

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO SOBRE EXPERIÊNCIAS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE SUPLEMENTAR

NAVEGADORSUS

Série Técnica Navegador SUS - v. 12



Versão Preliminar

RIO DE JANEIRO
2018

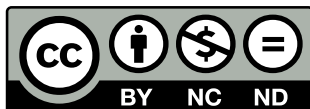
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO SOBRE EXPERIÊNCIAS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE SUPLEMENTAR

NAVEGADORSUS
Série Técnica Navegador SUS - v. 12



Rio de Janeiro
2018



Organização Pan-Americana da Saúde 2018.

Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Sem Derivações. Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

O conteúdo desta, e de outras obras da Agência Nacional de Saúde Suplementar, pode ser acessado na Biblioteca Digital ANS <http://www.ans.gov.br/biblioteca/index.html>

Versão *online*

Elaboração, distribuição e informações

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS
Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO
Gerência-Geral de Regulação Assistencial – GGRAS
Gerência de Monitoramento Assistencial – GMOA
Av. Augusto Severo, 84 – Glória
CEP 20.021-040
Rio de Janeiro, RJ – Brasil
Tel.: +55(21) 2105-0000
Disque ANS 0800 701 9656
www.ans.gov.br

Organização Pan-Americana
da Saúde/Organização (OPAS/OMS) no Brasil
Setor de Embaixadas Norte, lote 19
CEP: 70800-400 – Brasília, D.F.
www.paho.org/bra

Diretoria Colegiada da ANS

Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO
Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE
Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES
Diretoria de Fiscalização – DIFIS
Diretoria de Gestão – DIGES

Equipe Técnica

Adriana de Medeiros Cavalcanti
Katia Audi Curci
Karla Santa Cruz Coelho
Maria Tereza Marsilac Pasinato
Renata de Campos Lopes da Silva

Equipe Técnica OPAS/OMS no Brasil

Renato Tasca
Fernando Antônio Gomes Leles
Vanessa Borges

Laboratório de Inovação em Experiências sobre Atenção Primária na Saúde Suplementar

Coordenação

Alberto José Niituma Ogata
Interface site Portal da Inovação (apsredes.org)
Vanessa Borges

Normalização e Ficha catalográfica

Maria de Lourdes de Brito – CRB-7 6330
Luis Guilherme Macena – CRB-7 6713
Biblioteca/CGECO/GEQIN/DIGES

Fotografia (capa) – Arquivo OPAS/OMS no Brasil

Projeto Gráfico

Gerência de Comunicação Social – GCOMS/SEGER/DICOL

Nota: O estudo que subsidiou este livro foi realizado no âmbito da cooperação Técnica entre a OPAS/OMS no Brasil e a ANS, por meio do termo de Cooperação nº 90.

Ficha Catalográfica

A 265m Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. Gerência-Geral de Regulação Assistencial. Gerência de Monitoramento Assistencial.

Laboratórios de inovação sobre experiências em atenção primária na saúde suplementar [recurso eletrônico] / Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. Gerência-Geral de Regulação Assistencial. Gerência de Monitoramento Assistencial, Organização Pan-americana da Saúde – Rio de Janeiro : ANS, 2018. (NAVEGADORSUS ; v. 12)

2.3 MB; ePUB.

ISBN:

1. Saúde suplementar. 2. Atenção primária à saúde. I. Organização Pan-americana da Saúde. II. Título.

CDD 368.382

Catalogação na fonte – Biblioteca ANS

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
JUSTIFICATIVA	7
CAPÍTULO 1 – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	9
1.1 Introdução	9
1.2 Atenção Primária à Saúde: histórico e atributos	9
1.3 A Política Nacional de Atenção Básica no Brasil	12
1.4 O movimento global para a qualificação e renovação da APS	14
1.5 O processo de trabalho na APS	16
1.6 O médico generalista e a equipe de atenção básica	16
1.7 Atenção Primária à Saúde no contexto da Saúde Suplementar	17
1.8 Sobre a avaliação dos serviços de atenção primária	19
1.9 Indicadores de atenção primária	20
CAPÍTULO 2 – LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO SOBRE EXPERIÊNCIAS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRA – OPAS/ANS	21
CAPÍTULO 3 – EXPERIÊNCIA EM APS NA SAÚDE SUPLEMENTAR	25
CAPÍTULO 4 – CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	57
REFERÊNCIAS	59

APRESENTAÇÃO

A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, desde 2004, através de uma política indutora, vem estimulando as operadoras a repensarem a organização da atenção prestada aos usuários por meio de uma visão ampliada da saúde, saindo do modelo de atenção centrado na doença para um modelo com práticas cuidadoras e integrais que promovam a interface necessária entre a promoção da saúde e a prevenção de doenças e os demais níveis e complexidades da assistência à saúde, em prol da garantia do acesso aos serviços e da melhoria da qualidade de vida deste grupo populacional.

A necessidade de implementar novas formas de cuidado com melhores resultados em saúde é imperativo para a sustentabilidade do setor. Somente por meio da coordenação do cuidado e da gestão de informações é possível responder as necessidades de saúde dos beneficiários de forma eficaz.

Nesse intuito, a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS em cooperação técnica com a Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil idealizou o Laboratório de Inovação sobre Experiências de Atenção Primária na Saúde Suplementar Brasileira. Esse Laboratório de Inovação tem por objetivo identificar e reconhecer o esforço, individual ou conjunto, de operadoras de planos de assistência à saúde brasileiras, na implementação da Atenção Primária em Saúde - APS e o acompanhamento do seu impacto nos resultados em saúde e na sustentabilidade do setor.

Esta publicação visa divulgar as experiências selecionadas pela ANS e pela OPAS/OMS Brasil e apontar as potencialidades e fragilidades que podem impactar o sistema de saúde suplementar brasileiro. Espera-se que a leitura deste livro contribua para melhoria dos resultados em saúde no setor suplementar de nosso país e sua consequente sustentabilidade.

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE

JUSTIFICATIVA

Nos últimos anos a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS tem feito um esforço no sentido de estimular as operadoras de planos de saúde a superar o modelo assistencial vigente, que demonstra não suportar as mudanças demográficas, nutricionais e epidemiológicas, além de sobrecarregar o sistema de saúde. O modelo comumente praticado na saúde em geral e na suplementar, em particular, consiste em uma prática fragmentada, centrada na produção de procedimentos, predominando a desarticulação do cuidado, reduzindo, com isso, a eficiência da assistência prestada (MALTA, 2004). Além disso, a prestação da assistência ocorre de forma reativa e episódica, baseada na demanda espontânea, no acesso desordenado, com inadequada utilização dos recursos e serviços. Conforme assinalam Porter e Teisberg (2007), só há agregação de valor para as pessoas nos sistemas de atenção à saúde quando o cuidado de uma condição de saúde ocorre por meio de um ciclo completo de atendimento a ela (MENDES, 2012).

Para a superação desse cenário impõe-se a necessidade de mudanças na forma de organização da atenção à saúde a partir de novo referencial, ressaltando a importância de abordar a assistência de forma integrada, articulando-se todos os passos na produção do cuidado e no restabelecimento da saúde. Dessa forma, a ANS vem promovendo no setor o debate sobre a incorporação de práticas inovadoras na assistência e na gestão dos serviços de saúde na saúde suplementar, com peculiar ênfase para a prevenção de doenças e o gerenciamento de riscos e condições crônicas de saúde.

Observa-se que o setor, em resposta a estes desafios, vem desenvolvendo práticas para a reorganização do modelo de atenção, por meio da implementação de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças – Promoprev com diferentes níveis de intensidade na forma de abordar a integralidade, com maior ou menor grau de coordenação do cuidado. Neste contexto, algumas operadoras começaram a adotar práticas assistenciais baseadas nos princípios da Atenção Primária à Saúde - APS, o que permite identificar melhores indicadores de saúde, com menores custos e maior satisfação dos beneficiários.

A APS é o principal elemento de uma metodologia de atenção contínua à saúde, o que inclui a prevenção, promoção, cura e reabilitação. No entanto, há que se considerar as peculiaridades do setor de saúde suplementar brasileiro, caracterizado pela diversidade do perfil das operadoras, que podem apresentar diferentes portes, operar com rede própria, credenciada ou referenciada, atuar em um único estado ou em todo o território nacional. Somam-se a estas características o enfoque na gestão econômico-financeira em detrimento da gestão assistencial e a carência de informações em saúde dos beneficiários. Este quadro representa grande dificuldade para que haja a incorporação da APS, com todos os seus atributos, pelas operadoras e para todos os beneficiários.

Nesse intuito, a ANS em cooperação técnica com a OPAS/OMS no Brasil criou o Laboratório de Inovação sobre Experiências de Atenção Primária na Saúde Suplementar Brasileira. Esse Laboratório de Inovação tem por objetivo identificar e reconhecer o esforço, individual ou conjunto, de operadoras brasileiras, na implementação da APS e o acompanhamento do seu impacto nos resultados em saúde e na sustentabilidade do setor.

A partir das experiências apresentadas, observou-se que existem diferentes práticas por parte das operadoras, evidenciando variada capacidade de gestão e da incorporação da APS como estratégia estruturante para reorganização da assistência.

De todo modo, para a construção de um modelo de atenção que dê conta das necessidades de saúde dos beneficiários, é fundamental que se avance na direção de um cuidado coordenado que tenha como base o aprimoramento na gestão de informações em saúde.

A coordenação do cuidado é um dos atributos essenciais da APS e está relacionada com a articulação entre os diversos serviços e ações referentes à atenção em saúde de modo que, independente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e visem um objetivo comum (ALMEIDA et al., 2010).

É importante destacar que, a essência da coordenação é a disponibilidade de informações acerca de problemas e atendimentos anteriores, bem como o reconhecimento dessas informações, na medida em que podem ser necessárias para a realização do atendimento em determinado momento (STARFIELD, 2002).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a continuidade do cuidado depende da capacidade de assegurar a continuidade da informação, assim sendo, as atuais Tecnologias da Informação e de Comunicação (TIC) criam novas possibilidades para melhorar a circulação da informação a um custo acessível (OMS, 2008).

Para vencer a atual lógica do setor, de modo a estabelecer uma adequada coordenação do cuidado, é fundamental o investimento no sentido de conhecer melhor as condições de saúde de todos os beneficiários, seus fatores de risco e necessidades em saúde. Segundo Mendes (2012, p. 163), “sem a estratificação da população em subpopulações de risco é impossível prestar a atenção certa, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa”. A estratificação por riscos é de suma importância para não ocorrer uma suboferta de cuidados necessários a portadores de maiores riscos e/ou uma oferta de cuidados desnecessários a portadores de condições de menores riscos, acarretando, desse modo, uma atenção à saúde não efetiva e ineficiente (MENDES, 2012). Portanto, as operadoras devem conhecer o perfil epidemiológico de sua carteira, pois somente dessa forma podem antecipar-se em relação às necessidades em saúde de sua população, organizando a assistência prestada.

A coordenação do cuidado pode estar estruturada por meio de “porta de entrada” na APS, capaz de gerar melhores resultados clínicos, evidenciado por dados que mostram que mais de 80% dos atendimentos podem ser resolvidos na primeira consulta. É importante destacar que esse mecanismo deve se mostrar resolutivo, prestando o cuidado em tempo oportuno, sem configurar impedimento de acesso aos demais níveis de atenção.

Importante destacar que a APS na saúde suplementar deve ser qualificada e resolutiva, com melhores resultados sanitários, e não apenas a busca da diminuição de custos por parte das operadoras.

Esta publicação tem por objetivo compartilhar algumas práticas inovadoras no intuito de fomentar no setor o esforço de repensar e reorganizar o modelo de atenção que vise a garantia do acesso aos cuidados necessários, o vínculo, a responsabilização para com o usuário e a integralidade da assistência e o monitoramento contínuo dos resultados alcançados.

CAPÍTULO 1 - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM DESAFIO¹

1.1 Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS), também conhecida no Brasil como Atenção Básica (AB), se caracteriza por garantir acesso facilitado aos cuidados de saúde de menor complexidade, constituindo a principal porta de entrada no sistema de saúde público brasileiro. Ela deve fazer, também, a coordenação do cuidado em saúde, o que pressupõe o paciente ser tratado em quaisquer de suas condições de saúde, garantindo-se encaminhamento a serviços de maior complexidade quando necessário, porém com base nas equipes da APS e, dentro delas, o médico, como responsáveis em conjunto por tal atendimento.

A literatura internacional é praticamente unânime em afirmar que a atenção primária à saúde, desde que constituída de maneira adequada, dentro dos parâmetros já consagrados na literatura e na experiência internacional, tem grande potencial de oferecer um cuidado de melhor qualidade e ao longo do tempo reduzir custos assistenciais, inclusive em modelos privados de financiamento, como na saúde suplementar, como é conhecida, no Brasil, a modalidade de pré-pagamento da assistência médica (LEWIS, 2018).

Com base em algumas experiências analisadas pela ANS e aqui divulgadas, acredita-se que a Saúde Suplementar pode e deve oferecer serviços de atenção primária capazes de gerar qualidade assistencial e redução de despesas.

1.2 Atenção Primária à Saúde: histórico e atributos

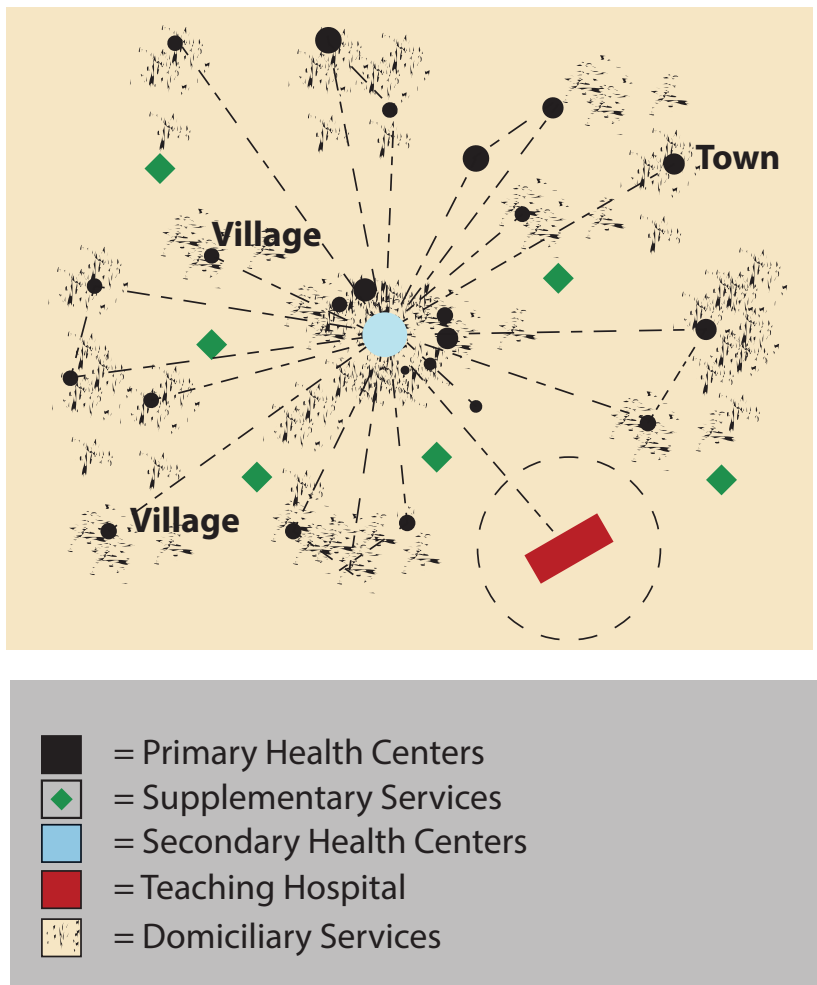
Um dos primeiros, se não o primeiro, documento a cunhar os termos “primário”, “secundário” e “terciário” no âmbito da saúde foi o relatório Dawson de 1920. Segundo tal documento, relativo à situação de saúde do Reino Unido, coordenado por Lord Dawson de Penn, o sistema de saúde deveria se organizar em territórios onde estariam centros de saúde primários, centros de saúde secundários, mais centrais, e hospitais universitários terciários. Os centros de saúde primários seriam responsáveis pela capilaridade, ou seja, deveriam estar o mais próximo possível da casa das pessoas e nele trabalhariam equipes de generalistas. Também seriam responsáveis pelos cuidados domiciliares. Os centros de saúde secundários abrigariam os especialistas, em modalidade ambulatorial e, finalmente, o hospital terciário seria o local para pacientes e casos mais graves.

Este relatório é, na sua concepção geral, bastante atual, uma vez que o desenho de um território de saúde, bem como de sua clientela residente (ou geograficamente adscrita) ainda é, em grande medida, o que se persegue hoje em dia. A figura abaixo resume seus principais atributos.

1

Texto de autoria de Flávio A. de Andrade Goulart. Consultor OPAS/OMS Brasil

Figura 1 - Estrutura da rede de serviços prevista para um território, segundo o relatório Dawson



Fonte: DAWNSON, 1964.

O termo “complexo” costuma ser usado para qualificar problemas graves específicos, de frequência mais rara, mas que precisaria ser re-significado para a Atenção Primária à Saúde, que lida com problemas inespecíficos que, apesar de frequentes, podem ser considerados complexos. Ou seja, de certa maneira o significado original é praticamente oposto ao utilizado no cotidiano do trabalho na saúde, inclusive dando nomes até mesmo a departamentos do Ministério da Saúde no Brasil, ditos de “média e alta complexidade”, quando na verdade a complexidade está presente em toda a cadeia de serviços. Muitas vezes estes termos acabam consagrados pela dificuldade em encontrar outro melhor que exprima o trabalho em questão.

Por outro lado, os ambientes chamados secundários e terciários lidam também com problemas frequentes, o que se contraporia a que tais questões fossem consideradas apenas como de gravidade mais intensa, coisa que eles o são de fato, embora sejam frequentes também. Instala-se, assim, certa tensão muitas vezes, que pode perturbar a função de “filtro” (*gate-keeper*) da APS, em especial em sistemas de saúde pouco organizados e pouco custo-efetivos.

Assim, a rede de atenção concebida por Dawson deve exercer uma importante função de “filtragem”, possibilitando que aumentem as chances de que os problemas de saúde encontrem o profissional mais adequado, no momento certo e no local propício, para que sejam mitigadas as probabilidades de equívocos de diagnóstico, seja para mais ou para menos. Ou seja, esta função de filtro exercida em primeiro lugar pela APS aumentaria o valor preditivo e a eficiência dos especialistas, como se demonstra amplamente

na literatura. Por outro lado, colocar profissionais treinados para problemas graves e específicos em um ambiente de problemas indiferenciados e inespecíficos pode acarretar perturbações e pouca capacidade resolutive nos sistemas de saúde.

A Conferência de Alma Ata em 1978 (WHO, 1978) foi a grande propulsora do conceito de APS. Porém, após o evento, a conceituação de tal modalidade evoluiu em sua definição, principalmente após textos qualificados de autores americanos, entre eles o trabalho de Barbara Starfield, que possibilitaram uniformizar conceitos. Starfield (2002) partiu de uma análise ampla da literatura, particularmente de alguns autores tais como o finlandês Hannu Vuori, que nos anos 80 escreveu um artigo que procurava diferenciar “atenção médica primária” de “atenção primária à saúde” e ao mesmo tempo propunha a organização do quadro conceitual em quatro modalidades de APS. Para este autor, a atenção médica primária representava o tipo de assistência médica que já vinha sendo feita, com médicos generalistas e especialistas se alternando no papel de primeiro contato, praticando uma medicina essencialmente curativa e descoordenada.

Assim, para Vuori (1984), seria preciso ir em direção a uma APS de fato qualificada, para o que seriam necessárias muitas mudanças, entre elas, a de integrar as atividades curativas com a prevenção e trabalhar de forma intersetorial e em equipe, tendo a figura do generalista como central. Por outro lado, a atenção primária à saúde não deveria ser entendida apenas como uma cesta restrita de serviços (como pré-natal, puericultura, hidratação oral e imunização, por exemplo), ou como o primeiro nível ambulatorial de um sistema descoordenado, mas sim como uma estratégia bem definida em termos de princípios tais como acesso e cuidado centrado na pessoa, bem como uma filosofia de ação com foco na equidade, na justiça social e no conceito ampliado de saúde.

Hoje se aceita quase que universalmente que os quatro atributos essenciais da atenção primária à saúde são: (a) acesso; (b) coordenação; (c) longitudinalidade e (d) integralidade ou cuidado abrangente (do inglês “*comprehensiveness*”). Esses foram definidos por Starfield (2002), como “atributos essenciais” da APS e eram originários de um relatório do *Institute of Medicine* norte americano, de 1978. Neste documento, além dos quatro atributos consolidados por Starfield, estava descrito um quinto: *accountability*, que pode ser traduzido como vínculo, responsabilização, comprometimento. Starfield incluiu este atributo na longitudinalidade, e não na *continuidade*, como estava no relatório original, uma vez que o primeiro tem um aspecto mais amplo, abrangendo todas as fases da vida, enquanto o segundo estaria ligado a problemas de saúde específicos e seria, portanto, também um atributo dos setores secundário e terciário.

