobre questões organizacionais da APS ^(23,26,29). Houve artigos que abordaram mais de um tema específico, portanto se repetem em mais de um agrupamento.

Dessa forma, para a análise mais específica dos resultados, optou-se por integrar as duas abordagens apresentadas no Quadro 2, 1) sobre Atenção Primária à Saúde e 2) sobre a relação entre APS e o setor de saúde suplementar. Neste sentido, buscou-se seguir os 4 agrupamentos apresentados, de maneira a melhor estruturar a discussão integrada das duas abordagens dos artigos incluídos

Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde é um dos temas principais abordados nesse trabalho, e por isso a discussão será iniciada estabelecendo uma comunicação entre as semelhanças ou divergências de abordagens dos artigos a respeito da sua definição e seus efeitos dentro de um sistema de saúde.

Em BARBOSA et al ⁽²³⁾ é descrito um estudo de caso de uma implementação do modelo de Estratégia da Saúde da Família, principal representante da APS no SUS, em um contexto específico da Saúde Suplementar, a estrutura assistencial dos serviços articula:



o acesso facilitado, a integralidade, a coordenação da atenção, o primeiro contato e o vínculo, a fim de configurar seus processos assistenciais, respeitando as evidências científicas e mundiais já reconhecidas e consagradas, para o suprimento das necessidades de saúde dos seus usuários ⁽²³⁾.

Na perspectiva de resultados no cuidado da saúde do paciente, portanto na resolutividade do cuidado, a atenção primária é um ponto-chave de alavancagem para transformar os cuidados médicos e melhorar os resultados dos pacientes, especialmente para aqueles com doenças crônicas ⁽²¹⁾. O recebimento de cuidados primários está associado a uma melhor saúde ⁽¹⁹⁾.

Os efeitos da APS vão além do cuidado individual, dentro da comunidade, a atenção primária pode melhorar a saúde da população ajudando a sanar patologias sociais; proporcionar a promoção da saúde planejada; triagem de fatores de risco; prevenção de doenças; coletar dados confiáveis sobre a condição de uma comunidade; e ajudar a comunidade a decidir sobre prioridades para a saúde ⁽²⁹⁾.

A atenção primária de alta qualidade contribui para melhores resultados de saúde, redução das disparidades de saúde, e menor custo dos cuidados ⁽²¹⁾. Está positivamente associada à prevenção primária e secundária, gestão de condições crônicas de saúde e redução dos custos de saúde ⁽²²⁾. Programas com objetivos de aumentar a disponibilidade de serviços primários e preventivos poderiam reduzir substancialmente as taxas de admissão de pacientes com internações evitáveis, no caso desse artigo ACS (ambulatory care-sensitive)⁽²⁸⁾.

O uso oportuno de cuidados primários para melhorar a saúde e reduzir custos é, portanto, desejável na prestação de cuidados de saúde, independentemente de os pacientes estarem em um sistema de rede de segurança, receberem cuidados reembolsados pelo Medicaid ou serem segurados de outra forma ⁽²²⁾.

No Brasil, talvez pelos motivos históricos da distinção entre prevenção e assistência, e pela primeira estar a cargo do Ministério da Saúde antes da implantação do SUS, é comum que a APS seja definida como prevenção, ou como abordagem de condições crônicas, ou ainda como uma estratégia específica para lidar com pacientes de baixa renda ⁽³⁰⁾.

Organização (aspectos estruturais)

Para além dos aspectos conceituais da Atenção Primária à Saúde, sua aplicabilidade não se dá de uma forma simples ou imposta unilateralmente. Sua complexidade organizacional e operacional exige profundo entendimento e preparo. Principalmente em um contexto de mercado privado da saúde, em que a variável motivadora do sistema que é vender um produto\serviço pode não estar alinhada com o propósito principal da Atenção Primária.