O acesso pode ser definido a partir do conceito de “porta de entrada” do sistema e pode ser medido pela facilidade com que o paciente consegue um encontro com sua equipe e seu médico de referência. Além disso, está relacionado a diferentes formas de acesso (presencial, telefone, e-mail) e diversidade de horários disponíveis. É o atributo essencial frequentemente listado como mais importante. São poucos países e sistemas que conseguem fornecer acesso à distância e fora do horário comercial a equipes de atenção primária. Ao mesmo tempo, é o único atributo que a atenção primária tem em comum com a emergência ou o pronto atendimento.

Ainda quanto ao acesso, afirmativas do tipo “atender um paciente no mesmo dia não é APS, mas sim pronto atendimento” merecem crítica, pois, ao contrário, o acesso imediato é um fator que qualifica a APS, um atributo essencial e necessário, embora não suficiente. São os demais atributos, já citados, que fazem de fato um serviço com acesso facilitado (ou avançado) se diferenciar efetivamente de um mero “pronto atendimento”.

Outro atributo essencial é a coordenação do cuidado, que está relacionada à atitude de referenciar (encaminhar) os pacientes a outros pontos de atendimento. Mas no caso da APS tais pacientes nunca deixam de estar na lista da equipe, ou seja, mesmo que haja a suspeita de um problema mais grave ou alguma doença já em curso a ser encaminhado a outro nível, a equipe de atenção primária mantém

o vínculo com as pessoas, tanto para cuidar dos outros problemas quanto para continuar exercendo a coordenação do cuidado. Além disso, não se pode perder um paciente de vista quando este é encaminhado para a realização de exames ou a avaliação de um especialista. Assim, é preciso sempre “fechar o circuito (*loop*), o que significa manter o paciente no “radar do sistema” (BENGOA, 2017).

Um terceiro atributo essencial é a longitudinalidade, que significa cuidado ao longo do tempo, passando por todas as fases do ciclo de vida. A satisfação do usuário, bem como o vínculo, está relacionada a esse atributo.

Por fim, há a integralidade, que foi traduzida do inglês *comprehensiveness*. Diferentes textos e pesquisadores utilizam o termo “integralidade” com diversos significados. No artigo 198 da Constituição Federal/1988 e no artigo 7 da Lei 8080/ 1990, o termo vai em direção a “prevenção, cura e reabilitação”. Não é exatamente este o sentido dado pelo *Institute of Medicine* e mesmo por Starfield, que tratam o conceito como “a capacidade de ofertar a maior variedade de serviços possível” (MENDES, 2012).

A integralidade vista de maneira assim mais ampla indica que ela representa um atributo a ser medido por meio da carteira de serviços disponível em dada unidade. Estes devem ser amplos, de forma a incluir, por exemplo, puericultura, pré-natal, cuidados paliativos essenciais, pequenos procedimentos como colocação de dispositivo intrauterino, unha encravada, lavagem otológica e sutura. Porém, não precisam ser realizados por um único profissional, mas por uma equipe no mesmo local de trabalho. A equipe deve ter o tamanho mínimo necessário para fazer o trabalho com qualidade - e há parâmetros relativamente bem estabelecidos para mensurar esta qualidade, desde o tamanho da carteira de pacientes quanto indicadores de resultado.

Starfield descreveu, ainda, atributos derivados que são importantes, embora não essenciais. São eles: foco na família, abordagem comunitária e competência cultural.

1.3 - A Política Nacional de Atenção Básica no Brasil

A Política Nacional de Atenção Básica no Brasil - PNAB, definida pelo Ministério da Saúde, desde 2006, é caracterizada por 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.

A PNAB tem como objetivo principal desenvolver uma atenção integral que impacte a situação de saúde e autonomia das pessoas e os determinantes e condicionantes de saúde das coletividades, mediante o exercício de práticas de cuidado e gestão participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

A PNAB se baseia em tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento, devem ser acolhidos.

Assim a Atenção Básica deve ser desenvolvida com descentralização e capilaridade, de forma a estar próxima da vida das pessoas, devendo ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com a rede de atenção à saúde. Orienta-se, ainda, pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A atenção básica considera o usuário ou cliente como um sujeito específico e portador de direitos, em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral. Seus fundamentos e diretrizes compreendem, entre outros aspectos: (a) noção de território, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação de saúde, em consonância com o princípio da equidade; (b) garantia de acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, dentro de uma lógica de organização e funcionamento dos serviços de saúde, de modo universal e sem diferenciações excludentes; e (c) coordenação da integralidade, seja integrando ações programáticas e demanda espontânea, articulando as ações de promoção à saúde e prevenção de agravos, ou ainda a vigilância à saúde, o tratamento e a reabilitação mediante diversas tecnologias de cuidado e de gestão.

A atenção básica deve contar com a presença de diferentes formações profissionais, assim como um alto grau de articulação entre elas, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, como também se estabeleça um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, dessa forma, a capacidade de cuidado de toda a equipe.

Isso exige um tipo de organização de serviços que pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, para um processo centrado no usuário, no qual o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica. Cabe, ainda, aos serviços centrados na AB estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, a partir de lógicas mais centradas no usuário e na participação social.

Assim sendo, serviços com foco na AB (ou APS) devem se organizar para assumir uma função essencial de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção. Para tanto, os usuários devem dispor de relações de vínculo e responsabilização por parte das equipes de saúde, de forma a garantir continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.

Assume especial significado em tal modalidade de atenção a noção de *vínculo*, que consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e a equipe de saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. Isso se associa à longitudinalidade do cuidado, ou seja, a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários.

A Política Nacional de Atenção Básica tem na Estratégia de Saúde da Família, com cobertura aproximada a 100 milhões de cidadãos no Brasil, sua estratégia prioritária para expansão e consolidação, constituindo um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais e regionais.

A PNAB foi revista em 2017, depois de um processo de consulta pública, sendo as principais mudanças as seguintes: (a) Reconhecimento de outros formatos de equipe de acordo com características e necessidades locais, porém compostas minimamente por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem; (b) Criação do cargo de Gerente de Unidade Básica de Saúde (UBS); (c) Definição de prazo

de implantação após credenciamento oficial (quatro meses); (d) Ampliação das atividades dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), de forma a cobrirem também equipes de atenção básica “tradicionais”; (e) Ampliação do teto populacional de 2.000 pessoas para 3.500. Além disso, estão previstos: incorporação do registro eletrônico em saúde e medidas de integração de ações entre Vigilância em Saúde e Atenção Básica.

1.4 - O movimento global para a qualificação e renovação da APS

Extensa revisão bibliográfica sobre o papel da Atenção Primária à Saúde nos sistemas de saúde de vários países, sob a ótica de vários pesquisadores e culturas organizacionais, foi realizada por Mendes.

Este autor lembra, primeiramente, que desde o lançamento da meta de saúde para todos, em 1978, pela OMS (Declaração de Alma Ata), a APS vem se transformando substancialmente. O momento atual, assim, é dito de renovação da APS, o que significaria revitalizar a capacidade dos gestores em construir uma estratégia coordenada, efetiva e sustentável para enfrentar os problemas de saúde existentes, preparar para novos desafios sanitários e melhorar a equidade.

Há muitas razões para adotar tal processo de renovação, o que incluiria, entre outros aspectos: (a) o cenário atual de novos desafios epidemiológicos; (b) a necessidade de superar fraquezas e inconsistências de alguns enfoques da APS que vem sendo praticados; (c) o desenvolvimento de novas ferramentas e conhecimentos de boas práticas que podem fazer uma APS mais efetiva; e (d) o reconhecimento de que a APS é um instrumento para reduzir as iniquidades em saúde e as causas de má saúde entre os indivíduos.

A experiência internacional tem mostrado que a presença de uma APS fortalecida nos sistemas de saúde produz, entre outros aspectos, a redução da mortalidade infantil e da redução da mortalidade geral; o aumento da expectativa de vida; as diminuições das taxas de mortalidade por doenças transmissíveis, do aparelho circulatório e condições perinatais, embora persistam alguns desafios como na tuberculose e HIV/AIDS (STARFIELD, 2002).

A justificativa para a renovação e o fortalecimento da APS nos dias atuais leva em conta a situação demográfica, com o envelhecimento da população; a presença de fatores de risco; a urbanização, além da deterioração das estruturas sociais, que geram problemas diversos de saúde, tais como obesidade, hipertensão, doenças cardiovasculares, violências, adições de álcool, tabaco e outras drogas.

A renovação da atenção primária à saúde APS, todavia, não pode ser vista como uma prática seletiva para pessoas pobres, nem somente como o primeiro nível do sistema de atenção à saúde. Antes, ela deverá ser integrada e ofertada com integralidade, dentro de princípios de participação e coordenação intersetorial. Deverá agregar, também, elementos do enfoque da saúde e direitos humanos, que compreendem a saúde como direito humano fundamental e a necessidade de se enfrentar os determinantes sociais e econômicos da saúde.

Para isso, a APS é definida como um enfoque de organização e operação dos sistemas de atenção à saúde que faz do direito à saúde seu principal objetivo, ao mesmo tempo em que maximiza a equidade e a solidariedade e define como seus princípios a capacidade de dar respostas, a orientação pela qualidade, a transparência governamental, a justiça social, a sustentabilidade, a participação e a intersetorialidade.

Um sistema de atenção à saúde baseado na APS compõe-se de um conjunto de elementos funcionais e estruturais que garantem cobertura universal e acesso aos serviços que sejam aceitáveis para a população e que sejam equitativos. Ele provê a atenção integral e integrada ao longo do tempo, enfatiza a promoção e a prevenção e assegura o primeiro contato. As famílias e a comunidade são as bases para o planejamento e a ação, cabendo enfatizar que este sistema deve desenvolver atividades intersetoriais e interdisciplinares.

Dessa forma, os sistemas de atenção à saúde baseados na APS devem ser compostos por elementos estruturais e funcionais, que compreendem: cobertura e acesso garantidos; a atenção integral e integrada; a ênfase na promoção e na prevenção; a oferta de atenção apropriada; a orientação familiar e grupal; os mecanismos ativos de participação; a organização e gerenciamento ótimos; a preocupação com a equidade; a atenção desde o primeiro contato; os recursos humanos apropriados, além das referidas ações interdisciplinares e intersetoriais.

As evidências sobre os benefícios da atenção primária à saúde nos sistemas de atenção à saúde são robustas. Os estudos internacionais mostram que os sistemas de atenção à saúde baseados numa forte orientação para a atenção primária à saúde apresentam resultados melhores e mais equitativos, são mais eficientes, têm menores custos e produzem mais satisfação para as pessoas usuárias, quando comparados com sistemas de fraca orientação para a atenção primária à saúde. Esses sistemas possibilitam liberar recursos para atender às necessidades gerais. Além disso, são capazes de melhorar a equidade, porque são menos custosos para os indivíduos e mais custo-efetivos em termos de gestão; asseguram maior eficiência dos serviços, ao poupar tempo nas consultas; reduzem o uso de exames laboratoriais e, em suma, são redutores de custos e gastos em saúde. (STARFIELD et al., 2005; KRINGOS et al., 2013)

Evidências internacionais diversas sugerem que os sistemas de atenção à saúde baseados na APS aumentam a eficiência e a efetividade. Estudos de hospitalizações por condições sensíveis à atenção ambulatorial mostram que os sistemas baseados na APS que asseguram acesso e primeiro contato, melhoram os resultados sanitários, beneficiam outros níveis do sistema e permitem reduzir internações por condições tais como angina, infecções urinárias, doença pulmonar obstrutiva crônica, entre muitas outras. Como se não bastasse, a experiência internacional ainda mostra que as pessoas que têm um suporte regular de atenção primária à saúde durante sua vida estão mais satisfeitas com o sistema de saúde, apresentam menos hospitalizações e utilizam menos as unidades e emergência. Entretanto, para que a APS beneficie de fato os potenciais beneficiários, os serviços correlatos devem possuir boa qualidade técnica. (STARFIELD, et al., 2005; KRINGOS et al., 2013)

Medida essencial de eficiência da APS é a das internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP). Um grupo de pesquisadores liderados por Macinko et al. (2010) analisou, de forma meta-analítica, a mudança porcentual na taxa de ICSAP e não-ICSAP, por região no Brasil, referente ao período 1999 a 2007. Houve melhora significativa, em termos da redução das ICSAP em todas as regiões brasileiras. Entre os 15 estudos de boa qualidade analisados por eles, 12 concluíram que essa diminuição foi sem dúvida associada à expansão da política de atenção básica.

Uma perspectiva de futuro coloca alguns pontos para a que a APS se fortaleça para enfrentar novos desafios, o que equivale ampliar de fato e de direito a agenda da APS em termos de equidade e de desenvolvimento humano, tanto nos sistemas públicos como privados. Para isso, será sempre necessário aprender com as experiências já existentes e superar barreiras culturais pendentes. Em suma, o desafio de transitar de um sistema curativo e baseado no hospital para outro baseado na prevenção e na comunidade e grupos é grande. Da mesma forma, superar a fragmentação, a ausência de informações locais e a frágil colaboração intersetorial. Não é demais lembrar que, para tanto, as equipes de saúde devem ser capacitadas tanto nas competências técnicas quanto afetivas e culturais.

1.5 - O processo de trabalho na APS

A PNAB estipula, como princípio geral, que os processos de trabalho na Atenção Básica/APS devem se dar mediante a formação de equipe, na qual estarão presentes, obrigatoriamente, o médico, o enfermeiro, o técnico em enfermagem e o agente comunitário de saúde.

Como características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica, a PNAB enfatiza, primeiramente, a definição de um território de atuação, o que pode ser também compreendido como a identificação tão precisa quanto possível de uma população beneficiária. Para tal grupo, deverão ser realizadas atividades de programação e implementação de múltiplas atividades, com a priorização da solução dos problemas de saúde mais frequentes, de forma a assumir responsabilidade pela assistência à demanda espontânea ou programada, sempre de forma a mais resolutiva possível. São também fundamentais as medidas para a garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial, bem como de assistência integral contínua e organizada à população beneficiária.

Além disso, cabe realizar ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população coberta, ampliando a participação de todos na defesa da qualidade de vida. Foco especial deve ser colocado nos grupos e fatores de risco, sejam comportamentais, alimentares ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis.

A boa atenção básica se completa com a prática de acolhimento nos serviços, de forma que nenhum paciente volte para casa ou vá para os especialistas sem antes ter sua condição avaliada pela equipe, com a realização compulsória de um primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas.

Equipes e pacientes deverão se engajar no planejamento e na avaliação conjuntos das ações realizadas, inclusive no desenvolvimento de medidas que envolvam outros setores, de forma a integrar projetos afins, voltados para a promoção da saúde e de apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e da participação dos usuários na elaboração dos planos de tratamento.

1.6 - O médico generalista e a equipe de atenção básica

Em geral, não seria correto dizer apenas que determinada rede ou sistema de saúde “tem ou não tem APS”. O mais adequado seria falar de um escore de desempenho, ou seja, se a APS é efetivamente forte, o que acontece quando se transforma, de fato, em instância coordenadora da rede de serviços. A APS, assim, pode ser entendida como um *locus* dentro de tal rede, no qual está alocada uma equipe de profissionais, entre eles, o médico generalista da APS.

O estado da arte atual indica que quanto mais generalista for este médico e quanto mais treinado ele for, melhor é o desempenho da APS. Quanto aos hospitais e serviços especializados, as evidências indicam que terão melhores indicadores de desempenho se receberem pacientes “filtrados”, mas não apenas “barrados”, pela APS, o que tornará mais eficiente o alto grau de especialização neles instalada.

Assim, há evidências fortes de que a maior eficiência da atenção primária acarretará ganhos de eficiência na média e alta complexidade. Consequência disso é que a melhor maneira de aumentar a eficiência da APS é aumentar o número de médicos e equipes de APS. Entretanto, a produtividade é um desafio e é preciso estar atento para o real potencial existente em aumentar número de consultas médicas e não médicas por habitante na atenção básica (ARAUJO, 2018).

Entretanto, a conceituação do que é ser generalista, não é tão fácil quanto parece. Idealmente, seria o profissional que “atende sem distinção de sexo, idade ou sistema orgânico”. Porém, com a segmentação

da medicina esta definição fica menos clara. Na prática, quem está na porta de entrada do sistema e atende “sem filtro prévio” está exercendo a função de generalista. Mas deve ficar claro que a especialização em Medicina de Família (ou Geral e Comunitária, na versão brasileira), voltada para práticas generalistas é hoje uma realidade e, mais do que isso, uma necessidade no sistema de saúde brasileiro.

Algumas considerações importantes não apenas sobre o médico, mas os recursos humanos em geral para a APS podem ser traçadas, a saber: não constituem uma mera variável de ajuste, mas um elemento chave para a transformação dos sistemas de saúde, de forma a responderem melhor às necessidades de saúde da população; compõem requisitos para tornar possíveis, de fato, os sistemas de saúde baseados em uma APS realmente renovada; não se poderá obter cobertura ampliada, quiçá universal, sem um efetivo acesso universal, já que a assistência com pessoal qualificado é de fato um potente determinante de saúde; em termos de promoção da equidade, tais recursos humanos são atores essenciais no respectivo alcance, viabilizando o equilíbrio dentro do sistema de saúde, e na articulação entre o sistema misto e o público (GIRARD, 2018).

Afirmativa consensual é a de que a colaboração Interprofissional é um forte requisito para uma APS efetiva. Quanto a isso, existem algumas competências essenciais para o desenvolvimento de capacidades específicas, como, por exemplo, clarear os papéis das diversas profissões na APS; garantir o trabalho real em equipe; focalizar a atenção no paciente, na família e na comunidade; desenvolver habilidades de liderança colaborativa; realizar a comunicação entre as profissões, além de participar decididamente na resolução de conflitos. Da mesma forma, a colaboração entre os médicos de família e os enfermeiros é emblemática na APS. O médico deve ser considerado com o verdadeiro “sócio” do enfermeiro, se realmente existe uma proposta avançada de APS. Aliás, a literatura científica tem mostrado que isso representa um modelo muito eficiente, por incrementar o acesso de maneira significativa, possibilitando que os serviços de saúde estejam realmente focados em estratégias de prevenção e de promoção de saúde. Trata-se de um significativo encontro de profissionais, que potencializarão, dessa forma, um aumento na qualidade e na segurança dos pacientes (GIRARD, 2018).

Sobe o papel e o processo de trabalho, sempre em equipe, do médico de APS há variações nos diversos países. Nos Estados Unidos da América, por definição legal, médico de atenção primária é todo pediatra geral, ginecologista, internista geral e médico de família. No Canadá, na Austrália, na Nova Zelândia e na Europa Ocidental ficou estabelecido, por razões históricas, que o generalista é o médico de família formado através de residência, a qual passou a ser mandatória na década de 90, colaborando para a regulamentação do mercado com 30-40% do total de vagas para esta especialidade. Em poucos países europeus, como na Alemanha, o internista e o ginecologista estão presentes na porta de entrada. Na Espanha as equipes de APS contam também com o pediatra. Quanto ao papel do enfermeiro, não se discute: ele deve estar sempre presente e tem atuação destacada (GIRARD, 2018).

No Brasil, no estudo sobre demografia médica, do Conselho Federal de Medicina, foi definido que o Médico de Família e Comunidade está incluído na categoria dos especialistas e que há fortes desigualdades regionais na distribuição deste profissional. Na APS, por exemplo, no estado do RS a taxa destes profissionais é pelo menos 20 a 30 vezes maior do que em estados como RR, GO, MS, PI. Entre os que possuem mais médicos de APS estão, ao lado do RS, os estados de SP, RJ e MG (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2017)

1.7 - Atenção Primária à Saúde no contexto da Saúde Suplementar

Por várias razões, o sistema de saúde brasileiro foi constituído de forma fortemente apoiada no hospital, além do mais fragmentada, descoordenada, planejada pela oferta e não pela demanda, com ações de prevenção descoladas das ações de tratamento e reabilitação, sendo pouco custo-efetivo e com uma atenção primária à saúde historicamente incipiente e mesmo marginal. Estes são aspectos observados

tanto no âmbito público quanto no privado, apresentando alguma reversão, em anos mais recentes, com o crescimento da Estratégia de Saúde da Família.

Assim, tal sistema apresenta como característica distintiva o fato de que o setor ambulatorial está desconectado dos demais níveis, mesmo quando existe de fato uma grande rede de serviços.

Com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em 2000, o setor passou a ter mais regulação e sintonia com o SUS, o que fez se buscasse que alguns dos problemas pudessem ser identificados e tratados sistemicamente, seja de gestão financeira ou de gestão assistencial. Aos poucos, ficou clara a necessidade de organizar redes de atenção cuja porta de entrada dispusesse de uma APS estruturada e forte. Surgiu assim a oportunidade para que o sistema de saúde privado brasileiro, em que pesassem fatores culturais próprios, pudesse incorporar algumas das inovações da gestão assistencial mundial.

Entre os obstáculos às mudanças referidas, está o fato de que os médicos especialistas atuantes na porta de entrada do sistema, por terem sido treinados em hospitais para atender pacientes graves, muitas vezes resistam às medidas de reestruturação do sistema de saúde, tendo a APS como coordenadora da porta de entrada. Estes médicos talvez possam ser incorporados aos setores secundário ou terciário, ou até mesmo pela atenção primária, depois de capacitados para tanto, mas o que se espera é que deixe de existir gradativamente essa dupla militância.