A incorporação da APS em sistema privado de saúde não será de forma orgânica e natural, o mercado médico não segue as regras clássicas de oferta e demanda ⁽²⁹⁾. A simples definição unilateral de uma empresa de saúde em começar a ofertar a APS como carro



chefe dos seus serviços, não necessariamente, despertaria uma demanda reprimida no mercado. O mercado não pode resolver os problemas da medicina, nem erradicar as tensões entre a atenção primária e os médicos especialistas ⁽²⁹⁾.

O fortalecimento da atenção primária requer políticas sinérgicas ⁽¹⁸⁾. Políticas públicas isoladamente só podem levar a reforma da Atenção Primária até certo ponto ⁽²⁴⁾. As iniciativas canadenses de reforma da atenção primária por exemplo contaram com participação voluntária, mudança incremental e modelos diversos, incentivando o engajamento e a colaboração de uma série de partes interessadas, incluindo pacientes, provedores e formuladores de políticas ⁽²⁵⁾.

Dentro do caso da Reforma da APS canadense, elementos comuns das equipes e redes de atenção primária incluem vários médicos trabalhando em conjunto com outros provedores, incluindo enfermeiros, e acordos explícitos com ministérios de saúde ou autoridades locais de saúde para melhorar a acessibilidade dos serviços ⁽²⁵⁾.

A necessidade de uma ação multilateral na Atenção Primária à Saúde não é exclusiva para seu momento inicial, mas também para garantir sua manutenção e operação de acordo com seu propósito de cuidado. Em GOLDFIELD et al ⁽²⁷⁾ existe um exemplo desse possível desalinhamento quando se propõe o uso de Perfis Médicos na APS, os médicos de ambos os países precisam trabalhar com governos e compradores de serviços de saúde para garantir que perfis médicos bem concebidos resultem em melhorias úteis no atendimento. Caso contrário, a criação de perfis pode ser desenvolvida principalmente como um mecanismo punitivo e regulatório (por exemplo, para “nomear e envergonhar” médicos individuais), resultando em uma maior deterioração do moral dos médicos em ambos os países ⁽²⁷⁾.

No caso do subsistema privado de saúde brasileiro, são observados indícios de iniciativas regulatórias para a melhoria na resolutividade do cuidado por meio da APS, as mudanças propostas pela ANS e empreendidas na saúde suplementar advêm do despertar para a necessidade de mudança do enfoque exclusivamente assistencial das operadoras de planos de saúde, com ações e serviços pulverizados, para um modelo de atenção que utilize o cuidado integral como eixo condutor das ações de saúde ⁽²³⁾.

Ainda no caso brasileiro, o entendimento da necessidade de uma reforma da Atenção Primária já existe e com isso já é possível notar tentativas discretas do mercado em avaliar o comportamento da demanda a esses serviços, mas ainda longe de uma performance ideal do que se entende de Atenção Primária à Saúde.

Coordenação dos cuidados

A coordenação do cuidado é um dos braços principais da Atenção Primária à Saúde. Em WILLIAMS et al ⁽²⁰⁾, é descrito o resultado de entrevistas com representantes dos principais setores do sistema de saúde privado dos EUA a respeito da APS, e todos reconheceram a importância da coordenação de cuidados e identificaram a necessidade de ter uma lógica e princípios claros que sublinhem esse tipo de ação ⁽²⁰⁾.



Em FRIEDMAN e BASU ⁽²⁸⁾, apresenta-se uma associação negativa substancial da taxa de ACS (ambulatory care-sensitive) com a cobertura de HMO (health maintenance organization) privada ⁽²⁸⁾. A taxa de ACS refere-se a um indicador de entrada de pacientes na internação que poderiam ter sido cuidados em nível ambulatorial, e o HMO refere-se a um modelo de seguro que tem como característica principal uma rígida coordenação do cuidado.

Quando o assunto é coordenação de cuidado, a comunicação entre os níveis assistenciais é fundamental. A fragmentação dos sistemas e a fragmentação da comunicação entre os prestadores de cuidados de saúde tornam a coordenação dos cuidados extremamente desafiadora ⁽²⁰⁾.