Na Saúde Suplementar, o senso comum indicava que o melhor plano era aquele que possuía um bom orientador médico ou uma rede robusta de hospitais e não o que tivesse a porta de entrada mais eficiente ou equipes estruturadas de generalistas. Em países com sistemas de saúde bastante organizados, o primeiro contato ocorre sempre com uma equipe à qual o paciente está inscrito, ou com uma *walk-in clinic* (denominada no Brasil como unidade de Pronto Atendimento), ou no máximo em serviço de urgência/emergência, caso o problema de fato se configure como tal. O nome dos especialistas disponíveis não chega nem a ser divulgado porque, caso seja necessário o encaminhamento, o próprio médico de referência irá providenciá-lo, tendo como regra: “buscar o profissional certo, para o paciente certo, na hora certa”.

Assim, as operadoras brasileiras já começam a criar iniciativas para estruturar a APS, algumas de forma mais organizada, outras mais intuitivamente. A forma de remuneração tem deixado de ser exclusivamente por produção (*fee for service*), que é considerada uma modalidade ruim de pagamento na APS, principalmente quando exclusiva, passando a ser mista, ou seja, por salário fixo ou capitação (número de pacientes cuidados), acrescidos de adicional por desempenho. Algumas dessas iniciativas podem ser classificadas como programas que buscam pacientes já afiliados, enquanto outras elaboram reais produtos novos.

Uma das inspirações para tais mudanças assistenciais tem sido as *Accountable Care Organizations ACO*, norte americanas, que agora fazem parte do *Affordable Care Act* (“*Obamacare*”), tendo como propósito dividir com o gestor local e com o próprio médico da APS a responsabilidade pela gestão da carteira de pacientes. Embora não haja ainda acúmulo histórico de evidências, tudo indica o fortalecimento da APS deva ser privilegiado, para a sustentabilidade do setor, que em última instância depende da eficiência e da rentabilidade para continuar viável.

Alguns resultados da formação das referidas ACO já podem ser apreciados, conforme afirma Lewis (2018), por exemplo, na melhoria do desempenho em qualidade dos prestadores de serviços, na maioria dos indicadores propostos. Em média, ocorreram 6% de aumento no índice de qualidade em apenas um ano (2014-2015), com melhor desempenho associado em 82% das medidas individuais de qualidade. Em termos de custos, estima-se quase US\$ 1 bilhão de economia ao longo de três anos; a redução anual de gastos aumentou de US\$ 234 milhões economizados no primeiro ano para US\$ 429 milhões no terceiro. O chamado componente de pagamento baseado em valor, ou seja, por qualidade e resultados, não por volume de cuidados, possibilitou alinhamento entre pagamento e desempenho, afastando-se do fee-

for-service tradicional para o pagamento baseado em episódios. Os sistemas de informação para dados sobre desempenho e resultados para provedores e pagadores foi aperfeiçoado, facultando desempenho padronizado e medidas de resultados, para hospitais, médicos e planos de saúde. A responsabilização pelo desempenho por desempenho e resultados gerou recompensas, mas também penalidades, aspectos avaliados com base em dados confiáveis.

Outros resultados de tal experiência também já são bastante evidentes, entre eles, o incremento da vacinação contra gripe entre pacientes e profissionais de saúde; a redução de taxas de mortalidade na insuficiência cardíaca; na infecção do trato urinário associada ao cateter; nos 21% de queda em infecções hospitalares adquiridas, com estimativa de 124 mil vidas salvas. Também no quesito contas, graças à melhor comunicação com médicos e o monitoramento baseado em valor, com estabelecimento de penalidades, ocorreu forte redução e contenção de custos nos gastos públicos projetados x gastos por beneficiário do Medicare, correspondendo a US\$ 28 bilhões economizados.

1.8 - Sobre a avaliação dos serviços de atenção primária

A avaliação da APS pode ser realizada por diversos instrumentos. Uma das sistematizações mais usadas para avaliação da qualidade de qualquer organização de saúde é a realizada por Donabedian (1966), que a concebeu em termos de estrutura, processo e resultado. O mais comum é avaliar indicadores de resultados e, por meio destes corrigir estrutura e processo. Porém, é preciso também avaliar diretamente estruturas e processos, pois nem sempre os resultados dão o diagnóstico preciso dos problemas das outras duas dimensões.

A principal ferramenta que mede estrutura e especialmente processo na APS é o Primary Care Assessment Tool – PCATool (Brasil, 2010). Cada atributo pode produzir indicadores mais relacionados a processos ou resultados, através de perguntas como: quantos dias úteis se passam até eu encontrar a terceira consulta disponível na agenda? Quanto o paciente recomenda o serviço a um amigo (em um escore 0 - 10)? Qual a taxa de encaminhamento ou a taxa de visita ao pronto socorro?

Além disso, são importantes alguns outros indicadores de resultado agregados, tais como: custo global da carteira de pacientes, internações gerais e internações por condições sensíveis a APS. Entretanto, o ideal é efetuar uma avaliação mais global dos atributos por instrumentos como PCATool no intuito de ter um diagnóstico mais preciso de qual atributo e qual processo de cuidado está falhando. A ferramenta PCATool já possui versões validadas no Brasil, com atributos que podem gerar indicadores mais relacionados a processos ou resultados.

Araujo (2018) lembra ainda que está hoje posta a questão da reforma da APS, que já vem sendo conduzida em outros lugares do mundo, através de uma abordagem integral, que envolve pelo menos quatro estratégias, a saber: (a) em termos de pagamento, uma combinação entre as modalidades pagamento por serviços prestados (FFS) e por procedimentos (F4F), de forma a incrementar a detecção e a abordagem das doenças prevalentes; (b) revisão intensiva das prescrições farmacêuticas, para garantir acesso e qualidade; (c) introdução de incentivos à demanda, para fortalecer a adesão aos tratamentos por parte dos pacientes; (d) implantação de tecnologias de informação para melhorar a performance da gestão. Tudo isso com forte foco nas intervenções dirigidas diretamente à obtenção de resultados reais em termos de saúde.

1.9 - Indicadores de atenção primária

A ideia de qualidade da saúde é bastante genérica e de complexa definição, por possuir significados amplos e múltiplos. Em princípio, a qualidade em saúde pode ser vista mediante diversas perspectivas, tais como: a do cliente que almeja uma experiência agradável, respeitosa e resolutiva para sua doença; a dos equipamentos que devem cumprir sua função sem falhas; a dos profissionais de saúde, que precisam de condições adequadas para desempenhar suas atividades satisfatoriamente; a do gestor, que carece de atingir determinadas metas.

Por sua vez, o termo saúde pode se restringir à ausência de doenças, como também qualidade de vida; pode significar nível de capacitação para cumprir suas tarefas e aspirações ao longo da vida e também pode se aplicar a um indivíduo ou, num sentido mais amplo, a uma ou várias comunidades. Enfim, há vários recortes conceituais possíveis quando se fala de qualidade em saúde. Starfield (2002, p. 419), enfocando o tema da qualidade, afirma:

No contexto da otimização da efetividade e equidade, a qualidade da atenção significa o quanto as necessidades de saúde, existentes ou potenciais, estão sendo atendidas de forma otimizada pelos serviços de saúde, dado o conhecimento atual a respeito da distribuição, reconhecimento, diagnóstico e manejo dos problemas e preocupações referentes à saúde.

Coerentemente com seu modelo teórico de atenção primária, a autora citada propõe quatro aspectos importantes relacionados à qualidade nos serviços, a saber: (a) a *capacidade dos recursos*, que engloba toda a infraestrutura do serviço e a equipe que nele atua, sem as quais a população não pode ser atendida; (b) a *prestação de serviços*, que tem a ver com o portfólio de quantas e quais condições de saúde são atendidas e tratadas nos serviços, além do quanto isso estaria adequado às necessidades da comunidade; (c) o *desempenho clínico*, que diz respeito à adesão dos profissionais de saúde às condutas e boas práticas, de conformidade com evidências científicas ou, em outras palavras, se cumprem seu papel técnico para que o paciente se beneficie de seu trabalho; e, finalmente (d) o *estado de saúde da população*, que significa o quanto os serviços prestados estão surtindo efeito na clientela, como por exemplo, se os diabéticos estão controlando sua glicemia e se a prevalência dessa doença tem caído ao longo do tempo naquela comunidade – e, por isso, esse último aspecto é também entendido como resultado da ação.

Trazendo a discussão para a realidade atual do setor da saúde suplementar no Brasil, percebe-se que muitas operadoras estão “apostando” na APS, não só para prover melhor qualidade da atenção, como para reduzir despesas assistenciais e, assim, se tornarem mais competitivas no mercado. Logo, é possível pressupor que seja do interesse das operadoras testar sua aceitação pelos clientes, concretizado na disposição dos mesmos em reconhecer e aceitar tal adição de valor dos planos com APS. Além disso, é preciso compreender a rotina dos serviços de APS, com todas as suas peculiaridades gerenciais e determinar sua real efetividade sobre a saúde da população elegível ou atendida.

Como não poderia deixar de ser, isso também inclui a avaliação do impacto financeiro desses serviços nas contas. Portanto, da perspectiva das operadoras, não basta apenas ter bons serviços de APS; antes, eles devem buscar adicionar valor aos seus produtos e planos e trazer mais rentabilidade, seja pela redução de custos assistenciais, seja pelo valor agregado que aumenta a lucratividade, ou por ambos, na melhor das hipóteses.

CAPÍTULO 2 - LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO SOBRE EXPERIÊNCIAS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRAS

O Laboratório de Inovação - LI representa uma ferramenta de gestão do conhecimento voltada à promover e valorizar o desenvolvimento da gestão dos sistemas de saúde. Os laboratórios são espaços de análise de alguns problemas relevantes para a gestão do SUS, que visam propor aos gestores elementos relevantes para a solução desses problemas. Todas as afirmações e as propostas dos laboratórios são baseadas em evidências de gestão fornecidas pelo estudo de casos relevantes realizados por gestores do SUS. Na prática, os laboratórios valorizam algumas experiências significativas de gestão, resgatando e analisando os processos, práticas, ferramentas e instrumentos que foram desenvolvidos. Os laboratórios transformam o conhecimento tácito em conhecimento explícito, permitindo assim o acesso a essas valiosas informações por parte da comunidade dos atores interessados. Desse modo, se constitui numa comunidade de inovadores ou de potenciais inovadores, que precisam de ferramentas para poder intervir de forma eficaz sobre os problemas de gestão (OPAS, 2011).

No Brasil, no âmbito da Saúde Suplementar, as mudanças demográficas e o grande aumento das condições crônicas estão colocando em crise o modelo assistencial prevalente nas operadoras de planos privados de saúde, baseado principalmente na atenção aos casos agudos, e deixando sob o cuidado dos especialistas a maior parte da demanda ambulatorial. Além de delegar ao beneficiário a organização de seu cuidado, que termina na maior parte das vezes, fragmentado, este arranjo organizacional está se demonstrando inadequado por criar ineficiências e custos muito elevados e por expor os pacientes a riscos e efeitos iatrogênicos. Muitas operadoras, no Brasil e mundo afora, estão desenvolvendo propostas inovadoras de modelos de atenção baseadas na Atenção Primária à Saúde, sendo algumas delas em medicina familiar e de comunidade. Muitas, no âmbito internacional, possuem robustas evidências de melhor eficácia e eficiência a respeito de modelos de atenção coordenada, proativa, integrada e contínua à saúde, que contemplam ações de recuperação, reabilitação e promoção. Consideramos que a identificação e a análise destas experiências no Brasil são fundamentais para entender melhor os efeitos destas práticas sobre a saúde e a satisfação dos usuários, além de sua sustentabilidade. Para responder a este desafio, a ANS e a OPAS/OMS Brasil realizaram o LI sobre Experiências de Atenção Primária na Saúde Suplementar Brasileira.

Esta iniciativa foi aberta a todas as operadoras do Brasil e pretendeu realizar um mapeamento das experiências, inclusive aquelas de tipo experimental ou piloto, com modelos de atenção baseados na atenção primária e na medicina de família e comunidade. O objetivo do LI foi identificar e reconhecer o esforço, individual ou conjunto, de operadoras de saúde brasileiras na implementação de projetos que objetivem aprimorar o cuidado em saúde de seus beneficiários, utilizando modelos de atenção inovadores, baseados na atenção primária e, preferencialmente, na medicina de família e comunidade, com destaque para as experiências que utilizam o Modelo de Atenção às Condições Crônicas – MACC, ou modelos similares e práticas de organização do cuidado e de integração entre médicos de APS e especialistas centradas na pessoa do beneficiário. Todas as experiências recebidas foram analisadas para captar e documentar os conhecimentos considerados mais exitosos, inovadores e relevantes, no intuito de divulgar a outras operadoras e outros atores interessados neste tema. Foram priorizados projetos já implementados que tinham como base evidências científicas e cuja contribuição para a atenção à saúde fosse acompanhada,

mensurada e comprovada por indicadores apresentados por ocasião da candidatura à participação no Laboratório de Inovação.

A comissão de avaliação foi responsável por selecionar as experiências por meio da análise dos documentos enviados, bem como de informações adicionais. A comissão de avaliação foi composta por integrantes voluntários da OPAS/OMS Brasil e da ANS.

No total, foram recebidas 41 experiências, sendo 12 delas consideradas como inovadoras na organização de seus serviços a partir da identificação dos atributos da APS, e que apresentaram indicadores de processo e resultados. Também foram selecionadas 6 experiências com atributos da APS, porém, ainda sem resultados demonstrados, devido ao curto tempo de implementação. Estas experiências serão acompanhadas pelo Laboratório de Inovação durante o ano de 2018. Outras 13 experiências não foram consideradas como experiências em APS, entretanto, apresentaram uma organização da atenção à saúde centrada na pessoa, seja de acordo com os ciclos de vida ou na gestão de condições crônicas. Além disso, cabe mencionar ainda que 7 experiências inscritas não atenderam aos critérios estabelecidos no Edital.

As 12 experiências selecionadas como inovadoras foram:

CNPJ	Registro ANS	Razão Social	Nome do Projeto
29.309.127/0001-79	32630-5	Amil Assistência Médica Internacional S.A.	Atenção Primária na Amil
33.719.485/0001-27	34665-9	Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil - Cassi	Reflexos da qualidade do cuidado em saúde a partir do vínculo na Atenção Primária com base na Estratégia de Saúde da Família: Estudo de caso numa Autogestão
19.878.404/0001-00	33995-4	Fundação São Francisco Xavier	Usifamília
01.613.433/0001-85	30209-1	São Francisco Sistemas de Saúde Sociedade Empresarial Ltda.	Programa Viver Bem
04.859.814/0001-37	41431-0	Saúde BRB - Caixa de Assistência	Atenção Primária, modelo promotor de sustentabilidade e qualidade para um plano de Saúde em Brasília - Brasil.
16.513.178/0001-76	34388-9	Unimed Belo Horizonte - Cooperativa de Trabalho Médico	Unimed Pleno
74.466.137/0008-49	33305-1	Unimed de Guarulhos-Cooperativa de Trabalho Médico	Serviço de Atenção Primária Centrado na Pessoa - mudança do modelo assistencial na Unimed Guarulhos

CNPJ	Registro ANS	Razão Social	Nome do Projeto
77.858.611/0001-08	36044-9	Unimed Grande Florianópolis - Cooperativa de Trabalho Médico	Novo Modelo Assistencial Baseado em Atenção Primária à Saúde
72.783.970/0001-11	32988-6	Unimed Jaboticabal - Cooperativa de Trabalho Médico	Atenção Primária à Saúde
08.680.639/0001-77	32104-4	Unimed João Pessoa - Cooperativa de Trabalho Médico	Plano Viver Mais: Modelo Pioneiro de Atenção Integral à Saúde na UNIMED de João Pessoa – PB
48.628.366/0001-36	36929-2	Unimed Santa Bárbara D'Oeste Americana - Cooperativa de Trabalho Médico	Viver Bem
27.578.434/0001-20	35739-1	Unimed Vitória - Cooperativa de Trabalho Médico	Avanços no Modelo de Atenção Primária à Saúde na Unimed Vitória

A análise das experiências apresentadas servirá de insumo para elaboração de uma nova proposta de acompanhamento, por parte da ANS, das ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e de doenças – PROMOPREV desenvolvidas pelas operadoras, de acordo com a intensidade do cuidado e incentivo ao desenvolvimento de um novo desenho das práticas assistenciais na saúde suplementar.

CAPÍTULO 3 - EXPERIÊNCIAS EM APS NA SAÚDE SUPLEMENTAR ²

AMIL – ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL

Medicina de grupo

Registro na ANS: 32630-5

Número de beneficiários³: 3.845.944

Área de atuação: Nacional

Nome do Projeto: Atenção primária na AMIL

Descrição geral do Projeto

A rede assistencial da Amil é composta por unidades próprias e credenciadas. As duas redes vinham atuando da forma tradicional, muitas vezes descoordenada, incentivando o uso desnecessário da rede e pagando por produção. A maior parte da carteira da Amil está concentrada no Rio de Janeiro e em São Paulo e cada uma dessas cidades contava com 9 e 11 unidades de grande porte, respectivamente, além de dezenas de consultórios de pequeno porte. Nestas unidades estavam concentrados serviços de pronto atendimento, exames, programas verticais e médicos especialistas cujo foco era o paciente com doenças crônicas. Este cenário se mostrou propício para a transformação da rede ambulatorial própria em rede coordenadora do cuidado com ênfase na atenção primária à saúde. Assim, em 2015 a Amil incluiu em sua rede assistencial o modelo de Atenção Primária à Saúde através dos Clubes Vida de Saúde, trazendo os conceitos da medicina de família.

Objetivos

- Transformação da rede ambulatorial própria em rede coordenadora do cuidado com ênfase na atenção primária à saúde.
- Estruturar a jornada do paciente no Sistema Amil com o foco na Atenção Primária à Saúde.
- Estruturação de equipes de Coordenação do Cuidado.

População-alvo do Projeto

As equipes de coordenação do cuidado são oferecidas a pacientes de todos os planos (Rio de Janeiro e São Paulo) e os principais locais ou momentos de captação são: por ocasião da alta hospitalar; após ficar em observação em pronto socorro ou pronto atendimento; por meio do *call center*. Cabe destacar ainda que, por demanda espontânea, qualquer beneficiário da carteira Amil tem acesso a esta rede de atenção.

Estrutura do Projeto

Desde novembro de 2015, 9 unidades de São Paulo e 7 do Rio de Janeiro passaram por uma transformação para mudança da ambiência, adequando os espaços para necessidades especiais e acolhimento. Os consultórios deixaram de ser para uma especialidade específica e passaram a ser multifuncionais, com balança de uso adulto e infantil, maca ginecológica e biombo. Todas as unidades receberam recursos necessários para realizar ao menos a seguinte lista de serviços: consulta médica e de enfermagem; curativos simples e complexos; eletrocardiograma; coleta de exames; e pequenos procedimentos simples como: cantoplastia, lavagem de ouvido e inserção de DIU.

² Texto baseado nos documentos encaminhados pelas operadoras em razão do Edital do Laboratório de Inovação sobre Experiências em Atenção Primária na Saúde Suplementar Brasileira, publicado em 2017.

Até o momento foram implementadas 50 equipes compostas por médicos de família, enfermeiros e agentes de saúde na proporção de 5:2:5, denominadas equipes de coordenação do cuidado. São equipes “abertas” e o paciente tem a liberdade de trocar um profissional mantendo os demais. O enfermeiro é clínico e fica responsável pelas ações de prevenção, em especial, primária e secundária (rastreamento), bem como coordenando a busca ativa de pacientes crônicos. Por ter uma atribuição clínica, tem um consultório multifuncional semelhante ao do médico de família.

O agente de saúde é um técnico de enfermagem que tem três atribuições:

1. Administrativa: ajuda o paciente a marcar exames e outros especialistas; isenta coparticipação para pacientes cujo plano tem este benefício quando usa o Clube;
2. Enfermagem: faz curativo, coleta sangue, afere a pressão arterial;
3. Agente de saúde: contata o paciente pelo celular ou através do e-mail corporativo.

A remuneração dos profissionais se constitui de uma parte fixa e outra variável, estando implementada para os médicos que trabalham em regime de pessoa jurídica. Envolve os seguintes critérios: tamanho da carteira; ausência de desmarcação de agenda até 30 dias antes da consulta; análise do registro em prontuário: raciocínio clínico e decisão compartilhada; e internação por condições sensíveis à atenção primária.

Todos os pacientes cadastrados têm garantia de acesso a consultas em até 2 dias úteis e contam com um telefone de um técnico de enfermagem 24 horas por dia, 7 dias por semana, por meio do qual podem tirar dúvidas sobre cuidados com saúde e acesso a serviços e exames. Uma vez inscrito no Clube, o aplicativo do usuário passa a mostrar, imediatamente, os dados dos profissionais aos quais ele está vinculado. Parte da agenda do médico é reservada para encaixe de pacientes já cadastrados que não conseguem marcar consulta. Este aplicativo permite acesso aos médicos da rede credenciada.

Integração com os demais níveis de atenção

Quando necessário, os pacientes são referenciados para especialistas das unidades dos Clubes de Saúde ou na rede credenciada. O papel de navegador é realizado pelo agente de saúde, para os pacientes idosos inseridos no programa de acolhimento aos idosos.

As 31 unidades próprias foram integradas aos 154 consultórios da rede credenciada com adesão ao modelo a partir do compartilhamento de prontuário eletrônico e ferramentas de apoio à gestão. O prontuário eletrônico foi adequado aos dois pilares de registro adequado à atenção primária à saúde:

1. Vincular o paciente a um ou mais profissionais ou a uma equipe. Dois mil e quatrocentos (2.400) pacientes/médico. Seguindo a distribuição etária e de sexo do IBGE, chegou-se a uma pontuação máxima de 5.585 pontos para cada médico FTE .
2. Registro clínico orientado por problemas. Criação do *template* do médico de família, do enfermeiro e do agente de saúde no prontuário. O *template* do médico de família e do enfermeiro é semelhante e segue a sistematização SOAP (subjetivo, objetivo, avaliação e plano) desenvolvida por Lawrence *Weed* e que se tornou padrão para serviços de atenção primária. A principal diferença do *template* do enfermeiro que este não usa a Classificação Internacional de Doenças ao final da consulta, mas usa a Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP). O *template* do agente de saúde permite registro de atendimentos feitos pelo telefone e também classifica pela CIAP.

Além disso, são realizadas reuniões mensais chamadas “Sessões Clínicas Integradas” com a atenção secundária, equipe de *homecare* e hospitais com objetivo de integração da rede assistencial, discussão de casos clínicos e alinhamento de fluxos assistenciais.

Indicadores e resultados

A satisfação do beneficiário é avaliada por meio do Net promoter Score (NPS), o índice de satisfação utilizado pela United Health Group. Dentre usuários dos Clubes, este indicador tem variado entre 50 e 60 e

está entre os de melhor desempenho, dentre os diversos serviços da Amil, compatível com a satisfação dos usuários do segmento prime.

Há 12 meses, foi iniciado um estudo de coorte em que cada paciente que se inscreve no Clube entra para uma coorte chamada Caso, sendo que três pacientes da mesma faixa etária e perfil epidemiológico entram em outra coorte chamada Controle. Os primeiros resultados estão sendo analisados e, preliminarmente, é possível observar queda nas internações sensíveis à atenção primária e melhoria em custo efetividade.

CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL

Auto-gestão

Registro na ANS: 34665-9

Número de beneficiários: 686.583

Área de atuação: nacional

Nome do Projeto: Estratégia de Saúde da Família

Descrição geral do Projeto

As significativas mudanças observadas no perfil social, demográfico e epidemiológico nas últimas décadas impuseram uma profunda reavaliação das propostas de organização e desenho de modelos assistenciais. Assim, a CASSI definiu, desde 2001, a APS como eixo organizador do seu sistema de saúde.

A APS, operacionalizada nos serviços próprios por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), possui atributos que levam a maior qualidade na assistência, uma vez que se fundamenta nas necessidades da população, na continuidade e na coordenação de cuidados.

A pirâmide de distribuição populacional da CASSI mostra uma grande parte de sua população idosa e cada vez mais longeva utilizando o sistema. Dentre a população assistida, os idosos representam 28,9% dos participantes, os quais demandam cuidados específicos pela sua condição de saúde. Além disso, existe uma parcela significativa de população jovem, na faixa dos 20 a 59 anos, que tende a envelhecer e pressionar ainda mais a capacidade assistencial já saturada. A ESF caracteriza-se pelo conjunto de ações para promoção, prevenção e recuperação da saúde em todas as faixas etárias, desde o pré-natal até as idades mais avançadas. As equipes, com sua abordagem interdisciplinar, oferecem atenção centrada no indivíduo, considerando-o na sua integralidade ao longo do curso da vida, a partir de seus hábitos de vida, processo de trabalho, processo educativo, lazer, dinâmica familiar e interação na comunidade da qual faz parte. O atendimento longitudinal dos beneficiários e a coordenação de cuidados em todos os níveis de atenção visam favorecer o envelhecimento ativo e saudável da população e a prevenção de agravos. Resultados esperados:

- Assegurar ações efetivas de atenção à saúde por meio de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, para uma vida melhor dos participantes;
- Oferecer atendimentos resolutivos, diminuindo as chances de agravos e melhorando a qualidade de vida;
- Estimular a autonomia do indivíduo e o autocuidado; e
- Prover ao participante cuidado integral de saúde ao longo do tempo e em todas as fases da vida.

População-alvo do Projeto

Considera-se público-alvo para cadastramento na ESF a população da área de abrangência dos serviços próprios da CASSI pertencente aos diferentes planos da CASSI. A população CASSI cadastrada na ESF aumentou de 168.182 (Relatório Anual 2014) para 181.694 participantes no ano de 2015 (aumento aproximado de 8%), configurando cerca de um quarto da população total (cerca de 25%).

A captação para cadastramento dos participantes na ESF pode ocorrer a partir de:

- Indicação – Ocorre quando o cadastramento é proposto ao participante pelo profissional de saúde da CliniCASSI, quando este se apresenta para atendimento;
- Busca Ativa – A equipe da ESF, após levantamento dos participantes que são alvo do cadastramento, faz contatos, geralmente por telefone, para abordagem e agendamento de consulta, visando cadastrá-los; e
- Demanda Espontânea – Acontece quando o participante, ao ter conhecimento da ESF, comunica-se com a CliniCASSI a fim de se cadastrar. O objetivo desse cadastramento é identificar e conhecer melhor as condições de saúde dos participantes para que seja iniciado o atendimento, considerando o perfil de cada pessoa, podendo evoluir para um vínculo mais duradouro com os profissionais da ESF.

Estrutura do Projeto

A operacionalização da APS na CASSI se dá por meio dos serviços próprios, as CliniCASSI. Hoje, a instituição dispõe de 65 destes serviços em todos os estados da federação.

As CliniCASSI contam com equipes da ESF e são organizados com base nos atributos de acesso, primeiro contato, acolhimento, coordenação do cuidado, longitudinalidade, resolutividade, vínculo, responsabilização, autonomia e integralidade da atenção. Uma Equipe completa de Saúde da Família é formada por médico de família, técnico de enfermagem, nutricionista, enfermeiro, psicólogo e assistente social, sendo todos contratados pela instituição sob regime CLT. Essa composição varia de acordo com o porte das Unidades CASSI. Hoje, a CASSI conta com 142 equipes de saúde da família na operacionalização de suas ações.

As principais atividades desenvolvidas consistem em:

- Consultas e interconsultas com Médico de Família, Enfermeiro, Psicólogo, Assistente Social e Nutricionista;
- Realização de visita domiciliar programada, seguindo protocolos e diretrizes, com vistas à assistência e coordenação de cuidados;
 - Atividades coletivas que visam à promoção da saúde, incentivando mudanças no comportamento e melhoria na qualidade de vida;
- Atividades de prevenção voltadas a evitar os riscos e controlar os danos causados por algum tipo de doença.

A periodicidade e frequência das intervenções são estabelecidas em Plano Terapêutico de acordo com a necessidade de cuidado. O agendamento dos atendimentos pode ser feito por meio presencial, telefônico ou pela internet, via agenda web. O atendimento nas CliniCASSI é realizado de segunda a sexta-feira, com horários ajustados a cada localidade, sendo em sua maioria das 08:00 h às 18:00 h.

Integração com os demais níveis de atenção

As CliniCASSI configuram-se como “porta de entrada preferencial”, ou seja, estimula-se que os Serviços Próprios da CASSI sejam, preferencialmente, o primeiro acesso do participante ao Sistema de Serviços de Saúde da CASSI. Os procedimentos realizados diretamente nas CliniCASSI não se pretendem a esgotar as necessidades de saúde dos participantes. Nos casos em que seja necessário, há o direcionamento ou referenciamento a outros níveis de atenção, sendo este processo conduzido principalmente pelo médico de família.

Cada Unidade CASSI estabelece relações de parceria com a rede credenciada e/ou rede pública da localidade para contribuir na integralidade do cuidado.

O acompanhamento dos participantes cadastrados na ESF se dá por meio do Prontuário Eletrônico do Participante (PEP). Os dados clínicos de cada atendimento são registrados no PEP, a fim de subsidiar a coordenação de cuidados, fornecer informações dos participantes que transitam pelos Serviços Próprios da CASSI e auxiliar na elaboração de estudos epidemiológicos para o direcionamento das ações de saúde.

Indicadores e resultados

Indicadores utilizados para avaliar a experiência

a) Indicador de gastos

$$\left[\frac{\text{Gasto per capita do grupo populacional vinculado à ESF}}{\text{Gasto per capita do grupo populacional não cadastrado na ESF}} - 1 \right] \times 100$$

Calculado por nível de complexidade.

Onde:

Vinculado à ESF: participante ativo em dez/2015, com 3 (três) anos ou mais de cadastro na Estratégia Saúde da Família (ESF) e possui registro de atendimento com Médico de Família nos anos de 2013, 2014 e 2015;

- Não cadastrado na ESF: participante que nunca possuiu registro de data de cadastramento na ESF.

Definições:

O termo “gasto” é aqui utilizado para refletir o montante pago à rede prestadora já desconsiderando os valores de coparticipação e utilizações indevidas, por data de atendimento. Como o objetivo é analisar os dados olhando as utilizações na rede credenciada de prestadores, não há inclusões de custos fixos ou variáveis das CliniCASSI.

Como alternativa para minimizar as diferenças nos perfis populacionais, para prover comparações, a Gerência de Saúde da CASSI, área técnica responsável pela coordenação das ações da ESF, buscou desenvolver outra variável capaz de posicionar dois grupos diferentes em dimensões semelhantes: o nível de complexidade de utilização dos serviços assistenciais na rede credenciada de prestadores. Este parâmetro proporcionou a equiparação das populações, a partir de escores pré-determinados para cada participante, que fez uso dos serviços assistenciais em 2015.

O parâmetro nível de complexidade advém do resultado do somatório das pontuações atribuídas a cada participante, segundo a característica quantitativa do uso da rede assistencial, seja a nível ambulatorial (quantidade de consultas, exames, terapias seriadas) ou a nível de internação hospitalar.

A Gerência de Saúde desenvolveu comparações entre os gastos dos atendimentos realizados em 2015, na rede credenciada de prestadores, por participante sinistrado, focando em um grupo de vinculados à ESF e um outro de participantes não cadastrados, considerando os níveis de complexidade observados.

Tabela 1. Composição da pontuação individual que formará o nível de complexidade de utilização dos serviços assistenciais na rede credenciada de prestadores

Variáveis	Resposta	Pontos
Idade do participante	0 a 19 anos	-2
	20 a 39 anos	-1
	40 a 59 anos	0
	60 a 79 anos	1
	>=80 anos	2
Atendimento em Pronto Socorro/ano	Até 1 evento	0
	Entre 2 e 3 eventos	1
	4 ou mais eventos	2
Consultas eletivas (ambulatoriais)/ano	Até 4 eventos	0
	Entre 5 e 6 eventos	1
	7 ou mais eventos	2
Participante da PAF	Sim	1
	Não	0
Repetição de eventos de terapia seriada*/anos	Até 10 eventos	0
	Entre 11 e 29 eventos	1
	30 ou mais eventos	2
Repetição de eventos ambulatoriais/ano	Até 4 eventos	0
	Entre 5 e 9 eventos	1
	10 ou mais eventos	2
Internações/anos	Nenhuma	0
	1 evento	1
	2 ou mais eventos	2
Grau de Sinistro (Gastos)	<Percentil75%	-1
	<Percentil75% e <Percentil90%	0
	<=Percentil90%	1

Fonte: CASSI-Sede/Diretoria de Saúde e Rede de Atendimento/Gerência de Saúde/Divisão de Informação em Saúde.

* Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Terapia Ocupacional e Psicologia.

Um participante pode obter pontuação que varia de -3 a 14. Se o totalizador resultou em número negativo, este foi categorizado como Nível de Complexidade = 0.

Tabela 2. Distribuição do nível de complexidade segundo os intervalos de pontuação.

Somatório dos pontos	Nível de Complexidade
0 a 1	1
2 a 6	2
7 a 14	3

Fonte: CASSI-Sede/Diretoria de Saúde e Rede de Atendimento/Gerência de Saúde/Divisão de Informação em Saúde.

Tabela 3. Distribuição da despesa por participante sinistrado, referente aos atendimentos realizados em 2015, segundo os critérios de vínculo à Estratégia Saúde da Família (ESF), por nível de complexidade de utilização dos serviços assistenciais na rede credenciada de prestadores (planos Associados e CASSI Família)

Escore	Nível de complexidade	1. Vinculados à ESF	2. Não cadastrados	Δ% (1./2.)
-3	-	198,13	189,55	4,5%
-2	-	315,96	299,31	5,6%
-1	-	466,45	541,34	-13,8%
0 a 1	1	1.254,40	1.183,25	6,0%
2 a 6	2	5.316,99	5.842,62	-9,0%
7 a 14	3	24.250,27	34.492,31	-29,7%

b) Indicadores assistenciais

Considerando o mesmo nível de complexidade 3, para indicadores clássicos do tema saúde (consultas eletivas por participante, percentual de consultas em pronto socorro, exames ambulatoriais por consulta e internações hospitalares por participante), participantes vinculados e não cadastrados na ESF apresentam perfis de consumo distintos. A média de internações por participante é quase o dobro entre os participantes não cadastrados na ESF, o que evidencia o menor grau de complicação entre os participantes vinculados.

Ainda que os participantes vinculados apresentem maior quantidade de consultas, o percentual de acesso a pronto socorro se mostra bastante inferior em relação aos participantes não cadastrados na ESF.

Ou seja, os participantes vinculados à ESF acessam serviços de saúde de forma mais orientada em relação aos não cadastrados, no recorte do nível 3.

Quadro 1. Distribuição dos indicadores assistenciais, referentes aos atendimentos realizados em 2015, na rede credenciada de prestadores, segundo os critérios de vínculo à Estratégia Saúde da Família (ESF) - nível de complexidade 3 (planos Associados e CASSI Família)

Participantes classificados no Nível de Complexidade 3		
Indicadores de utilização dos serviços assistenciais	Vinculados à ESF	Não cadastrados na ESF
Consultas eletivas	11,91	11,46
Percentual de consultas em pronto socorro	18%	24%
Exames por consulta	6,05	6,42
Internações por participante	0,54	0,92

Fonte: CASSI-Sede/Diretoria de Saúde e Rede de Atendimento/Gerência de Saúde/Divisão de Informação em Saúde.

FUNDAÇÃO SÃO FRANCISCO XAVIER

Filantropia

Registro na ANS: 33995-4

Número de beneficiários⁴: 43.295

Área de atuação: Minas Gerais

Nome do projeto: Usifamília

Descrição geral do Projeto

Devido a uma insatisfação antiga com o modelo assistencial vigente, a Fundação São Francisco Xavier lançou-se ao desafio de promover profunda revisão e transformação no seu modelo de gestão em saúde. Iniciou-se a busca por um referencial que assegurasse a centralidade do paciente e suas necessidades, estabelecesse uma nova relação desse cliente com os serviços, garantisse uma linha de cuidado coordenada e integrada, contrapondo-se à excessiva fragmentação, permitisse melhores resultados no controle de saúde da população e, por fim, fosse sustentável do ponto de vista econômico, eliminando os desperdícios. Em março de 2014, organizamos um grupo para conhecer a CHA - Cambridge Helthcare Alliance -, organização de saúde em Boston que guarda similaridade com a Fundação. Viu-se lá um modelo de gestão apoiado nos princípios da Atenção Primária à Saúde que, com muita técnica e ao mesmo tempo simplicidade, promove consistentes mudanças. A partir desta troca, estruturamos a nossa primeira Unidade de Atenção Primária à Saúde. Neste remodelamento da atenção à saúde, foi priorizado o atendimento à população idosa e seus familiares, na medida em que representam os principais utilizadores e, conseqüentemente, os maiores custos assistenciais. Assim, a Fundação São Francisco Xavier desenvolveu um modelo misto de atenção à saúde, alicerçada nas premissas da atenção primária e do paradigma da saúde do idoso, que passamos a denominar de Gestão Integral da Saúde Centrada no Idoso (GISCI). Com o impacto na melhoria assistencial e nos resultados da Operadora, a estratégia passou a ser comercializada no formato de um produto específico, o Usifamília, ampliando a vinculação e a gestão do cuidado também para uma carteira mais jovem e ativa.

O Usifamília é um serviço voltado para responder de forma contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde dos beneficiários, integrando ações curativas, preventivas e de promoção da saúde. O serviço é preparado para cuidar da saúde dos beneficiários além de oferecer atendimento de profissionais de saúde devidamente capacitados e que contam com o suporte de especialistas. O objetivo é oferecer um cuidado assistencial qualificado, capaz de reduzir desperdícios com o bom uso dos recursos, de cativar e fidelizar nossos clientes, de envolver a família e de trazer para a Fundação São Francisco Xavier os resultados há muito tempo esperados. O maior desafio na concepção da estrutura do Usifamília foi exatamente o de conseguir refletir na prática os princípios da atenção primária e da atenção ao idoso. Todo serviço deve orbitar em torno das necessidades do paciente: favorecendo seu acesso, reduzindo seu deslocamento, ampliando seu conforto e segurança na relação com a equipe de saúde local e contribuindo para um resultado assistencial favorável.

População-alvo do Projeto

Inicialmente, a população-alvo correspondia aos beneficiários que já usufruíam do plano antes da implantação do serviço de atenção primária. Para essas pessoas o serviço é oferecido como um benefício não representando custo adicional na mensalidade do plano. Com o impacto na melhoria assistencial e nos resultados da Operadora, a estratégia passou a ser comercializada no formato de um produto específico, registrado na ANS como Usifamília. Os beneficiários da população-alvo recebem um contato telefônico do *Call Center* para confirmar o interesse em conhecer e participar do novo serviço. Quando eles aceitam, na mesma ligação é agendado um primeiro atendimento com o médico ou enfermeiro, visando ao

4

Número total de beneficiários de planos de assistência médica informados no SIB (Fonte: Sala de Situação da ANS, em 03/05/2018)

estabelecimento do vínculo com a equipe de saúde. O mesmo processo é realizado presencialmente para os beneficiários elegíveis que procuram o ambulatório espontaneamente, motivados pela divulgação de outros beneficiários que receberam o contato.

Atualmente temos cerca de 69 mil beneficiários com direito ao serviço da APS, entre beneficiários que poderão usufruir como benefício e os beneficiários que aderiram ao Produto Usifamília. Esse número corresponde a 66% da capacidade das equipes que atualmente atendem nas unidades (26.459 beneficiários vinculados ao Usifamília).

Estrutura do Projeto

Todas as unidades do Usifamília foram implementadas tendo como base um projeto arquitetônico com foco na humanização. Em cada unidade temos como padrão: 01 recepção, 01 sala administrativa para os registros da equipe e alinhamentos de casos, 01 sala para coleta de sinais vitais, consultórios (sendo 01 com maca ginecológica e 01 pediátrico). Todos os consultórios possuem uma ambientação acolhedora buscando se aproximar do ambiente da casa, as macas foram substituídas por mesas portáteis que permitem uma maior aproximação do paciente com o profissional da saúde além de favorecer que ele possa acompanhar os registros no prontuário eletrônico. Algumas unidades contam também com 01 sala para administração de medicamentos.

A equipe multidisciplinar do Usifamília é composta por profissionais próprios, com carteira assinada e remuneração fixa mensal. Como serviço de atenção primária, o Usifamília se propõe a resolver até 85% das demandas de saúde apresentadas pelos beneficiários. A equipe multiprofissional do Usifamília é composta por médicos (generalista, pediatra e ginecologista), enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, farmacêuticos, assistentes sociais, coordenador do cuidado e profissionais de apoio, como recepcionistas e administrativos. Cada profissional possui papéis bem definidos dentro da equipe, ao mesmo tempo que compartilha com os demais responsabilidades comuns junto aos pacientes. Esta matriz de responsabilidades minimiza o desgaste resultante da indefinição e/ou sobreposição de papéis, direcionando o foco e a energia da equipe para o processo de cuidado, propósito maior da existência do serviço.

Os serviços disponíveis nas unidades do Usifamília são: consultas clínicas e com a equipe multidisciplinar, puericultura, atendimento ginecológico, pré-natal, colposcopia, citologia oncológica e lavagem otológica. O agendamento dos serviços referidos se dá por meio do Call Center da Operadora e presencialmente nas recepções do Usifamília. Os horários de atendimento variam entre as unidades, sendo que, nas unidades com maior demanda de atendimento, o horário de atendimento é de segunda a sexta, de 7h30 às 22h e sábado de 08h às 18h.

Integração com os demais níveis de atenção

Para cada beneficiário é estruturado um plano de cuidados, definida a classificação de gravidade e o ciclo de atendimento no serviço. Cada unidade conta com um coordenador do cuidado, responsável por gerenciar o cumprimento dos planos de cuidado, assegurando a realização do mesmo e auxiliando paciente e equipe a contornar as possíveis barreiras que comprometam o tratamento proposto para obter os resultados clínicos desejados. Quando um paciente necessita de um atendimento especializado contamos com a rede credenciada para o atendimento. A realização e o retorno deste atendimento são acompanhados pela equipe buscando garantir a continuidade do acompanhamento no Usifamília. Os profissionais que realizam atendimento no ambulatório do hospital próprio (HMC) efetuam os registros diretamente no prontuário eletrônico favorecendo a comunicação entre os profissionais envolvidos no cuidado do beneficiário. Para os profissionais que atendem na rede credenciada, o beneficiário se desloca com um relatório médico de referência e estimulamos que os profissionais registrem a contra referência.

Indicadores e resultados

Atualmente, a adesão ao Usifamília é de 66%, com 26.459 beneficiários vinculados ao serviço. A taxa de satisfação do beneficiário é de 98%.