Em casos de sistemas de saúde organizados em formas de pagamento por quantidade de serviços, torna-se mais uma responsabilidade desafiadora para a APS ter a capacidade de coordenar as reais necessidades dos níveis assistenciais secundários e terciários. Em RITTENHOUSE et al ⁽²⁶⁾ é apresentado o modelo de ACO (accountable care organization), que em tradução livre seria um modelo de responsabilização do cuidado. O modelo ACO enfatiza o alinhamento de incentivos e responsabilidade para os provedores em toda a continuidade dos cuidados ⁽²⁶⁾. A medição de desempenho para avaliar a qualidade do atendimento e prevenir o potencial uso excessivo (em organizações de taxa por serviço) e subutilização (em organizações capítadas) é uma pedra angular do modelo ⁽²⁶⁾.

Para que a coordenação de cuidados seja bem-sucedida em um mundo de taxa por serviço, onde os pacientes dependem de seguros comerciais, as seguradoras devem reconhecer pelo menos alguns níveis de coordenação de cuidados como um serviço reembolsável ⁽²⁰⁾. Acumulam-se evidências encorajadoras de que a coordenação de cuidados frequentemente leva a melhores resultados clínicos e, em circunstâncias restritas, a melhores resultados de custo ⁽²⁰⁾.

A capacidade de avaliar a eficácia da coordenação do cuidado é imperativa para medir o impacto na saúde do paciente, na experiência do cuidado e na qualidade de vida ⁽²⁶⁾. Além da capacidade de avaliar, os modelos financeiros atuais não geram receita direta adequada, o que pode ser um impedimento significativo para a sustentabilidade da coordenação de cuidados ⁽²⁶⁾.

Força de trabalho (modelos de remuneração)

Para o caso da força de trabalho, será contemplado nesse conceito desde características da força de trabalho até modelos de remuneração.

Em JIN et al ⁽¹⁸⁾, é descrito a reforma chinesa de 2009, uma reforma abrangente do sistema de saúde em todo o país para melhorar o acesso acessível a cuidados de qualidade. Dois tipos principais de políticas de fortalecimento da atenção primária foram implementados. A primeira é a política de financiamento, relacionada ao preço dos serviços de saúde, que não vem ao caso nesse momento, e uma outra política está focada no fortalecimento da



disponibilidade dos provedores de APS. A falta de profissionais de saúde qualificados para a APS é uma das causas da má qualidade dos serviços de saúde ⁽¹⁸⁾.

A menos que também abordemos a diferença de renda entre especialistas e médicos de atenção primária, a iniciativa de reforma ficará muito aquém das expectativas ⁽²⁴⁾. Várias grandes seguradoras privadas estão aumentando seus honorários para médicos de cuidados primários, reconhecendo o papel maior que eles poderiam desempenhar em um sistema de entrega reestruturado ⁽²⁴⁾.

A abordagem dos modelos de remuneração como incentivo não se restringe aos médicos. Para garantir a assistência integral aos usuários deve compreender, dentre vários aspectos, a presença de equipe multidisciplinar para o desenvolvimento de ações individuais e coletivas com vistas à: promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento entre outros ⁽²³⁾.

Os prestadores de serviços de saúde têm sido amplamente pagos com base em um modelo de taxa por serviço, que é considerado parte da explicação para o aumento dos custos ⁽²⁰⁾. Os modelos de remuneração descritos nos artigos que abordam esse tema se assemelham em relação ao objetivo final que é atrair profissionais para a Atenção Primária, mas divergem em seus formatos.

Em JIN et al ⁽¹⁸⁾ que aborda o caso da China, o governo local aumentou os orçamentos e introduziu salários fixos para provedores de APS além de emitir um esquema de pagamento por desempenho para provedores de APS, um incentivo financeiro que vincula parte da renda dos provedores de APS à qualidade de seus serviços, para atrair provedores de APS qualificados ⁽¹⁸⁾. Além dessa ação salarial, o modelo chinês estabeleceu uma taxa de reembolso gradiente onde a taxa nas instituições de APS é maior do que nos hospitais de nível superior ⁽¹⁸⁾.