Até o momento foi observada uma redução de 27,8% no custo assistencial; redução de 34,4 na taxa de internação e redução de 10,2% nas consultas de pronto atendimento.

SÃO FRANCISCO SISTEMA DE SAÚDE

Medicina de grupo

Registro na ANS: 30209-1

Número de beneficiários⁵: 570.128

Área de atuação: Estados de São Paulo, Minas Gerais, Goiás, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul.

Nome do Projeto: Programa Viver Bem

Descrição geral do Projeto

Com o aumento da população, da sua expectativa de vida, ocorre um conseqüente aumento dos custos com saúde para todos os envolvidos (pessoas, empresas, governos e operadoras de saúde). Quando pensamos em saúde, a busca por qualidade de vida fica cada vez mais evidente, pois, com o aumento da expectativa de vida, a população antes classificada como idosa, hoje se encontra cada vez mais ativa e apta a continuar produzindo. Maior preocupação com hábitos de vida, combinado com programas de prevenção e acompanhamento das pessoas, pode amenizar o impacto para as futuras gerações. Outra importante mudança no mundo é a forma como as pessoas se comunicam e interagem entre si, uma importante ferramenta para esse fenômeno são os celulares, que deixaram de ser somente um equipamento telefônico, para se tornarem verdadeiros computadores portáteis, com diversas funções. Segundo dados da Anatel (Agência Nacional de Telecomunicações), o Brasil terminou o mês de abril de 2017, com 242,3 milhões de celulares e uma densidade de 116,91 celulares/100 habitantes.

Assim, o projeto, Viver Bem – SF BIO, do Grupo São Francisco, iniciado em 2014, visa à organização do fluxo de atenção à saúde da população, com foco inicial na APS, porém, com abrangência a todos os níveis hierárquicos de cuidado, garantindo a oferta de forma eficaz e eficiente. Reúne ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstias, cuidado precoce e reabilitação de agravos, garantindo uma linha de cuidado com uma rede articulada, referenciada e com um sistema de informação desenhado em sintonia com as necessidades de atenção. Dessa forma, o objetivo é entregar ao beneficiário o cuidado necessário no momento correto, garantindo acesso à atenção à saúde. Os cuidados coordenados auxiliam no uso correto dos recursos da operadora de saúde.

O Grupo São Francisco utiliza este modelo de atenção em todas as regiões que hoje atua, incluindo os estados de São Paulo, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso e Goiás, englobando todos os seus usuários. Inicialmente, o monitoramento era efetuado, exclusivamente por meio de uma central de monitoramento telefônico especializada, formada por médicos, enfermeiros, nutricionistas e psicólogos, juntamente a outras ações de saúde que englobam consultas, atendimentos em grupo e cursos educativos em saúde. Posteriormente, passou a ser realizado também por meio de um aplicativo *mobile* de celulares, o SF BIOaps. Este aplicativo está disponível a todos os beneficiários do grupo São Francisco, para celulares que utilizam os sistemas Android e iOS.

O SF BIOaps é uma ferramenta que auxilia na troca de informações, dúvidas e orientações entre o paciente e equipe de monitoramento (tutores de enfermagem). Permite que o beneficiário se “empodere” do cuidado à sua saúde, com suporte da equipe (tutores de enfermagem e equipe multidisciplinar). Nesse aplicativo, o paciente informa, em uma linha do tempo, todos os fatos relevantes a sua saúde (alimentação, aferições, sinais e sintomas, medicamentos em uso, histórico de consultas e internações, orientações da equipe aos cuidados com a saúde e tudo mais que julgar pertinente) e tem, em tempo real, um feedback da equipe. Todas as postagens no aplicativo são monitoradas pelos tutores de enfermagem, sendo recebidas por estes

5

Número total de beneficiários de planos de assistência médica informados no SIB (Fonte: Sala de Situação da ANS, em 03/05/2018)

profissionais em tempo real. O sistema está padronizado para que postagens de alertas sejam dispostos de forma a facilitar a atuação do tutor de enfermagem e equipe de monitoramento. Todas as postagens no aplicativo são monitoradas pelos tutores de enfermagem, sendo recebidas por estes profissionais em tempo real. O sistema está padronizado para que postagens de alertas sejam dispostos de forma a facilitar a atuação do tutor de enfermagem e equipe de monitoramento.

População-alvo do Projeto

A inclusão do usuário ao programa é feita por telefone e pela adesão ao aplicativo de monitoramento. Os pacientes com patologias crônicas, idosos ou “hiper utilizadores”, recebem uma ligação telefônica para oferta do aplicativo mobile e, se não houver adesão, esses são incluídos no monitoramento telefônico. Importante ressaltar que qualquer beneficiário, não importando o produto, pode fazer adesão ao programa. Basta baixar o aplicativo mobile nas lojas virtuais e automaticamente já estarão sendo monitorados pela equipe. Desta forma, o programa está disponível para 100% da população da operadora.

No momento, o projeto conta com 64.481 beneficiários incluídos, com cerca de 50.000 beneficiários ativos, sendo em torno de 40.000 no monitoramento telefônico e 10.000 pelo aplicativo. Dessa forma, em torno de 7% dos beneficiários da operadora estão no programa. Esses beneficiários são vinculados a um Tutor de Enfermagem (Figura do navegador), que gerencia os cuidados e guia o percurso do beneficiário e sua família dentro do modelo proposto.

Estrutura do Projeto

O Projeto conta com uma Central de Monitoramento com funcionamento 24 horas por dia, 7 dias na semana; uma unidade de saúde específica para os atendimentos e grupo educativos ambulatorio com médico de família, clínico ou geriatria (presencial e via telemedicina), equipe multidisciplinar (nutricionistas, psicólogos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, assistente social e educador físico); rede de especialistas; atenção domiciliar; hospital dia; pronto socorro; hospital de retaguarda; hospital geral e central de telemedicina.

Na rede de apoio temos também a participação de odontólogos, que fazem as orientações pertinentes para todos os pacientes. Aqueles que possuem o plano odontológico com a São Francisco Odontologia, atuamos com os agendamentos periódicos e apoio ao cuidado da saúde bucal.

Todos os profissionais atuam de forma integrada e participam de todas as ações conjuntamente, desde o planejamento até a execução do programa. Os profissionais são remunerados de diversas formas: CLT (consolidação das leis trabalhistas), pagamento por produção e por performance.

Funcionamento:

Todos os beneficiários ao aceitarem o ingresso ao programa, respondem a um questionário de risco, que compreende 4 critérios de avaliação: Risco de Internação, Grau de Autonomia de Vida, Patologias já Diagnosticadas e Histórico Familiar. No andamento do programa, o beneficiário segue um calendário de ações (consultas médicas, enfermagem, nutrição, psicológica, contatos telefônicos de monitoramento, contatos pelo aplicativo de monitoramento, visitas de serviço social, grupos multidisciplinares), de acordo com o risco observado. As ações variam na sua frequência também de acordo com classificação de risco observada. Importante ressaltar que a cada contato com o paciente, seja ele presencial ou telefônico, o beneficiário é reclassificado. No aplicativo, o questionário fica disponível em tempo integral para resposta, sendo incentivado ativamente a responder a cada dois meses.

Após a adesão ao programa, o participante recebe o agendamento da primeira ação pré-estabelecida: consulta com o tutor de enfermagem. Nessa ação, o profissional faz novamente o acolhimento, confirma a classificação de risco, apresenta com mais detalhes o programa, oferece o aplicativo de monitoramento (para aqueles que ainda não o possuem), instala e ensina a sua utilização, além de solucionar todas as dúvidas do

beneficiário, quanto ao programa, ao aplicativo e de saúde em geral. Em seguida, obedecendo a classificação de risco, o beneficiário tem uma consulta agendada com o médico de referência, preferencialmente médico família e comunidade, clínico ou geriatra, que o acompanhará no cuidado à saúde. Esse profissional será o responsável pelos atendimentos médicos, solicitação de exames e encaminhamentos a especialistas.

Há outras atividades e programas que apoiam esse grupo de beneficiários, sempre com a atuação de toda equipe multiprofissional: Grupo de longevidade, Movimenta São Francisco (atividades físicas diárias com profissionais de educação física), Programa de Prevenção de Refraturas e Osteoporose (acompanhamento e fornecimento de medicação para tratamento desta patologia a todos os pacientes que já apresentaram fraturas de baixo impacto e/ou diagnóstico de osteoporose) e Grupo de Alimentação Saudável.

Os atendimentos ambulatoriais funcionam das 7:00 h às 19:00 h nos dias de semana e os prontos-socorros 24 horas por dia, 7 dias na semana.

Integração com os demais níveis de atenção

A rede de apoio ao beneficiário é composta por toda estrutura oferecida pela operadora: central de monitoramento e tutores de enfermagem, unidade específica para atendimentos e grupos, médicos geriatra/médico de família, equipe multiprofissional, ambulatorios de especialidades, atenção domiciliar, hospital dia, hospital de retaguarda, hospital geral e central de telemedicina.

O usuário utiliza os serviços de forma linear, sendo que todo o andamento do cuidado e os caminhos a serem seguidos por ele são monitorados e direcionados pelo Tutor de Enfermagem. Esse profissional é responsável por orientar, aconselhar, suportar tecnicamente e guiar o beneficiário na utilização dos serviços de saúde, de acordo com a sua necessidade. Cada enfermeiro possui uma população de beneficiários sob sua tutela, dividida por regiões geográficas e/ou contratos com a operadora.

Na ocasião de necessidade de consultas com outros especialistas o médico de referência faz o devido encaminhamento e, após essa consulta, receberá novamente o paciente para seguimento dos cuidados médicos.

Para facilitar e agilizar esses contatos da equipe de saúde com o beneficiário, a Central de Monitoramento trabalha com ligações telefônicas. Além disso, o aplicativo *mobile* de monitoramento facilita a troca de informações e orientações de saúde entre o beneficiário e a equipe de saúde. O aplicativo funciona como um diário pessoal de saúde, servindo para maiores informações aos profissionais que vierem a atendê-los e não possuem acesso aos outros sistemas de informações disponíveis. A ideia é que o aplicativo e a central de monitoramento seja o centralizador das informações de saúde do beneficiário, com informações geradas pelo próprio usuário, pelos serviços de saúde e pela própria central de monitoramento. Importante destacar, que tudo isso está sob poder do próprio usuário.

Indicadores e resultados

O projeto tem seus resultados medidos por meio de indicadores, que são acompanhados periodicamente. Os resultados do ano de 2016 foram os seguintes (medindo a utilização da mesma população antes e após a inserção no programa):

- Número de beneficiários inscritos até o momento - 64.481.
- Número de beneficiários ativos no programa - 52.368.
- Beneficiários alto risco - 4,7%
- Beneficiários médio risco - 18,6%
- Beneficiários baixo risco - 76,7%
- Redução na quantidade de consultas ambulatoriais em 23,14%
- Redução na quantidade de internações em 32,80%
- Redução na quantidade de SADT em 34,47%

- Redução na quantidade de entrada em pronto socorro em 25%
- Redução de custos de 25%

SAÚDE BRB

Autogestão

Registro na ANS: 41431- 0

Número de beneficiários⁶: 9.740

Área de atuação: Brasília/DF

Nome do projeto: Atenção Primária, modelo promotor de sustentabilidade e qualidade para um plano de Saúde em Brasília - Brasil.

Descrição geral do Projeto

Na busca por um modelo de qualidade, integrado e mais sustentável de atenção à saúde para os seus beneficiários, a Saúde BRB, autogestão de um banco em Brasília, implantou um modelo com foco em Atenção Primária. Alguns elementos favoreceram a implementação deste modelo de atenção: plano geograficamente condensado e com carteira de beneficiários pequena, uma equipe de especialistas qualificados e apoio dos gestores e patrocinadores. O objetivo geral do projeto é prover a modernização do atual modelo assistencial, com a mudança do paradigma da gestão de demanda de rede para a gestão de base populacional, com utilização de indicadores de saúde e estruturada mediante os preceitos da atenção primária à saúde. Todos os beneficiários da operadora com idade superior a 18 anos poderão participar do modelo, visando à gestão de saúde dos titulares ativos do Grupo BRB, aposentados e dependentes mediante assistência domiciliar e ambulatorial. Busca-se que a Clínica Saúde BRB, inaugurada em maio de 2014, torne-se porta de entrada para o sistema, gestora e coordenadora do cuidado, com ações assistenciais, prevenção e reabilitação, de forma humanizada, contínua, longitudinal e integrada, funcionando como regulador técnico e evitando a utilização sem critérios da população assistida a serviços não necessários. Visa-se também reduzir o número de hospitalizações, uso de irracional da rede de saúde e melhorar a qualidade de vida dos beneficiários promovendo satisfação e sustentabilidade para o plano de saúde. Espera-se, ao final de 2017, acompanhar e gerenciar a saúde de 4.864 beneficiários, o que corresponde a 65% do público alvo.

População-alvo do Projeto

A carteira do plano de Saúde BRB é constituída de 9.558 beneficiários (base: março/2017), sendo 48,6% do sexo masculino e 51,4% do sexo feminino. A população acima de 18 anos, público alvo do projeto, é de 7.483 pessoas. Os beneficiários são captados por demanda espontânea, encaminhados por médico do trabalho, enfermeira auditora para pacientes internados e busca ativa de beneficiários de acordo com utilização ou grupo específico. Todo o beneficiário acima de 18 anos tem acesso ao cuidado coordenado por médico de família. Até 31 de julho de 2017, 4.382 pessoas já estavam sendo acompanhadas, correspondendo 59% do público alvo. O índice de absenteísmo médio é de 17%, garantindo uma adesão de mais de 80% nas atividades propostas para participantes.

Estrutura do Projeto

A clínica Saúde BRB, unidade própria de atendimento, funciona em local de fácil acesso, moderno, amplo, com 18 consultórios e sala para grupos operativos. Existe uma equipe própria contratada por CLT, com remuneração de acordo com a carga-horária e valor de mercado. Ela é formada por médicos de família, geriatra, psiquiatras, ginecologistas, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, técnicos de enfermagem e nutricionistas. Para pacientes assistidos no domicílio, existe também uma equipe terceirizada de fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos. São realizados mensalmente em média 2.100 atendimentos pela equipe de saúde. O tempo de atendimento é de acordo com a especialidade e necessidade

6

Número total de beneficiários de planos de assistência médica informados no SIB (Fonte: Sala de Situação da ANS, em 03/05/2018)

do paciente. Cada médico de família torna-se responsável por uma população de 400 a 800 pessoas de acordo a sua carga-horária. Os beneficiários podem ser atendidos no ambulatório ou domicílio de acordo com o risco e a necessidade. Existe um horário estendido de atendimento das 07:30 h às 21 h.

Os beneficiários, quando atendidos pelo corpo clínico, passam a ser acompanhados por um médico de família e junto com a equipe de enfermagem definem um plano de cuidados personalizado. Os beneficiários são classificados quanto ao risco cardiovascular pela escala de Framingham, o que determina uma periodicidade mínima de acompanhamento presencial e telemonitoramento. Para os beneficiários acompanhados no domicílio, é implementado um projeto terapêutico singular que conduzirá a assistência prestada. O agendamento acontece via telefone ou presencialmente e as consultas são confirmadas com 48h de antecedência. Existe acolhimento pela equipe de enfermagem antes das consultas e por telefone para garantir o melhor direcionamento de atendimento do paciente. Existe acesso avançado, parte da agenda do profissional é reservada para a demanda espontânea.

Os beneficiários são atendidos de acordo com a periodicidade mínima estabelecida no plano de cuidados individual e, quando necessitar de atendimento, também podem utilizar o serviço de pronto consulta com agendamento em até 48h. Entre as atividades desenvolvidas pela equipe interdisciplinar, podem-se destacar atividades de educação e saúde: palestras, oficinas, grupos operativos na área de psicologia e nutrição (Manejo de Estresse e Nutriativa), atividade física e fisioterapia para portadores de dor crônica.

Em 2016, foi iniciado o Grupo Bem Gestar para gestantes e cônjuges com informações acerca de gestação, parto e cuidados com o recém-nascido. Em 2017, foi implementado o Grupo Respirar, grupo aberto, contínuo e direcionado a tabagistas. Algumas especialidades foram incorporadas para garantir a integralidade do cuidado e também para apoio matricial à equipe de saúde. Desde 2014, uma equipe de psiquiatras e psicólogos dá suporte à equipe de saúde da família. Em 2015, ginecologistas foram integradas à equipe de cuidado e, em 2016, o exame citologia oncológica passou a ser incorporado no periódico das funcionárias do banco e também puderam realizar a implantação do DIU nas dependências da clínica.

O Programa Mais Empresa saudável faz parte das ações desenvolvidas na clínica, direcionadas para os beneficiários ativos. Quando os exames do periódico estão alterados, o médico do trabalho sinaliza para clínica e a equipe de enfermagem faz a captação. Também é realizado anualmente o inventário de saúde, um questionário relacionado à saúde e clima organizacional, onde os dados são analisados pela equipe de saúde e um plano de ação é traçado para o ano seguinte. Existe participação em palestras nas datas comemorativas do ano como Outubro Rosa, Setembro Amarelo e Novembro Azul. Também são oferecidos pilates, cross-training e treino funcional para ativos e dependentes.

Buscou-se assegurar os fundamentos da atenção primária: acesso, uma equipe interdisciplinar qualificada e disponível para atendimento, em uma clínica bem localizada e moderna, coordenação do cuidado por equipe qualificada, integralidade da assistência, garantindo o cuidado em todos os níveis de atenção, da promoção à reabilitação e longitudinalidade, com a fidelização do paciente à equipe, podendo oferecer um cuidado personalizado e singular. Com todas essas ações a Saúde BRB vem se destacando em sua missão de focar na saúde e bem-estar dos beneficiários, promovendo prevenção nos quatro domínios: primária, secundária, terciária e quaternária.

Fazem parte da equipe multidisciplinar com atuação interdisciplinar da Clínica Saúde BRB: 3 Médicos de família; 1 Geriatra; 3 Médicos generalistas; 1 Médico do trabalho; 1 Geriatra; 3 Ginecologistas; 4 Psiquiatras; 7 Psicólogos; 3 Nutricionistas; 1 Assistente social; 3 Enfermeiras; e 3 Técnicos de enfermagem.

Integração com os demais níveis de atenção

Após as consultas, os pacientes que necessitarem de atendimento por especialistas ou marcação de exames são encaminhados para uma sala de pós consulta, onde serão direcionados para uma rede referenciada e poderão fazer o agendamento do procedimento na própria clínica, garantindo o gerenciamento e a continuidade do cuidado.

Existe uma enfermeira auditora que encaminha diariamente a lista de pacientes internados na rede para captação e acompanhamento. Esses pacientes quando são acompanhados em domicílio também recebem a visita da enfermeira e médico no hospital para compartilhar com a equipe assistente o plano de cuidados do paciente. Verifica-se também a possibilidade de “desospitalização” e continuidade do tratamento no domicílio. Na Clínica existe horário reservado na agenda dos profissionais para discussão de casos clínicos pela equipe e para educação permanente.

Indicadores e resultados

Até 31 de julho de 2017 existiam 4.382 pacientes acompanhados, correspondendo a 59% do público alvo. Existe uma preocupação constante com os beneficiários idosos. Já foram atendidos, até julho de 2017, na assistência domiciliar e ambulatorial, 78% da população maior que 60 anos.

São realizadas pesquisas periódicas (por meio de formulários impressos e por telefone) de satisfação do beneficiário e mensalmente são gerados indicadores para acompanhamento. Essa prática possibilita a análise, reflexão e recondução dos processos e práticas para promoção de melhorias. Em pesquisa mensal, aplicada no período de janeiro a julho/2017, 100 % dos participantes consideraram os serviços prestados na clínica como ótimo. Quanto à classificação do risco cardiovascular, 76% da população encontra-se com baixo risco cardiovascular, o que possibilita um cuidado de prevenção primária e secundária de forma eficaz.

De janeiro de 2015 até julho 2017, foram diagnosticadas 42 mulheres com lesão em colo de útero consideradas pré-cancerosas de alto grau e 4 mulheres com câncer de mama, 1 com câncer de útero *in situ* e 1 câncer de ovário. Setenta e seis por cento dos exames preventivos ginecológicos da operadora de saúde foram realizados na clínica saúde BRB no ano de 2016. Quanto aos pacientes acompanhados no domicílio, pôde-se observar que a quantidade de dias de internação hospitalar diminuiu significativamente após os cuidados oferecidos pela equipe e observou-se que 2 anos antes de participar do programa o número de dias de internação foi de 330 dias e 2 anos após foi de 105 dias, havendo a redução de 68% no número de dias de internação, resultando no impacto para a qualidade de vida dos assistidos e para a redução de custos para a operadora. Na área de saúde mental, os resultados também foram significativos, conseguindo-se desenvolver uma linha de cuidado qualificada e resolutiva. Em 2016, conseguiu-se reduzir em 15% o número de dias de afastamento dos bancários relacionados à doença mental. Nos anos de 2015 e 2016, a doença mental deixou de estar entre as 10 doenças que mais afastavam do trabalho. Com a assistência prestada na clínica, conseguiu-se reduzir em 35% as consultas na rede referenciada de psiquiatria quando comparamos 2014 e 2016.

UNIMED BELO HORIZONTE

Cooperativa médica

Registro na ANS: 34.388-9

Número de beneficiários⁷: 1.219.890

Área de atuação: Belo Horizonte e Região Metropolitana

Nome do Projeto: Unimed Pleno

Descrição geral do Projeto

Em maio de 2013, a Unimed BH, que tem por visão ser referência como um sistema cooperativista sustentável e inovador na atenção à saúde para melhorar a vida das pessoas, lançou um novo produto, chamado UNIMED Pleno, cujo objetivo é oferecer um modelo assistencial com coordenação do cuidado pela APS. A proposta deste produto baseia-se na vinculação do beneficiário a um médico de referência, que realizará o acompanhamento continuado do paciente, com acesso ampliado em uma clínica diferenciada, por meio da elaboração um plano de cuidados e orientação do percurso assistencial em outros pontos da rede.

População-alvo do Projeto

Os beneficiários são clientes de um produto específico, o UNIMED Pleno. Assim, clientes individuais ou coletivos compraram o produto, sendo informados a respeito do modelo assistencial definido. Atualmente, existem 43.196 clientes neste produto, sendo 32.985 clientes coletivos e 10.211 clientes individuais. Os clientes UNIMED Pleno correspondem a 3,5% do total de clientes da UNIMED BH.

Estrutura do Projeto

Existem, atualmente, 4 clínicas UNIMED Pleno e a 5ª clínica será inaugurada em junho de 2018. Todas as clínicas são próprias da UNIMED BH e inseridas em grandes unidades ambulatoriais, com elas compartilhando serviços como: posto de coleta laboratorial, sala de cuidados, grupos de promoção e prevenção, entre outros. Nas clínicas UNIMED Pleno, atuam 51 médicos de referência, sendo 10 clínicos, 10 pediatras e 31 médicos de família e comunidade. A equipe da clínica é também composta por enfermeiros e assistentes de atendimento. Já a equipe multiprofissional (nutrição, psicologia, fonoaudiologia e terapia ocupacional) atua nas unidades ambulatoriais em que a clínica está inserida, mas não dentro da clínica. Os médicos cooperados são remunerados por um mix composto por capitação e desempenho e os demais profissionais da equipe têm remuneração fixa (salário). O agendamento do cliente para seu médico pode ser feito nas recepções das unidades, pelo call center da UNIMED BH ou pelo aplicativo (agendamento online). As clínicas funcionam de segunda a sexta de 7:30 h às 20:30 h e aos sábados de 07:30 h às 11:30 h.

Integração com os demais níveis de atenção

O UNIMED Pleno é um produto no qual os médicos assumem o papel de “gatekeeper”, ou seja, para acessar os especialistas da atenção secundária os clientes necessitam da avaliação e encaminhamento do seu médico de referência. As exceções são as especialidades ginecologia e obstetria e a oftalmologia. Para estas o agendamento pode ser feito sem pré-avaliação do médico da APS. Se o médico identifica um problema cuja solução depende da avaliação de outro profissional, necessita elaborar um relatório de referência para que o paciente leve ao segundo médico. Este relatório deve ser apresentado pelo paciente à recepção da clínica que, diante do mesmo, libera o acesso àquela especialidade por um período definido, usualmente por 90 dias. A partir daí a assistente da recepção já oferece o agendamento, contribuindo para garantia do percurso assistencial. Vencido o referido prazo, uma reavaliação junto ao médico de

7

Número total de beneficiários de planos de assistência médica informados no SIB (Fonte: Sala de Situação da ANS, em 03/05/2018)

referência será necessária, caso o paciente ou o especialista entendam ser necessário um maior período de acompanhamento. Em algumas situações esta autorização poderá ser feita para um período maior. O especialista é incentivado a fazer um relatório de contra referência para o médico da APS. No entanto, como a quase totalidade dos especialistas da atenção secundária atua em unidades próprias, o médico de referência (assim como a atenção secundária) tem acesso direto ao prontuário utilizado pelos especialistas, e pode verificar suas notas de evolução. Todos os registros são informatizados, com acesso amplo por todos os profissionais. O prontuário dos hospitais próprios também é acessado pelos médicos de referência.

Indicadores e resultados

Os indicadores de acompanhamento vêm evoluindo ao longo do desenvolvimento do produto. De forma geral, são acompanhados ocupação da carteira por médico; ocupação da carteira total da clínica; taxa anual de consultas na clínica UNIMED Pleno; taxa anual de consulta com especialistas; taxa anual de consultas em pronto-atendimento; taxa anual de internação hospitalar; taxa anual de ICSAPs; taxa anual de exames solicitados (fora de internação); taxa anual de terapias; tempo de espera para a 3ª próxima consulta agendada disponível; tempo médio para realização da primeira consulta na clínica UNIMED Pleno. Para alguns destes indicadores, os dados são refinados para a carteira de cada médico de referência. Os custos também são acompanhados: custo anual assistencial per capita, custo anual per capita com internações, custo anual per capita com exames e terapias e sinistralidade do produto. Fazemos também pesquisas de satisfação e estamos caminhando para implantar o NPS para os clientes do produto.

Um ponto importante que verificamos é que os resultados positivos do produto estão diretamente relacionados ao tempo de exposição das carteiras ao modelo com coordenação pela APS. Uma parte considerável dos indicadores não melhoram nos primeiros meses, alguns até revelam aumento de utilização de alguns recursos de saúde. Entretanto, com a manutenção das carteiras por maior tempo, na medida em que a confiança e o vínculo vão sendo construídos e aprofundados, as mudanças de comportamento dos clientes resultam em menor utilização de recursos juntamente com melhora dos desfechos, por exemplo, pela redução das taxas de internação. Assim, nossos recortes de estudos atuais são direcionados para o comportamento de clientes com pelo menos um ano de produto Pleno.

O último estudo mostrou que a carteira de clientes Pleno, em seu segundo ano de exposição ao produto, possui uma maior taxa de consulta com especialidade básica e menor taxa de consulta com especialistas focais do que nossos outros produtos. Apresenta também uma menor taxa de consultas em PA sendo esta taxa 27% menor do que a taxa de todos os clientes do produto (incluindo aqueles com menos de um ano de produto). A taxa total de consultas foi maior quando comparada à taxa da carteira pertencente a outro produto de rede preferencial (UNIFÁCIL), havendo uma queda do primeiro para o segundo ano em todos os produtos (o que deve estar ligado ao risco moral). A taxa de exames foi semelhante àquela do UNIFÁCIL e bastante inferior ao produto de rede ampla UNIPART, havendo uma queda de 10% entre os pacientes de segundo ano de produto. A taxa de terapias foi também semelhante à do UNIFÁCIL e inferior à do UNIPART. A taxa de internações clínicas foi inferior à taxa do UNIFÁCIL, com uma queda de 13% quando comparado a toda a carteira Pleno. A taxa de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) cai 27% entre os clientes pleno a partir do segundo ano de produto, sendo 24% menor do que a do UNIFÁCIL. Do ponto de vista de custo per capita anual, o custo do cliente pleno caiu 12% entre os clientes a partir do segundo ano do produto.

A expectativa é que tenhamos resultados ainda mais promissores na medida em que o tempo de permanência dos clientes nas carteiras aumente. Ou seja, quanto mais os clientes experimentam o novo modelo, maiores serão as mudanças nos padrões de utilização dos recursos para o cuidado, ao mesmo tempo em que evidenciaremos as melhorias nos desfechos importantes à saúde dos pacientes e das populações vinculadas aos nossos serviços.

UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS

Cooperativa médica

Registro na ANS: 36044-9

Número de beneficiários⁸: 181.191

Área de atuação: Grande Florianópolis

Nome do Projeto: Novo modelo assistencial baseado na APS

Descrição geral do Projeto

O novo modelo assistencial baseado em APS busca realizar o cuidado centrado na pessoa, de forma segura, com base na equidade, eficiência e eficácia, integrando ações de promoção à saúde e valorizando os princípios como acesso, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado. O Projeto se iniciou com um pré-piloto no ano de 2013, com a equipe assistencial composta por uma médica especialista em Medicina de Família e Comunidade e uma enfermeira especialista em Saúde Pública. Foram 12 meses analisando a carteira de clientes da médica para elencar os clientes vinculados com a profissional.

Após está “pré-seleção”, foi realizado o contato com os clientes para apresentar o Novo Modelo de Assistência e confirmar se estes gostariam de fazer parte da carteira de clientes desta primeira Equipe. Concomitantemente, estavam sendo construídos e desconstruídos conceitos e ideologias referentes ao processo quando estes se mostravam desfavoráveis para com a proposta de um olhar holístico no cuidado ao ser humano.

Para iniciar o Projeto piloto na Unimed Grande Florianópolis, foram realizadas reuniões com integrantes multiprofissionais ao longo de um ano. Nestas ocasiões, foram estudados modelos já implantados no Brasil e na Europa para que as experiências vividas por estas empresas trouxessem um aporte mais fidedigno de assertividade na criação, implantação e execução do modelo proposto. Assim, em 01 de julho de 2014, foi iniciado o piloto do Modelo de APS. Nesta fase havia um número expressivo de clientes vinculados à equipe e principalmente ao profissional médico. A equipe foi expandida para dois médicos de família e dois profissionais de enfermagem. Em maio de 2016, o piloto foi implantado na carteira do plano Unimed Fácil, sendo aprovado como um PROMOPREV junto à ANS. Neste formato o programa contempla três médicos de família e dois profissionais de enfermagem distribuídos em dois 2 pontos de atendimento.

População-alvo do Projeto

A população alvo do projeto são os clientes da Unimed Grande Florianópolis portadores do Plano Unimed Fácil. A carteira do Plano Unimed Fácil possui 1.374* vidas e 754 clientes gerenciados através do Painel de indicadores, o que representa 55 % do total de vidas.

Desde a implantação do Programa, em maio de 2016, até agosto de 2017, foram realizadas 824 consultas pelos médicos de família e 635 atendimentos remotos, por e-mail e/ou telefone pela equipe de apoio (*Dados de Agosto de 2017).

Estrutura do Projeto

O modelo assistencial de APS é sustentado por quatro pilares: acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. Possui atendimento ambulatorial inicial com médico de família e comunidade. Após o primeiro atendimento o cliente é vinculado ao “seu médico” e é realizada a sua inclusão em um painel de monitoramento. Havendo necessidade de avaliação médica específica, o médico de família encaminha o cliente para outras especialidades médicas. Para garantir o acesso ao cliente, a agenda dos médicos possui diariamente horários reservados para atendimento exclusivo do cliente Unimed Fácil. Além disso, são destinados horários de demanda espontânea para garantir o acesso rápido ao seu médico, evitando

8

Número total de beneficiários de planos de assistência médica informados no SIB (Fonte: Sala de Situação da ANS, em 03/05/2018)

assim idas dispensáveis ao pronto atendimento e fortalecendo o vínculo médico, paciente e equipe. Após a consulta com médico de família o cliente é encaminhado aos programas de promoção à saúde de acordo com o seu perfil, onde passará a ser cuidado por equipe multidisciplinar.

A equipe APS contempla três médicos de família e comunidade, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e uma Coordenação Administrativa. Os médicos recebem remuneração fixa e são contratados diretamente pela Operadora em regime de CLT.

A área de Promoção à Saúde é responsável por realizar ações de prevenção e promoção à saúde e possui uma equipe multidisciplinar formada por: Nutricionista, Psicólogo, Educador Físico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Telemonitor de Saúde, Enfermeira Obstetra, Analista de Prevenção e Promoção à Saúde e Assistente Administrativo.

Os serviços oferecidos pela promoção à saúde são:

- Programa Unimed em Movimento: Grupo de caminhada e corrida com assessoria técnica especializada para estimular e orientar a prática correta do esporte. Programa destinado a clientes maiores de 18 anos que não tenham restrições médicas. Objetivo: Incentivar a prática de atividade física.
- Alimentação Saudável: Grupos de Reeducação Alimentar, com dez encontros, um por semana, coordenado por nutricionista, psicólogo e participação de uma educadora física, que passam orientações sobre nutrientes, substituição de alimentos, dietas e intolerâncias, emagrecimento e estratégias para mudanças comportamentais. Objetivo: Educação em saúde para mudanças de hábitos e uma alimentação adequada.
- Programa de Controle do Tabagismo: Acompanhamento individual ou em grupo por médico e equipe de saúde multiprofissional para ajudar os clientes que desejam parar de fumar. Objetivo: Suporte para os clientes que desejam parar de fumar.
- Programa de Desenvolvimento Infantil: Acompanhamento da gestante e posteriormente do bebê, contribuindo para o desenvolvimento e melhoria contínua da qualidade de vida da família. São oferecidos cursos e oficinas como: Curso de Gestantes: estímulo à gestação saudável e ao parto adequado; Oficina de preparação para o parto; Consultório de Aleitamento Materno; Oficina de Shantala: massagem terapêutica para bebês; Estímulo ao atendimento de puericultura; Palestras e oficinas: alimentação complementar, prevenção de obesidade infantil, roda de conversa no puerpério, entre outros; Curso para os avós. Também é realizado telemonitoramento com as mães após o nascimento, aos 40 dias, 6, 12, 18 e 24 meses, para avaliar a saúde da criança e orientar quanto à importância do calendário vacinal, amamentação e acompanhamento do desenvolvimento da criança por meio de consulta em puericultura. Objetivo: Educação em saúde da gestação ao nascimento para que as crianças se tornem adultos saudáveis.
- Programa Gerenciamento de Idosos com Doenças Crônicas: Acompanhamento de clientes idosos (acima de 60 anos) portadores de alguma doença crônica como Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Doença Arterial Coronariana, Insuficiência Cardíaca Congestiva, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e Insuficiência Renal Crônica, evitando agravos e complicações como: Acidente Vascular Cerebral, Infarto Agudo do Miocárdio, amputação de membros inferiores, insuficiência renal, doenças oculares e respiratórias. A classificação é realizada pelo Escore de Risco de Framingham, por meio de entrevista qualificada realizada por telefone: Risco Baixo e Moderado: Acompanhamento por Tele monitoramento Risco Alto e Altíssimo: Acompanhamento por Visita Domiciliar. Objetivo: Educação em saúde, orientando o cliente sobre o autocuidado para evitar o agravo da doença instalada.

Os atendimentos são realizados em duas unidades próprias de atendimento, abrangendo as localizações entre Ilha e Continente na Grande Florianópolis. O horário de funcionamento é das 8h00 às 18h00 de Segunda à Sexta feira. Nas unidades próprias há ambulatório médico com especialidade de medicina de família, ginecologista e endocrinologista. Para demais especialidades e exames o cliente é direcionado para rede prestadora. O agendamento das consultas é realizado por telefone através de uma central de

agendamento, o cliente também possui 2 telefones celulares e e-mail para contato diretamente com a equipe de enfermagem para agendamento de situações excepcionais ou suporte em caso de dúvidas ou demais necessidades.

Integração com os demais níveis de atenção

Através de consulta com médico de família o cliente, após seu aceite no programa, é incluso no Painel de Indicadores, vinculando-o a uma equipe de atendimento, que será responsável pelo seu acompanhamento ao longo do tempo. O cliente recebe orientações do funcionamento do programa, telefone direto com a equipe e e-mail exclusivo para acesso quando necessário. Seleção de pacientes: Os clientes são vinculados a cada médico através de convite realizado após o atendimento da primeira consulta e posteriormente confirmação de sua inclusão no programa via contato telefônico da equipe.

- Pontuação: Sistema que auxilia na previsão do número de clientes que podem ser acompanhados por equipe, na tentativa de garantir um acesso satisfatório e qualidade na assistência.
- Atualização das informações: O painel de clientes utiliza o Excel como ferramenta de registro e é atualizado diariamente, na pré e pós consulta, assim como o planejamento diário dos atendimentos. O acompanhamento periódico e buscas ativas por faixas etárias preconizadas são realizadas mensalmente. Alertas: Criado para auxiliar a equipe no planejamento diário e nas consultas, é uma ferramenta para pontuar situações individuais que devam ser observadas mesmo que não monitoradas. Exemplo: Alergias, história familiar de cânceres que podem alterar solicitação de exames de protocolos clínicos, paciente em tratamento de câncer, paciente asilado, entre outras situações de risco.

Atualmente, não há sistema implantado para referência e contra referência. Para garantir o acesso ao cliente, a agenda dos médicos possui, diariamente, horários reservados para atendimento exclusivo do cliente Unimed Fácil. Além disso, são destinados horários de demanda espontânea para garantir o acesso rápido ao seu médico, evitando assim idas dispensáveis ao pronto atendimento e fortalecendo o vínculo médico, paciente e equipe.

Indicadores e resultados

Observa-se que os pacientes monitorados em painel possuem maior adesão na realização de exames preventivos, como por exemplo, os exames de Mamografia e Colpocitológico. Exemplos:

Meta: Rastreamento de câncer de mama. Elegíveis: Mulheres, na faixa etária de 50 a 69 anos, beneficiárias do Plano Unimed Fácil. Análise: Comparativo entre mulheres elegíveis monitoradas e não monitoradas pelo Programa de Atenção Integral, que realizaram Exame de Mamografia nos últimos 2 anos (04/2015 a 03/2017). 68% das mulheres monitoradas no painel de indicadores realizaram o exame e apenas 12 % das mulheres não monitoradas realizaram.

Meta: Rastreamento de câncer de colo de útero. Elegíveis: Mulheres, na faixa etária de 20 a 59 anos, com cérvix uterina, beneficiárias do Plano Unimed Fácil. Análise: Comparativo entre mulheres monitoradas e não monitoradas pelo Programa de Atenção Integral, que realizaram Exame Colpo citológico nos últimos 2 anos (04/2015 à 03/2017). 50% das mulheres monitoradas no painel de indicadores realizaram o exame e apenas 12 % das mulheres não monitoradas realizaram.

Resultados demonstrativos de indicadores do Painel de monitoramento: Exemplo: Através do painel de indicadores é possível realizar o controle e rastreamento de condições de risco. Demonstramos abaixo o exemplo de um exame utilizado para monitoramento. Densitometria Óssea Meta: 80 % de rastreamento de condições de risco Elegíveis: Mulheres, faixa etária acima de 65 anos, beneficiárias do plano Unimed Fácil. Análise: Quantidade de Densitometria Óssea realizadas em beneficiárias elegíveis do Painel, no último ano. 81 % das mulheres elegíveis monitoradas no painel realizaram o exame.

Indicador de Acessibilidade: Tempo de espera, em dias úteis, para consulta eletiva em Atenção Primária à Saúde. Meta: 3 dias úteis. Análise: Somatório do tempo total de espera para consulta eletiva em Atenção Integral à Saúde, em dias úteis, no mês/ Total de dias úteis no mês. Resultado: O tempo de agendamento com médico de família no período avaliado foi de 1 dia útil.

UNIMED GUARULHOS

Cooperativa médica

Registro na ANS: 33305-1

Número de beneficiários⁹: 90.752

Área de atuação: Guarulhos (área de abrangência do Plano Pleno - APS). Área da operadora: Guarulhos, Arujá, Itaquaquetuba, Ferraz de Vasconcelos, Santa Isabel.

Nome do Projeto: Núcleo de Atenção Primária a Saúde (NAPS) - novo modelo assistencial da Unimed Guarulhos

Descrição geral do Projeto

A Unimed Guarulhos é uma operadora com 90.000 beneficiários. Fora do Modelo de APS, o sistema da Unimed Guarulhos predominante é o tradicional, focado em especialidades, sem coordenação do cuidado. Este modelo vem apresentando resultados em saúde aquém do aceitável, com custo elevado. Os fracos resultados em saúde mostram que o cuidado à saúde das pessoas não está no centro das ações do sistema atual, o que resulta em baixa qualidade assistencial e descuido com o principal agregador de valor: o paciente. Redesenhar o sistema para obter melhores resultados em saúde, desencadeará todos os desdobramentos positivos ao sistema, como: eficiência econômica, competitividade, minimização dos efeitos da judicialização da medicina, alto nível de satisfação dos clientes, etc. Em agosto de 2012, seguindo o movimento de mudança desencadeado pela Unimed do Brasil, a Unimed Guarulhos montou o primeiro serviço de APS do Sistema Unimed, o NAPS (Núcleo de Atenção Primária a Saúde). Sua implantação se deu inicialmente como um projeto piloto para aproximadamente 2.800 pessoas (colaboradores da Unimed Guarulhos e seus dependentes) e suas ações cresceram em amplitude e complexidade ao longo dos anos. Durante esse percurso, a Medicina Preventiva foi atrelada à APS, inicialmente desenvolvendo suas ações dentro do espectro de abrangência do NAPS. Como aprendizado desse projeto piloto, e subsequente implantação desse modelo de APS na UG, consideramos atingido o Triplo Objetivo: melhores resultados em saúde, redução do custo assistencial e alto nível de satisfação com a experiência do cuidado. Após 3 anos de projeto, iniciou-se a fase de disseminação dos serviços de APS com ampliação da carteira de vidas cuidadas pela APS, com vistas à construção de uma rede de APS, passando-se à comercialização do plano Pleno de maneira prioritária.

População-alvo do Projeto “

Iniciou-se com colaboradores da Unimed Guarulhos e agora conta com 6.100 beneficiários. O Plano Pleno registrado na ANS funciona com o sistema “Gatekeeper”, então os beneficiários têm passagem obrigatória pelas equipes de APS, para receber os cuidados. A utilização da rede assistencial ocorre dentro das suas necessidades e o percurso assistencial é sempre coordenado pelas equipes. Além disso, as equipes fazem busca ativa por vários canais de comunicação (telefone, e-mail, whatsapp...) para pacientes com falhas nos seus cuidados e que estão há mais de 1 ano sem frequentar a APS. Temos taxa de frequência de 2,5 consultas/pessoa/ano e em torno de 80% da população está com consultas dentro de 1 ano (dada a rotatividade da carteira entre outros fatores).