Em IGLEHART ⁽²⁴⁾, existe o exemplo do ACA (Affordable Care Act) promulgado nos EUA em 2010, que autorizou aumentos de taxas de 10% ao longo de 5 anos (2011–2016) para prestadores de cuidados primários (incluindo médicos, enfermeiros, especialistas em enfermagem clínica e médicos assistentes) e equalização de taxas Medicaid e Medicare para serviços de cuidados primários em 2013 e 2014 ⁽²⁴⁾.

No Canadá, na última década, as províncias adotaram acordos de pagamento misto (ou seja, combinando taxa por serviço com capitação ou pagamentos de incentivo), com a porcentagem de médicos que recebem 90% ou mais de sua renda de taxa por serviço diminuindo de 58,7% em 2002 para 48,3% em 2007 ⁽²⁵⁾.

Um resultado positivo das atuais reformas da atenção primária e das novas formas organizacionais no Canadá tem sido o aumento da atratividade da medicina de família como campo de prática profissional ⁽²⁵⁾. A oferta de médicos de cuidados primários continuará sendo importante para reduzir taxas de hospitalização evitáveis ⁽²⁸⁾.

No caso do sistema privado brasileiro, o livro “Saúde Suplementar, 20 anos de transformação e desafios em um setor de evolução contínua”, em seu capítulo Evolução da Promoção à Saúde na Saúde Suplementar e Atenção Primária à Saúde (APS), aborda



o borramento entre atenção primária e secundária e o acesso direto a especialistas, muitas vezes subespecialistas, passou a ser o motor da mercantilização dos serviços criando um ciclo vicioso ⁽³⁰⁾.

Ainda no mesmo capítulo ⁽³⁰⁾ sobre a APS, coloca como imperativo que se modifique o financiamento e a remuneração dos profissionais, privilegiando o cuidado e não a quantidade de serviços prestados. A atenção primária forte traz invariavelmente equilíbrio para o sistema e menor grau de mercantilização dos serviços. Além disso, a APS fortalece o papel do generalista que representa uma ameaça de desemprego médico, uma vez que, após décadas de acesso direto a especialistas, há um desequilíbrio na formação e a única força que consegue regular esse desequilíbrio é a demanda, seja em um sistema público ou privado ⁽³⁰⁾.

Perfil do consumidor de serviços de saúde

Após uma perspectiva da discussão pelo lado da oferta dos serviços da Atenção Primária a Saúde, representada pela disponibilidade e qualidade de profissionais da APS, será abordada uma perspectiva da demanda, representada pelo perfil dos consumidores de serviços de saúde.

O comportamento de procura de cuidados de saúde refere-se ao uso dos serviços de saúde pelos indivíduos para atender às suas demandas de saúde e inclui a escolha entre uma variedade de serviços e prestadores de serviços de saúde opcionais ⁽¹⁸⁾. A busca por cuidados primários por conta própria também pode ser menos provável entre pessoas que não procuram rotineiramente atendimento em um consultório médico. Essas pessoas podem esperar até ficarem doentes para marcar uma consulta ou ir ao pronto-socorro ⁽²²⁾. Além disso visitas regulares de cuidados primários podem permitir uma oportunidade de oferecer cuidados proativos de alto valor ⁽²¹⁾.

A diminuição no recebimento de cuidados primários, particularmente entre pacientes mais jovens ou pacientes sem condições médicas crônicas, pode estar relacionada à escolha de interações não longitudinais em vez de continuidade, talvez relacionada a uma questão de conveniência e à percepção de que a atenção primária não conseguiu adotar novos modos de fornecer tratamento que possa ser mais acessível aos pacientes ⁽¹⁹⁾.

O seguro de saúde e outros programas de cobertura fornecem acesso aos cuidados, mas podem não encorajar abertamente os pacientes a procurar cuidados primários ⁽²²⁾. Padrões temporais de visitas de cuidados primários (CP) estão correlacionados com resultados, mesmo entre beneficiários que parecem semelhantes. Medir a regularidade temporal das consultas de CP pode ser útil para identificar beneficiários em risco de eventos adversos ⁽²¹⁾.