9

Número total de beneficiários de planos de assistência médica informados no SIB (Fonte: Sala de Situação da ANS, em 03/05/2018)

Estrutura do Projeto

A Clínica de APS da Unimed Guarulhos tem capacidade para 8.000 clientes, com consultórios clínicos multifuncionais (equipados para atendimentos de todas as faixas etárias e gêneros), sala de medicação, sala de curativos, posto de coleta de exames laboratoriais, sala de reuniões, recepção. Trata-se de rede própria preferencial que coordena o acesso a toda a rede de cooperados especialistas e serviços de terapias complementares credenciados.

Na clínica de APS, as equipes são compostas por médico de família e comunidade, enfermeiras com especialização em APS, técnica de enfermagem, recepcionista. Cada equipe tem a carga horária de 40h e é responsável, em média, por 1.500 pacientes, podendo chegar, no máximo a 2.000 beneficiários por equipe. Além das equipes nucleares, o serviço conta com staff administrativo, assistente social, farmacêutica e atendimentos contratados de Psicologia e Nutrição para algumas linhas de cuidado. A remuneração dos profissionais é fixa com contratação em regime CLT.

Os serviços disponíveis na Clínica de APS são consultas médicas e de enfermagem a todas as faixas etárias, puericultura, pré-natal/puerpério, curativos, medicação intravenosa/intramuscular, nebulização, pequenas cirurgias, coleta laboratorial e de papanicolau, exame dos pés e fundoscopia.

Os agendamentos podem ser feitos por meio da central de atendimento. Está em processo de desenvolvimento o sistema de “check-out”, com agendamento pela equipe da recepção do próprio serviço e monitoramento da utilização. O horário de funcionamento das clínicas é de 7-18h, de segunda a sexta-feira.

Integração com os demais níveis de atenção

Os serviços hospitalares têm nos seus sistemas de registro eletrônico um “pop up” na tela quando um beneficiário da APS chega para atendimento, com um encaminhamento ao NAPS em 48h a ser impresso pelo médico do serviço hospitalar, para adequada transição do cuidado. As gestantes são incentivadas/apoiadas ao parto normal e passam a frequentar a maternidade a partir de 36 semanas, em paralelo ao seguimento do NAPS, para aumentar a segurança e confiança para o parto. Os especialistas recebem referência e enviam contra referência à APS, em modelo impresso ainda. O registro na APS se dá em prontuário eletrônico. Ocorrem, ainda, reuniões clínicas dos comitês de especialidades e nos comitês clínicos o NAPS apresenta linhas de cuidados aos especialistas e realiza alinhamento técnico.

Indicadores e resultados

Os resultados foram avaliados por meio de Indicadores de satisfação, com NPS de recomendação de APS nota 76; Indicadores de utilização com redução de 63% de consultas no PS, redução de custo assistencial per capita total de 34%; Indicadores de processo de cuidados clínicos, com Cuidado Perfeito em HAS e DM atingindo mais de 60%; contra referência dos especialistas em 46%, além do monitoramento dos rastreios de câncer de mama, colo uterino e cólon.

UNIMED DE JABOTICABAL

Cooperativa médica

Registro na ANS: 329886

Número de beneficiários¹⁰: 29.648

Área de atuação: Barrinha, Dobrada, Guariba, Guataparará, Jaboticabal, Pradópolis, Santa Ernestina, Taiacu.

Nome do Projeto: Atenção Primária à Saúde

10

Número total de beneficiários de planos de assistência médica informados no SIB (Fonte: Sala de Situação da ANS, em 03/05/2018)

Descrição geral do Projeto

A Unimed Jaboticabal é uma cooperativa médica de médio porte, com 35.000 beneficiários distribuídos nos municípios de sua área de abrangência: Jaboticabal, Guariba, Pradópolis, Barrinha, Dobrada, Guatapar, Santa Ernestina e Taicu. A prestao de serviços de saúde fragmenta a ateno ao cuidado, com multiplicao de consultas de especialistas, exames e outros procedimentos. Há sobrecarga do sistema, que provoca forte impacto financeiro em todos os níveis e não gera benefícios para a qualidade de vida da populao.

Preocupada com essa realidade, a Unimed Jaboticabal busca, desde outubro de 2013, redesenhar o modelo de cuidado, por meio da Ateno Primária  Saúde - APS, utilizando a metodologia da Ciência da Melhoria, do Institute for Healthcare Improvement - IHI, para atingir o triplo objetivo: melhorar a saúde dos indivíduos e comunidade (preveno, diagnóstico precoce); melhorar a experiência com o cuidado (segura, oportuna, eficiente, eficaz e equitativa); e reduzir os custos assistenciais, por meio da eliminao dos desperdícios (reduo de uso de exames, tecnologia desnecessárias, idas preveníveis  emergência, admissões hospitalares preveníveis). A Ateno Primária  Saúde  porta de entrada para 1.600 beneficiários (Pessoa Jurídica e Pessoa Física) que têm contrato de prestao de atendimento pela APS.

Populao-alvo do Projeto

A Ateno Primária  Saúde  porta de entrada para 1.600 beneficiários (Pessoa Jurídica e Pessoa Física) que têm contrato de prestao de atendimento pela APS. Esses beneficiários fazem parte de um produto específico registrado na ANS (Plano Pleno). A partir do momento em que o beneficiário (PF ou PJ) adquire o produto, a porta de entrada para o atendimento eletivo  na APS. Dessa forma, o beneficiário pode procurar o atendimento na APS ou a própria equipe da APS faz o trabalho de busca ativa. Atualmente, a adesão  de 87.1 %.

Estrutura do Projeto

A estrutura física da APS está localizada no Espaço Viver Bem da Unimed e  composta por: 5 consultórios médicos, 2 consultórios odontológicos, 1 sala de medicao, sala de coleta de exames laboratoriais e 1 sala administrativa. No mesmo prédio, o beneficiário tem acesso ao atendimento da equipe multidisciplinar e serviço de diagnóstico e imagem. Trata-se de rede própria.

A equipe da APS  formada por: 3 médicos (2 de 40h/semana com residência em saúde da família e um de 20h/semana com especializao em APS, sendo 2 cooperados da Unimed e 1 prestador de serviço); 1 enfermeira (44h/semana, CLT); 1 técnico de enfermagem (44h/semana, CLT); e 1 administrativo (44h/semana, CLT). A APS tem parceria com a Uniodonto de Jaboticabal, que disponibiliza 2 cirurgiões dentistas (20h/semana) para os beneficiários com contrato odontológico na mesma.

A APS conta com suporte de toda rede credenciada de médicos especialistas do nível secundário, bem como da equipe multidisciplinar (psicólogo, nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e educador físico) da operadora. Os serviços disponíveis envolvem atendimento médico, de enfermagem e odontológico. Há coleta de exames laboratoriais, bem como realizao de medicaes na APS. Os agendamentos de consulta na APS são baseados no acesso avançado e podem ser feitos via telefone, WhatsApp, Skype dos RH das empresas, e-mail ou presencialmente.

A equipe da APS realiza o agendamento de consultas/exames para os beneficiários referenciados ao nível secundário, objetivando garantir o acesso e a resolatividade. O horário de atendimento da APS  de 2 a 6 feira, das 7:30h às 18:30h.

Integração com os demais níveis de atenção

Os beneficiários referenciados ao nível secundário levam uma carta de referência dos médicos da APS e os profissionais do nível secundário enviam à contra referência. Os profissionais da APS utilizam prontuário eletrônico, mas ainda não está integrado aos demais. Os beneficiários que utilizam os serviços de pronto-socorro e hospitalar são monitorados pela equipe da APS por meio de e-mails de “alerta” disparados quando acessam.

Indicadores e resultados

Os resultados observados são os seguintes:

- Percentual de beneficiários da APS referenciados ao nível secundário: Na 1ª fase (08/2013 a 01/2015), a mediana era de 21.5%; na 2ª fase (02/2015 a 08/2015) era de 38.1%; na 3ª fase (09/2015 a 03/2016) era de 26.3%; na 4ª fase (04/2016 a 04/2017) era de 17.5%; e nesta 5ª fase (05/2017 a 02/2018), de 22.2%.
- Percentual de beneficiários da APS que já passaram por 1ª consulta na APS: A mediana de 08/2015 a 02/2018 é de 87.1%.
- Percentual de mulheres elegíveis da APS com rastreamento de câncer de mama em dia: Na 1ª fase (02/2015 a 07/2015), a mediana era de 59.8%; na 2ª fase (08/2015 a 03/2016) era de 71.9%; na 3ª fase (04/2016 a 04/2017) era de 85.6%; e nesta 4ª fase (05/2017 a 02/2018), período de reestruturação da equipe, caiu para 77.6%, porém, já está em ascensão novamente (último mês 87.17%).
- Percentual de homens e mulheres elegíveis da APS com rastreamento de câncer colo retal em dia: Na 1ª fase (02/2015 a 07/2015) a mediana era de 55.1%; na 2ª fase (08/2015 a 12/2015) era de 62.1%; na 3ª fase (01/2016 a 05/2016) era de 71.3%; na 4ª fase (06/2016 a 04/2017) era de 82.7%; e nesta 5ª fase (05/2017 a 02/2018), período de reestruturação da equipe, caiu para 68.2%, entretanto, já está em ascensão novamente (último mês 81.68%).

UNIMED JOÃO PESSOA

Cooperativa médica

Registro na ANS: 32104-4

Número de beneficiários¹¹: 148.196

Área de atuação: João Pessoa, Bayeux, Santa Rita, Alagoa Grande, Alagoinha, Alhandra, Araçagi, Araruna, Bananeiras, Belém, Borborema, Caaporã, Cabedelo, Cacimba de dentro, Caiçara, Conde, Cruz do Espírito Santo, Cuitegi, Dona Inês, Duas Estradas, Guarabira, Itabaiana, Itapororoca, Lagoa de Dentro, Lucena, Mamanguape, Mari, Mulungu, Pilar, Pilões, Pilõezinhos, Pirpirituba, Pitimbú, Rio Tinto, Santa Rita, Sapé, Serra da Raiz, Solânea e Tacima.

Nome do Projeto: Viver Mais

Descrição geral do Projeto

Este projeto tem como objetivo apresentar o modelo de atenção integral à saúde que, por meio de princípios como acessibilidade, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado, foi implementado na Unimed João Pessoa, incorporando gradativamente novas formas de prestação de serviços e metodologias inovadoras de pagamento aos prestadores e médicos cooperados. Trata-se de um modelo de atenção à saúde racional e sustentável, que viabiliza a ampliação do portfólio de produtos da cooperativa de acordo com as exigências atuais do mercado. Essa estratégia associa qualidade e efetividade na promoção da saúde.

11

Número total de beneficiários de planos de assistência médica informados no SIB (Fonte: Sala de Situação da ANS, em 03/05/2018)

Assim, o Plano Viver Mais incorpora esse padrão de atenção integral à saúde e impulsiona mudanças na forma de prover a saúde, inicialmente a seus colaboradores e dependentes, mas com pretensões de expansão e comercialização do plano.

A implantação do modelo de saúde assistencial de Atenção Integral na Unimed João Pessoa se iniciou em setembro de 2016, para aproximadamente 5.000 beneficiários, todos eles colaboradores ou seus dependentes. A captação foi feita de maneira automática com migração plena de todos os clientes, os quais foram convidados a conhecer a equipe do Viver Mais e ter sua saúde coordenada por ela, por meio de palestras, da intranet, do *hotsite*, de cartazes e de SMS.

População-alvo do programa

Por se tratar de um benefício da operadora oferecido aos seus colaboradores e dependentes, a inclusão do colaborador é feita automaticamente ao plano. Todo colaborador admitido na empresa é registrado no ERP da operadora e em seguida a equipe do Viver Mais visualiza em um painel de informações a movimentação da carteira. O produto compreende atualmente 4.976 mil beneficiários.

Estrutura do programa

A Clínica Viver Mais funciona no Viver Melhor, compartilhando o espaço com a medicina preventiva e Saúde Ocupacional. A Clínica conta com uma recepção, duas áreas de espera (um espaço para as crianças e outro para os adultos), três consultórios médicos, um consultório de enfermagem e uma sala administrativa. Temos o hospital de média e alta complexidade da rede própria para atendimento de pronto-socorro, cirurgias e exames de imagens de alto custo.

Na rede credenciada possuímos hospitais para procedimentos eletivos e um para atendimento em pronto socorro. A rede de prestadores para exames laboratoriais e imagem é ampla.

A equipe da unidade é composta por cinco médicos com carga horária de 20 horas semanais cada, sendo três com formação em Clínica Médica e dois com formação em Pediatria; duas enfermeiras com 44 horas semanais; quatro recepcionistas e uma supervisora administrativa. Oferecemos consultas eletivas e atendimentos de demanda aguda. Os médicos recebem R\$ 8,00 por vida da carteira de beneficiários, sendo fixada a quantidade média de 1.000 vidas (remuneração fixa) independentemente de ter havido captação plena ou de o número da carteira ser superior ou inferior a esse número, e há variável de até 40% desse valor de acordo com o alcance de indicadores pré-definidos, o que seria a remuneração variável.

Possuímos ainda uma rede referenciada para atendimentos de nutrição e psicologia, exclusiva para nossa carteira de beneficiários, que funciona na própria unidade, onde as informações são armazenadas em um único prontuário do paciente por meio do MedicineOne.

Os agendamentos de consultas são feitos por telefone e presencialmente. A Unidade funciona de segunda a sexta-feira de 07:30 h às 20:30 h, e aos sábados de 07:30 h às 11:30 h.

Integração com os demais níveis de atenção

O acesso à rede de especialistas acontece mediante o encaminhamento do médico de referência e a contra referência ainda acontece de forma não estruturada entre eles já que não utilizam a mesma plataforma para registro das informações. Quanto ao encaminhamento para os profissionais de nutrição e psicologia que atendem na Unidade, há o mecanismo de referência e contra referência utilizando inclusive o mesmo prontuário eletrônico.

A rede de hospitais está aberta para procedimentos eletivos e o acesso a serviços de pronto-socorro está restrita a um hospital da rede própria e um da rede credenciada e este acesso é tarifado a R\$ 50,00 quando o acesso não é orientado pela equipe da Unidade de APS.

A validação da cobrança da franquia é realizada pelo médico de referência após análise do atendimento realizado no pronto-socorro do Hospital da rede própria.

Indicadores e resultados

No processo de implantação da Atenção Primária, alguns indicadores definiram o desempenho médico, como o adequado preenchimento do item “S” do SOAP/CIAP 2, a porcentagem de encaminhamentos para médicos especialistas (exceto oftalmologistas, que são liberados dessa via), a porcentagem de consultas no pronto-atendimento do hospital da rede, o acesso a consulta médica em 48 horas, o acompanhamento do desenvolvimento infantil em crianças menores de um ano (exclusivo para a Pediatria – considera peso, estatura e perímetro cefálico) e o preenchimento do VES 13 (exclusivo para a Clínica Médica).

Após 6 meses de evolução do processo, esses indicadores foram modificados para tempo médio para consulta eletiva, cuja meta seria tempo inferior a 7 dias e pontualidade médica; indicadores como porcentagem de encaminhamento de beneficiários para especialistas e para Pronto-atendimento permaneceram.

No período de junho a julho de 2017 foi realizado o projeto piloto de Pesquisa de Satisfação com uso da metodologia Net Promoter Score (NPS) através do envio de link para acesso por e-mail a todos os beneficiários atendidos na Clínica Viver Mais nesse intervalo. Esse instrumento de pesquisa serve para medir e gerenciar a lealdade do cliente sem a complexidade das tradicionais pesquisas de satisfação, sendo útil para o crescimento e sucesso de uma empresa. A pergunta é: “O quanto você recomendaria o Plano Viver Mais a um amigo ou colega? O que o (a) motivou a responder isso? ”. De 730 atendimentos sem retorno nesse período foram enviados link por e-mail a 404 contatos, com resposta em 107 dos participantes, o que corresponde a 55% dos beneficiários que receberam a pesquisa. Assim, dos beneficiários atendidos no período, 55% receberam a pesquisa e desses, 26% responderam. O NPS alcançado foi de 31, o que nos classifica em zona de aperfeiçoamento, cuja meta seria a zona de qualidade, de acordo com a escala de classificação da metodologia. O cálculo do NPS é feito da seguinte forma: Promotores (54) – Detratores (18) ÷ 107 (número total de pessoas que responderam) = 34%. Realizamos um estudo considerando clientes que estiveram pelo menos dez meses na carteira antes e depois da adesão ao plano, obtendo alguns resultados como: houve o aumento considerável no número de consultas eletivas realizadas anterior a implantação do plano, que se atribui provavelmente ao receio dos usuários com o início do novo produto; após o início do plano houve um declínio no número de consultas. Após a implantação do plano, verificou-se a redução de 5% nas consultas eletivas, em contrapartida, a redução de consultas de pronto-socorro foi de 31%.

Quanto à distribuição por especialidades, é possível observar, após a implantação, o aumento de consultas nas especialidades básicas que passou de 13,7% (1.594/11.555) atendimentos para 47,6% (5.218/10.960) atendimentos, e na rede especializada houve a redução de 72,3% (8.358/11.555) para 42,1% (4.619/10.960) atendimentos.

UNIMED SANTA BÁRBARA D'OESTE E AMERICANA

Cooperativa médica

Registro na ANS: 36929-2

Número de beneficiários¹²: 87.114

Área de atuação: Santa Bárbara d'Oeste e Americana e Nova Odessa

Nome do Projeto: Plano de Atenção Integral a Saúde - Plano VIP (Versatil, Inteligente e Preventivo)

12

Número total de beneficiários de planos de assistência médica informados no SIB (Fonte: Sala de Situação da ANS, em 03/05/2018)

Descrição geral do Projeto

Com base na característica de pioneirismo e inovação da Unimed Santa Bárbara d'Oeste e Americana embasada pelas referências bibliográficas mundiais e apoiada nos conceitos da Ciência da Melhoria, propusemos a utilização do modelo de atenção integral à saúde como norteador da rede de atenção, oferecendo, primeiramente, a 2.085 beneficiários (entre colaboradores e dependentes) o produto de APS. Sendo assim demos início em 04 de novembro de 2013 ao atendimento desse público em uma nova unidade de serviço, o Centro de Atendimento Integral, Cíntegra, capaz de oferecer aos seus beneficiários um cuidado embasado, holístico e seguro. A implantação da Atenção Primária tem por objetivo principal a melhoria nos resultados de saúde de colaboradores e seus dependentes.

População-alvo do Projeto

Inicialmente tinha-se como público alvo a carteira dos colaboradores da operadora e seus dependentes. A captação foi feita por meio de visitas aos colaboradores no local de trabalho (equipe da APS), divulgação nos canais de comunicação da operadora e-mail marketing, proteção de tela nos computadores, além de busca ativa por ligação telefônica para agendamento de consultas com a equipe da APS. Em setembro de 2017, o Produto VIP começou a ser comercializado. No momento da adesão ao plano, a equipe da APS recebe uma notificação da nova família. A construção da lista de pacientes dos médicos cuidadores da APS na atual constituição da rede assistencial da operadora se dá através da atribuição de pontos conforme o critério etário, de gênero e perfil de utilização em consultas ambulatoriais e de pronto atendimento. Feita essa distribuição, a equipe faz o contato telefônico para agendamento da primeira abordagem presencial na unidade de atendimento. Hoje o percentual de adesão:

Faixa Etária	Masculino	Feminino	%Masculino	%Feminino
0 a 2	46	47	74%	72%
3 a 6	66	62	74%	79%
7 a 10	66	65	70%	71%
11 a 18	120	111	76%	79%
19 a 23	41	100	62%	72%
24 a 28	53	157	63%	86%
29 a 33	99	212	68%	86%
34 a 38	122	205	69%	83%
39 a 43	111	132	81%	85%
44 a 48	73	106	75%	84%
49 a 53	70	77	77%	91%
54 a 58	41	50	73%	88%
59 a 69	52	91	81%	93%
70 ou mais	55	109	94%	92%
TOTAL	1015	1524	74%	83%

Estrutura do Projeto

A APS de Americana conta com: 01 Sala de espera com recepção; 01 Sala de acolhimento de enfermagem – com uma maca e três poltronas, para triagem, medicação e procedimento; 01 Consultório de enfermagem, com uma maca ginecológica, com banheiro; 02 Consultórios médicos; 01 Sala de coleta de exames; 01 Expurgo; 03 Consultórios para atendimento da equipe multiprofissional do Viver Bem (AIS); e 01 Consultório para acolhimento de Saúde Mental.

Já a APS de Santa Bárbara d'Oeste dispõe de: 01 Sala de espera com recepção; 01 Sala de acolhimento de enfermagem – para triagem, medicação e procedimento; 01 Consultório de enfermagem, com uma maca ginecológica; 02 Consultórios médicos; 01 Sala de coleta de exames; 01 Expurgo; 04 Consultórios para atendimento da equipe multiprofissional do Viver Bem (AIS); 01 Auditório com capacidade para 30 pessoas; 01 cozinha experimental; e 01 academia ao ar livre

O Projeto conta com Rede própria, além de 2 hospitais da Rede credenciada - Psicologia, Nutrição, Fono terapia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

As equipes de APS são compostas por Médicos de Família, Enfermeiros, Técnicas de Enfermagem, Auxiliar Administrativa e Equipe de Apoio do Viver Bem - Psicólogos, Nutricionistas, Educadores Físicos e Assistentes Sociais.