Entendido que nem todos os perfis de consumidores se comportam de forma semelhante em relação aos serviços de saúde e muitas vezes em relação ao cuidado com a própria saúde, existem alternativas de incentivos para os grupos com comportamentos de maiores risco, como foi o caso de um dos estudos que usou recursos financeiros para incentivar



visitas à APS. Os programas de incentivo em dinheiro podem direcionar os pacientes de baixa renda recém-cobertos para os cuidados primários, o que pode resultar em melhores resultados de saúde e custos mais baixos ⁽²²⁾. No caso de BRADLEY e NEUMARK ⁽²²⁾, os incentivos em dinheiro pareceram ser eficazes para aumentar o uso de cuidados primários entre pacientes de baixa renda ⁽²²⁾.

Em LEVINE et al ⁽¹⁹⁾ buscou-se avaliar o comportamento dos americanos em relação a APS ao longo do tempo de acordo com características sociodemográficas, e verificou-se que a proporção de americanos adultos que acessaram cuidados primários diminuiu de 77% em 2002 para 75% em 2015. Durante esse período, o recebimento de cuidados primários diminuiu a cada década de idade, exceto para americanos na faixa dos 80 anos, com reduções estatisticamente significativas para aqueles na faixa dos 30, 40 e 50 anos. Por exemplo, 71% dos americanos na faixa dos 30 anos tiveram atendimento primário em 2002, em comparação com 64% em 2015 ⁽¹⁹⁾.

A problematização dos perfis do consumidor de serviços de saúde está no fato de que um comportamento de risco quando generalizado tem impacto na sustentabilidade financeira do sistema. As pessoas ignoram as instituições de saúde primária (APS) para procurar cuidados de saúde caros em hospitais de alto nível, levando a custos médicos crescentes e uso ineficiente de recursos ⁽¹⁸⁾.

No caso do sistema privado de saúde brasileiro, foi difundida através da venda dos serviços a percepção que o “valor” estaria no acesso direto aos especialistas ⁽³⁰⁾. Este é o cenário atual, ou seja, os pacientes depois de anos expostos a esta ideia, passaram a entender valor como acesso direto à maior quantidade de especialistas e exames possível.

Ainda na saúde suplementar, embora os pacientes queiram “comprar” uma cadeia produtiva que tenha valor, ou seja, o cuidado, o que é “vendido” não tem, muitas vezes, este propósito. Pode-se dizer que os dois pilares de qualquer sistema de saúde sejam a mutualidade e a gestão clínica. O sistema privado brasileiro se dedicou apenas à mutualidade, ou seja, muitos pagam para poucos usarem, mas não à gestão clínica ⁽³⁰⁾.

CONCLUSÕES

Após os resultados e discussões apresentados a respeito do que há na literatura sobre a Atenção Primária a Saúde e seus efeitos em um sistema de saúde, evidenciou-se que sua complexidade não está somente na implementação, mas no acompanhamento e avaliação, de forma a permitir que cumpra seu principal papel, viabilizar o acesso do usuário a oportunidade de cuidado efetivo da saúde. E assim, como outros sistemas de saúde no mundo, se organizam e funcionam de formas variadas, não seria diferente com a APS. Por mais que existam modelos e experiências internacionais sobre o tema, a situação da Saúde Suplementar é particular e merece atenção.

A Saúde Suplementar se apresenta atualmente em um formato nada incentivador às práticas de cuidados primários e está estruturada e consolidada de tal forma que rejeita qualquer solução simples. Mudanças estruturais seriam bem vindas, porém movimentos



positivos devem acontecer a todo tempo, passo a passo. O subsistema da Saúde Suplementar precisa ser estudado para que modelos e formatos de APS sejam pensados. Os efeitos positivos da Atenção Primária estão disponíveis, e por tanto os desafios da Saúde Suplementar estão colocados a mesa para debate. A sincronia entre as instituições participantes desse subsistema é essencial para que esse caminho seja construído.

Foram expostas algumas variáveis estruturais de um sistema de saúde que sincronizam positivamente com a APS, e cada uma delas merece profundo estudo. Esse trabalho limitou-se a buscar os principais pontos abordados na literatura científica sobre a relação entre a APS e um sistema de saúde privado.

Principalmente na literatura científica é evidente a escassez de materiais sobre a APS que conversem com proximidade com a Saúde Suplementar, o que pode ser considerado um vestígio que justifique a realidade desse subsistema. O estudo sobre as contribuições da Atenção Primária a Saúde para a Saúde Suplementar com certeza não se iniciaram aqui e seguramente há muito ainda para se fazer.



Referências

1. Mendes Á, Carnut L, Guerra LD da S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*. 2018;42(spe1):224–43.
2. Alves E, Magalhães M, oliveira J, Carilho G. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde em Debate*. 2018;42(spe1):38-51.
3. Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários [Internet]. BVS; 2002 Feb 06; [cited 2022 Feb 7]; Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf
4. Global Conference on Primary Health Care [Internet]. Astana/Kazakhstan; 2018. Declaration of Astana; [cited 2022 Feb 14]; Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>
5. Organização Mundial da Saúde [Internet]. [place unknown]; 2021 Apr 01. Cobertura universal de saúde (CUS); [cited 2022 Jan 17]; Available from: [https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/universal-health-coverage-(uhc))
6. Fundação Getulio Vargas. RELATÓRIO TÉCNICO: Gestão da atenção primária na saúde suplementar brasileira Estudo qualitativo sobre aspectos relacionados a escala e processos administrativos. Instituto de Estudos em Saúde Suplementar (IESS) [Internet]. 2021 Apr 01 [cited 2022 Mar 10]:1-37. Available from: <https://www.iess.org.br/sites/default/files/2021-04/ES37-GEST%C3%83O%20DA%20ATEN%C3%87%C3%83O%20PRIM%C3%81RI%A%20NA%20SA%C3%9ADE%20SUPLEMENTAR%20BRASILEIRA.pdf>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS): versão profissionais de saúde e gestores [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. –Brasília: Ministério da Saúde, 2020.83 p. : il. Modo de acesso: World Wide Web: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps_versao_profissionais_saude_gestores_completa.pdf
8. Ministério da Saúde: Plano Nacional de Saúde 2020-2023 [Internet]. Brasília/DF; 2020 Fevereiro. [cited 2022 Feb 24]; Available from:



https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2023.pdf

9. Análise Especial: NAB 66. Nota de acompanhamento de Beneficiários [Internet]. IESS - Instituto de estudos de saúde suplementar; 2022 fevereiro. NAB 66; [cited 2022 Feb 25]; Available from: <https://www.iess.org.br/sites/default/files/2022-02/AE%2066.pdf>
10. Texto para Discussão n° 78: Cuidados Coordenados [Internet]. 2021. Cuidados Coordenados: uma chave estratégica para um melhor sistema de saúde suplementar; [cited 2022 Feb 25]; Available from: <https://www.iess.org.br/sites/default/files/2021-04/TD78.pdf>
11. LEI Nº 8.080 [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União; 1990 Sep 19. LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990; [cited 2022 Feb 25]; Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para,corresponsables%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAsncias.
12. LEI Nº 9.656: DE 3 DE JUNHO DE 1998 [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União; 1998 Jun 03. [cited 2022 Feb 25]; Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm
13. LEI Nº 9.961: DE 28 DE JANEIRO DE 2000 [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União; 2000 Jan 28. [cited 2022 Feb 25]; Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm#:~:text=LEI%20N%C2%9A%209.961%20DE%2028%20DE%20JANEIRO%20DE%202000.&text=Cria%20a%20Ag%C3%AAsncia%20Nacional%20de,ANS%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAsncias.
14. RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 440: DE 13 DE DEZEMBRO DE 2018 [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União; 2018 Dec 14. [cited 2022 Feb 25]; Available from: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/55220686/do1-2018-12-14-resolucao-normativa-rn-n-440-de-13-de-dezembro-de-2018-55220519
15. Lista de unidades federativas do Brasil por população [Internet]. Wikipédia, a enciclopédia livre; 2021 Oct 27. Estimativa Populacional 2021; [cited 2022 Feb 25]; Available from: https://pt.wikipedia.org/wiki/Lista_de_unidades_federativas_do_Brasil_por_popula%C3%A7%C3%A3o