Dentre os serviços prestados na unidade de atendimento estão: Gestão Análise da situação de saúde; Planejamento, programação, acompanhamento/monitoramento; Atendimento clínico Acolhimento; Consultas médicas agendadas ou de demanda espontânea; Consultas de Enfermagem; Atendimento cirúrgico ambulatorial básico Cateterismo uretral; Cauterização química de pequenas lesões; Retirada de pontos de cirurgias; Curativos simples; Suturas; Retirada de corpo estranho subcutâneo; Anestesia loco regional; Cirurgia de unha; Drenagem de abscesso; Remoção de cerume; Exames diagnósticos; Coleta de material de sangue e urina; Coleta de citologia oncótica ginecológica; Aferição de glicemia capilar; Pesquisa de gonadotrofina coriônica e teste rápido de gravidez; Coleta de exames sorológicos para confirmação de doenças transmissíveis de interesse da saúde coletiva; Ações terapêuticas; Administração de medicamentos; Inalações; e Atividades educativas, terapêuticas e de orientação aos beneficiários.

A forma de remuneração das equipes de APS foi elaborada por uma composição de modalidades com intuito de favorecer os atributos da APS e a vinculação entre o profissional e o paciente, além de minimizar os riscos para o profissional e a operadora. Na primeira fase de expansão do projeto da APS, a remuneração do profissional médico foi constituída de uma remuneração fixa por carga horária com a vinculação de uma lista de pacientes: cerca de 896 pacientes/20 horas semanais, para a realização da coordenação de cuidado com uma bonificação (20%) por performance analisada trimestralmente com base nos indicadores clínicos previamente selecionados. Na composição da equipe cuidadora mista, o médico pediatra e ginecologista e obstetra são remunerados pelo *mix* da sua produção (*fee-for-service*) com uma bonificação (20%) por performance analisada trimestralmente com base nos indicadores clínicos previamente acordados.

Todos os médicos de família são cooperados. Os enfermeiros (36 horas/semana), técnicos de enfermagem (36 horas/semana), administrativo (40 horas/semana) são contratados em regime CLT.

A proposta nas nossas unidades de atendimento é trabalhar com o sistema de agendamento seguindo os preceitos do Acesso Avançado. O sistema de agendamento tradicional é parametrizado para atender hoje a demanda do último mês. O acesso avançado é um sistema moderno de agendamento médico, que consiste em agendar o beneficiário com a sua equipe de cuidado no mesmo dia ou em até 48 horas após o contato deste com o serviço de saúde com o objetivo de diminuir o tempo de espera por uma consulta médica, diminuir o número de faltas das consultas médicas e aumentar o número de atendimentos médicos da população, garantindo que o problema de hoje seja resolvido hoje.

O horário de atendimento dos serviços envolvidos no projeto é de segunda a sexta, das 7:00 h às 19:00 h e sábados alternados, das 7:00 h às 13:00 h.

Integração com os demais níveis de atenção

A estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) é fundamental para coordenação e integração dos serviços e ações em saúde, assim como a qualidade e integralidades dos seus cuidados. Os serviços de APS são a porta de entrada do sistema e coordenam o conjunto de respostas às necessidades de saúde da população. Para que o serviço de APS possa prestar uma atenção integral e realizar coordenação de cuidados dos seus beneficiários estabelecemos a criação de uma rede sucinta de especialistas parceiros do novo modelo de atenção.

Os médicos especialistas interessados em participar do modelo de APS estabelecem vínculo com o APS oferecendo acesso diferenciado aos beneficiários do produto através do contato direto entre as recepcionistas e com o agendamento da sua consulta com um prazo de até 14 dias. A comunicação do médico cuidador com seus especialistas parceiros se dá através do estabelecimento de referência, sendo esta a indicação pelo qual o médico cuidador solicita o esclarecimento e apoio do especialista na atenção do beneficiário. Já o médico especialista, através da sua contra referência, estabelece com o médico cuidador o plano de cuidado para o beneficiário. A qualificação dessa interlocução é de suma importância para garantir ao beneficiário e qualidade e segurança necessária do cuidado, portanto cabe ao médico cuidador identificar sua dúvida clínica e ao médico especialista informar seu parecer clínico e o plano de cuidado com terapêutica proposta, periodicidade do monitoramento e reavaliações.

Diante da mudança no modelo de relação proposto pela APS o médico especialista parceiro é duplamente remunerado, inicialmente receberá normalmente pela sua consulta ao beneficiário e receberá uma gratificação decorrente ao envio da contra referência qualificada ao médico cuidador, equivalente ao valor de uma consulta. As referências e contra referências devem ser preenchidas preferencialmente pelo sistema de prontuário eletrônico eMed(sistema gestão informatizado utilizado na Unimed Santa Bárbara d'Oeste e Americana) que possibilita ao médico cuidador realizar o encaminhamento. Assim, quando o médico especialista iniciar o atendimento da consulta do beneficiário encaminhado ele receberá um alerta com a referência do motivo da consulta e quando finalizar o atendimento visualizará novamente o encaminhamento para realizar a contra referência.

Ao beneficiário do produto APS não será cobrado o fator moderador quando este for referenciado à rede de especialista ou serviço de urgência. No caso de o beneficiário optar em utilizar, por qualquer motivo, a rede de atendimento especializado sem a coordenação do seu médico cuidador (APS), fica estabelecida a cobrança do fator moderador. Aos atendimentos realizados nas unidades de pronto-atendimento fora do horário de atendimento da unidade de saúde não incide o fator. O beneficiário que receber uma referência ao especialista de plantão durante seu atendimento na unidade de pronto-atendimento terá sua consulta liberada pela recepcionista através de contato telefônico ou eletrônico da unidade hospitalar com a APS, porém se o médico plantonista julgar necessário uma complementação posterior do plano terapêutico instituído no pronto-atendimento, esse beneficiário deve ser encaminhado ao seu médico cuidador na unidade de referência para seguimento.

Indicadores e resultados

A mudança do modelo assistencial tem favorecido cada vez mais a atuação dos profissionais não médicos no cuidado do beneficiário, tendo um aumento 40% nos atendimentos de enfermagem. A utilização de pronto atendimento dos outros produtos é de 16% maior que o produto da APS. A taxa de captação da lista dos beneficiários está em 75%. As internações por condições sensíveis estão em 6,71% e dos demais produtos chegam a 11%. Quanto aos exames de rastreamento os resultados são: -Câncer de mama -72,13% da APS e 55% dos demais produtos; - Câncer de Cólon - 53,66% da APS e 25% dos demais produtos; - Câncer Cérvico-vaginal - 59,94% da APS e 46% dos demais produtos. O custo assistencial se mantém estável,

mesmo com a inflação médica no período sendo de 16,7 em 2016 e 17,2 em 2017.

UNIMED VITORIA

Autogestão

Registro na ANS: 357391

Número de beneficiários¹³: 332.645

Área de atuação: Região Metropolitana de Vitória

Nome do Projeto: Unimed Personal

Descrição geral do Projeto

A busca por um modelo mais sustentável de atenção à saúde levou a Unimed Vitória a implantar um produto inovador com foco em atenção primária à saúde (APS) denominado Unimed Personal, o qual foi lançado no mercado em fevereiro de 2013. Ao longo desses quatro anos, o projeto vem se consolidando e buscando melhorias contínuas que têm sido executadas sempre com foco no atendimento das premissas estabelecidas: Cuidado Integral, Qualidade e Sustentabilidade. Para isso, busca-se assegurar os atributos essenciais da APS: acesso, coordenação do cuidado, integralidade e longitudinalidade. O modelo de coordenação do cuidado é oferecido com identificação dos riscos individualizados, através de plano de cuidados com acompanhamento contínuo. Em relação a integralidade, busca-se garantir ao cliente uma assistência à saúde a qual transcenda a prática curativa, contemplando em todos os níveis de atenção. Tal princípio é promovido na unidade através da integração com o programa de promoção da saúde denominado Viver Bem. Além disso, capacitações da equipe por meio de treinamento direcionado e revisão contínua de processos internos, propiciam um aumento da resolutividade e segurança a seus beneficiários.

População-alvo do Projeto

Os beneficiários fazem parte do produto Personal, o qual foi desenhado totalmente baseado no conceito de APS e já é comercializado há 5 anos no mercado capixaba. Atualmente o produto conta com cerca de 48.500 beneficiários em suas duas modalidades (ambulatorial e ambulatorial mais hospitalar). Noventa e sete por cento da carteira do plano é de clientes coletivos, com faixa etária média de 28 anos.

Estrutura do Projeto

O Unimed Personal dispõe de 8 unidades físicas próprias desenhadas para atender no modelo “patient centered medical home”. A equipe médica é composta por profissionais com residência em medicina de família e comunidade e especialistas que participaram do Programa de Aprimoramento em Atenção Primária (PROAAP). O treinamento supracitado é ministrado durante sete meses, com encontros mensais e carga horária de 54 horas. Cada médico é responsável por uma carteira de clientes os quais são monitorados regularmente por enfermeiros e técnicos de enfermagem. As unidades contam ainda com suporte da equipe multidisciplinar composta por fisioterapeuta, nutricionista e psicólogo. Os médicos são cooperados e recebem no modelo “*capitation*” (com performance). Os demais profissionais são contratados em regime CLT.

Além de consulta médica e multiprofissional, as unidades oferecem: atendimentos educativos em grupos, clínica do pé diabético e sala de medicação para casos agudos leves.

A coordenação do cuidado é avaliada continuamente através do mapeamento de clientes que necessitem de um acompanhamento personalizado para eficácia da terapêutica traçada. São discutidos de forma multidisciplinar durante reuniões de equipe semanais e ações corretivas são adotadas frente aos dados evidenciados.

13

Número total de beneficiários de planos de assistência médica informados no SIB (Fonte: Sala de Situação da ANS, em 03/05/2018)

As consultas médicas podem ser agendadas eletivamente ou por demanda espontânea. Quando chega à unidade em demanda espontânea, os beneficiários passam pelo acolhimento com enfermeiros. O horário de funcionamento das unidades é das 8h às 20h, sendo que algumas funcionam das 7h às 21h e aos sábados pela manhã.

No final de 2015, com o crescimento acelerado da carteira, experimentou-se um aumento no tempo de espera para agendamento de primeira consulta. Como solução para tal, foi desenvolvido um projeto piloto com implantação de acesso avançado nas agendas. Após resultados satisfatórios no piloto na Unidade Serra, esse modelo foi multiplicado para as demais unidades, contribuindo para a garantia de acesso.

Integração com os demais níveis de atenção

Existe a figura de coordenador do cuidado (enfermeiro) o qual é responsável pelo acolhimento dos pacientes na unidade, bem como a gestão de saúde populacional, em conjunto com a equipe médica. Há foco na coordenação do cuidado em grupos mais vulneráveis tais como: idosos, gestantes, diabéticos, crianças menores de 1 ano, crianças com asma, pacientes com transtornos mentais e portadores de doenças crônicas (oncológicas, etc). Há sistema de referência e contra referência implantado e uso prontuário eletrônico único. Existem processos integrados entre a Unidade Personal e os principais hospitais de referência do produto.

Indicadores e resultados

Entre os principais indicadores monitorados estão: Satisfação dos beneficiários (acima de 90% na última medição), cuidado perfeito em diabetes e gestantes (acima de 80%), redução de custo assistencial (42% se comparado a custo assistencial total da carteira da Unimed Vitória), frequência de ida a Pronto Socorro (25% de redução), ICSAP Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (10% de redução), redução na incidência de Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia - SADT (cerca de 50% de redução quando comparado à carteira total da Unimed Vitória).

CAPÍTULO 4 - CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Essa publicação tem por objetivo compartilhar as experiências de APS selecionadas no âmbito do Laboratório de Inovação em APS da ANS em cooperação com a OPAS/OMS Brasil. As experiências analisadas permitiram uma visão mais ampliada de algumas estratégias que estão sendo utilizadas pelas operadoras para aprimorar a assistência à saúde, reduzindo a fragmentação, racionalizando o uso dos recursos, melhorando a experiência do beneficiário e reduzindo desperdícios.

A partir da análise das experiências, foi possível identificar potencialidades e fragilidades na conformação dos projetos. Dentro desta perspectiva, considerando as peculiaridades do setor, a ANS em parceria com a OPAS/OMS Brasil destacou alguns aspectos importantes e elaborou recomendações, com a finalidade de esclarecer determinados pontos e subsidiar as operadoras na modelagem assistencial, visando à superação da fragmentação do cuidado e ao alcance de melhores desfechos em saúde no âmbito da Saúde Suplementar.

O envelhecimento da população e o aumento dos fatores de risco para doenças crônicas, incluindo a inatividade física, a alimentação inadequada, o tabagismo e o uso abusivo de álcool, exigem a adoção de estratégias para as pessoas que não apresentam condições crônicas, mas precisam melhor gerenciar o seu estilo de vida. Neste sentido, é fundamental aprimorar os programas de promoção da saúde e prevenção de doenças (Promoprev) para que sejam mais efetivos, consigam engajar os participantes e tenham maior escala.

Para tal, é importante utilizar as bases e as mais recentes propostas de abordagem em saúde populacional, que inclui a estratificação da população, a elaboração de estratégias para os diferentes grupos, o uso da tecnologia (inclusive os registros eletrônicos de saúde), a coordenação do cuidado e a integração crescente com a rede assistencial.

Assim, por meio da coordenação do cuidado as operadoras podem ofertar uma assistência proativa e resolutive, visando à garantia do acesso aos cuidados necessários, ao vínculo, à responsabilização para com o beneficiário, à integralidade da assistência, à redução de custo e ao monitoramento contínuo dos resultados alcançados.

Recomendações:

- As operadoras devem estruturar o modelo de atenção, buscando coordenar o cuidado prestado aos beneficiários, de modo que haja a maior integralidade possível, considerando as suas peculiaridades, tais como: características de sua rede (própria, credenciada ou referenciada), âmbito de atuação (nacional ou não), trajetória de iniciativas já desenvolvidas para a mudança do modelo assistencial, bem como o perfil demográfico e epidemiológico de sua carteira.
- É imperioso que as operadoras tenham uma adequada gestão de informação em saúde de todos os seus beneficiários, utilizadores ou não do sistema, independentemente da sinistralidade (beneficiários saudáveis, portadores de doenças agudas, de doenças crônicas etc), para realizar uma coordenação do cuidado eficaz e eficiente. Dessa forma, recomenda-se que seja feita a estratificação de risco da carteira de beneficiários, mantendo todos os beneficiários em seu monitoramento, para que atue de forma preventiva e não reativa (demanda espontânea).
- Importante ressaltar que, as operadoras que optarem por utilizar a estratégia da Atenção Primária à Saúde na organização de seu modelo de atenção devem contemplar os quatro atributos essenciais que a caracterizam, quais sejam: acesso ao primeiro contato, coordenação do cuidado, longitudinalidade e integralidade (ou cuidado abrangente). Para tanto, as operadoras devem investir em treinamento específicos em APS de suas equipes envolvidas no projeto.

- A estruturação dos projetos deve se basear em diretrizes clínicas baseadas em evidências, protocolos assistenciais, linhas de cuidado e adotar ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças.
- Os projetos devem ofertar a educação em saúde para os beneficiários, promovendo o “autocuidado apoiado”, no qual os planos terapêuticos são elaborados de forma conjunta entre a equipe de saúde e o beneficiário, com metas pactuadas. No caso de manejo de pacientes crônicos, por exemplo, significa estabelecer um plano de cuidado abrangente, para evitar o agravamento da doença instalada, que não se restringe apenas à prescrição médica e à solicitação de exames, podendo englobar uma série de outras medidas e que é elaborado com os beneficiários, suas famílias e as equipes.
- Deve-se buscar a integração entre todos os níveis de atenção. Para isso, as iniciativas podem utilizar um “navegador”/“integrador” e TIC que aprimorem a coordenação do cuidado, de modo a auxiliar o beneficiário em seu percurso assistencial.
- As operadoras devem buscar o desenvolvimento de prontuários eletrônicos e aumentar o grau de tecnologia incorporada em procedimentos rotineiros.
- Deve-se ter clareza da diferença entre “porta de entrada”, que organiza a entrada do beneficiário no sistema e “barreira”, que impede ou dificulta o acesso.
- Caso a operadora opte por organizar os projetos de modo que haja direcionamento para a rede assistencial com “porta de entrada”, isto deve estar explícito no contrato e ser informado ao beneficiário, conforme estabelecido na Resolução CONSU n.º 8/1998, que dispõe sobre mecanismos de regulação nos planos e seguros privados de assistência à saúde.
- As operadoras devem ofertar, em tempo adequado o atendimento necessário ao beneficiário, fazendo com que se reduza o prazo de espera para dar seguimento à assistência integral nos demais níveis de atenção. Assim sendo, a eventual passagem dos pacientes pela “porta de entrada” da APS não deve ser demorada de tal sorte a impedir ou dificultar o acesso aos demais níveis de atenção em tempo hábil. A estruturação dos projetos deve respeitar os prazos máximos de atendimento definidos na Resolução Normativa n.º 259/2011, que dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde.
- Os projetos devem ser monitorados e avaliados periodicamente pela operadora, por meio de indicadores de estrutura, processo e resultado. Deve-se considerar que indicadores de resultado clínico só são avaliados adequadamente em conjunto com indicadores de estrutura e processo.
- É importante ressaltar, que o enfoque da avaliação deve ser na análise do cuidado prestado, que deve refletir a melhoria das condições de saúde dos beneficiários com o projeto (melhoria do cuidado com desfechos positivos) e não se limitar à avaliação de aspectos econômico-financeiros da operadora.
- O modelo de atenção à saúde adotado deve ser resolutivo de forma a prevenir internações desnecessárias ou encaminhamentos externos relativos a condições sensíveis à atenção primária.

Sendo assim, a prestação de serviços em saúde envolve uma ampla gama de atores que variam desde a prestação da atenção primária em saúde até o atendimento em hospitais altamente especializados. Porém o verdadeiro valor em saúde não pode ser obtido em nenhuma dessas instâncias de cuidado isoladamente. A forma adequada para medir o valor em saúde deve englobar todo o conjunto de atividades ou serviços que determinam o alcance das necessidades dos usuários. Essas necessidades são determinadas pela condição clínica dos indivíduos. Por exemplo, o tratamento de um paciente obeso deve incluir a avaliação e o monitoramento da hipertensão arterial, do diabetes, das doenças osteomusculares, depressão, entre outras.

A operadora deve ter como referência o verdadeiro valor em saúde, entendido como princípio norteador na definição do arcabouço do cuidado em saúde. Para tanto, deverá desenvolver práticas de monitoramento e avaliação de qualidade, impacto, resultado, performance, com definição e utilização de indicadores e satisfação do usuário.

Por fim, como desdobramento deste Laboratório, faz-se necessário o acompanhamento das experiências selecionadas por meio de indicadores de processo e de resultados.

REFERÊNCIA

ALMEIDA, Patty Fidelis de et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. saúde pública**, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010.

ARAÚJO, E. **Encerramento do Seminário Atenção Primária à Saúde – estratégia chave para a sustentabilidade do SUS (apresentações dos painelistas)**. 2018. Disponível em: <<http://apsredes.org/seminario-atencao-primaria-saude-estrategia-chave-para-sustentabilidade-do-sus-apresentacoes-do-painelistas/>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

_____. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 01 jun. 2018

_____. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

CONENSUS. **Entrevista**: Rafael Bengoa. 2017. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/consensus/entrevista-rafael-bengoa/>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Demografia médica**: Publicação já está disponível na internet. 2017. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27509:2018-03-21-19-29-36&catid=3>. Acesso em: 01 jun. 2016.

DAWSON, B. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines**, 1920. Washington, DC: OPAS; 1964.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care, 1966. **Milbank Q.**, v. 83, n. 4, p. 691-729, 2005.

GIRARD, J. **Encerramento do Seminário Atenção Primária à Saúde – estratégia chave para a sustentabilidade do SUS (apresentações dos painelistas)**. 2018. Disponível em: <<http://apsredes.org/seminario-atencao-primaria-saude-estrategia-chave-para-sustentabilidade-do-sus-apresentacoes-do-painelistas/>>. Acesso em: 01/06/2018.

KRINGOS, D. S. et al. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. **Health Aff (Millwood)**, v. 32, n. 4, p. 686-694, 2013.

MACINKO, J et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. **Health Aff (Millwood)**, v. 29, n. 12, p. 2149-2160, 2010.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 433-444, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n2/20397.pdf>>. Acesso em: 24 maio 2018.

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

OPAS et al. **Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: OPAS, 2011. 137p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inovando_papel_atencao_primaria_redes_atencao_saude.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2016.

PORTER, Michael E.; TEISBERG, Elizabeth Olmsted R. **Repensando a saúde**: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman: 2007.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

_____.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **Milbank Q**, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005.

VUORI, H. Primary health care in Europe: problems and solutions. **Community Medicine**, 6, p. 221-231, 1984.

WHO. **Primary health care**: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September, 1978, jointly sponsored by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund. WHO: Geneva, 1978.