16. HARZHEIM, Erno. Atenção primária à saúde para o século XXI: primeiros resultados do novo modelo de financiamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(2):609-617, 2022.
17. Almeida PF et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(2):286-298, fev, 2010.
18. Jin Y, Xu J, Zhu W, Zhang Y, Xu L, Meng Q. Synergy of policies to strengthen primary care: evidence from a national repeated cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. setembro de 2020;20(1):865–865. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1186/s12913-020-05695-4>
19. Levine DM, Linder JA, Landon BE. Characteristics of Americans With Primary Care and Changes Over Time, 2002-2015. *JAMA Intern Med* [Internet]. 2020;180(3):463–6. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.6282>
20. Williams MD, Asiedu GB, Finnie D, Neely C, Egginton J, Finney Rutten LJ, et al. Sustainable care coordination: a qualitative study of primary care provider, administrator, and insurer perspectives. *BMC Health Serv Res* [Internet]. fevereiro de 2019;19(1):92–92. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1186/s12913-019-3916-5>
21. Rose AJ, Timbie JW, Setodji C, Friedberg MW, Malsberger R, Kahn KL. Primary Care Visit Regularity and Patient Outcomes: an Observational Study. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2019;34(1):82–9. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1007/s11606-018-4718-x>
22. Bradley CJ, Neumark D. Small Cash Incentives Can Encourage Primary Care Visits By Low-Income People With New Health Care Coverage. *Health Aff Millwood* [Internet]. agosto de 2017;36(8):1376–84. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2016.1455>
23. Barbosa ML, Celino SD de M, Costa GMC. A Estratégia de Saúde da Família no setor suplementar: a adoção do modelo de atenção primária na empresa de autogestão. *Interface Comun Saúde Educ* [Internet]. dezembro de 2015;19(55):1101–8. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000601101



24. Iglehart JK. Primary care update--light at the end of the tunnel? N Engl J Med [Internet]. maio de 2012;366(23):2144–6. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1056/NEJMp1205537>
25. Strumpf E, Levesque JF, Coyle N, Hutchison B, Barnes M, Wedel RJ. Innovative and diverse strategies toward primary health care reform: lessons learned from the Canadian experience. J Am Board Fam Med [Internet]. Março de 2012;25; 25 Suppl 1:S27-33. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.3122/jabfm.2012.02.110215>
26. Rittenhouse DR, Shortell SM, Fisher ES. Primary care and accountable care--two essential elements of delivery-system reform. N Engl J Med [Internet]. outubro de 2009;361(24):2301–3. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1056/NEJMp0909327>
27. Goldfield N, Gnani S, Majeed A. Primary care in the United States: profiling performance in primary care in the United States. BMJ [Internet]. abril de 2003;326(7392):744–7. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-12676844>
28. Friedman B, Basu J. Health insurance, primary care, and preventable hospitalization of children in a large state. Am J Manag Care [Internet]. junho de 2001;7(5):473–81. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-11388127>
29. Roberts J. Primary care: core values. Primary care in an imperfect market. BMJ [Internet]. julho de 1998;317(7152):186–9. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-9665903>
30. 20 anos de transformações e desafios em um setor de evolução contínua [Internet]: Letra Certa; 2020. Evolução da Promoção à Saúde na Saúde Suplementar e Atenção Primária à Saúde, Evolução da Promoção à Saúde na Saúde Suplementar e Atenção Primária à Saúde; [cited 2022 Jul 4]; p. 13-34. Available from: file:///C:/Users/giost/Downloads/SS_20ANOS.pdf