

MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE E A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Data de aceite: 01/01/2024

Daniela Moraes Morelli

Vilma Regina Freitas Gonçalves Dias

INTRODUÇÃO

Este capítulo tem por objetivo apresentar uma síntese contextual dos Sistemas de Atenção à Saúde (SAS) e de seus Modelos Assistenciais em alguns países, assim como mostrar elementos de como a Atenção Primária à Saúde (APS) é operacionalizada. Optou-se por não escrever sobre o Brasil, já que esta construção faz parte da história de todos nós e, portanto, do conhecimento de muitos leitores.

A organização dos SAS, no mundo, acompanha a trajetória científica, política, social e econômica dos diferentes países, uma vez que, para operacionalizá-los é preciso a tomada de decisão política de como eles poderão ser executados. E, embora as questões políticas definidoras deste processo tenham grande relevância na qualidade da APS, não configuram objeto de estudo neste capítulo.

O delineamento estratégico da APS é traduzido no conjunto de leis, normas e diretrizes de cada país e deveria guardar estreita relação com as necessidades sociais em saúde da população como um todo, além de contemplar logística para fácil acesso e transparência nos indicadores econômicos e sanitários.

Pelo momento vivido em decorrência da pandemia de COVID-19, os indicadores de APS estão em processo de atualização. Sabe-se que os anos 2020 e 2021 foram marcados pelo atendimento prioritário aos pacientes com quadro de COVID-19, enquanto outras demandas, deixadas para segundo plano. O impacto da modificação, consequente da emergência sanitária, se observa através do agravamento de algumas patologias crônicas, atraso em alguns diagnósticos, dificuldade de acesso ao médico e equipe gestora do cuidado e implementação do uso de atendimento virtual – tecnologia que, apesar de ajudar quanto ao acesso, se concentra amplamente no atendimento pontual, centrado na queixa e não na coordenação de cuidado, entre outros¹.

SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Os SAS são um complexo e dinâmico conjunto de partes, como o governo, as operadoras, os fornecedores e os demais provedores de serviços, inter-relacionados e interdependentes.^{2,3} Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), este conjunto tem como propósito promover, restaurar e manter a saúde de uma população.⁴ Cada país, por meio do seu governo, tem a autonomia para regular e organizar seus SAS, visando responder às necessidades em saúde da sua população, traduzidas pelas demandas e representações, em certo tempo e lugar.

A maioria dos países na América Latina conta com sistema de saúde misto. No Brasil, por exemplo, ele é composto pelo segmento público – o Sistema Único de Saúde (SUS) – e o privado, conformado pela Saúde Suplementar (englobando as Operadoras de Planos de Saúde – OPS), e o desembolso direto⁵. Importante ressaltar que a Constituição Federal do Brasil⁶ prevê a participação do setor privado de forma complementar ao SUS.

Para Mendes⁷, os SAS apresentam cinco objetivos: 1) Alcance de um nível ótimo de saúde, distribuído de forma equitativa; 2) Garantia de uma proteção adequada dos riscos para todos os cidadãos; 3) Acolhimento humanizado de todos os cidadãos; 4) Garantia da prestação de serviços efetivos e de qualidade; e 5) Garantia da prestação de serviços com eficiência.

Historicamente, os SAS se organizam de forma fragmentada⁸ gerando dificuldade no acesso e na coordenação do cuidado, ou seja, na gestão efetiva da saúde das pessoas e na mensuração dos resultados, trazendo como consequência maior custo e desperdício ao sistema. Observa-se, ainda, a lentidão dos SAS para adaptar-se às mudanças do perfil epidemiológico, cuja predominância de morbimortalidade deixou de ser as doenças infecciosas associadas às carências primárias, dando lugar as doenças crônicas não transmissíveis e lesões⁵, exceto em situações de pandemia, como a do COVID-19, que teve início em 2020.

A falência quanto à organização do sistema de atenção também é constatada na Saúde Suplementar (SS). No Brasil, de forma geral, a rede de prestadores segue atuando de forma fragmentada e com baixa coordenação de cuidado. A cada ano este mercado vem sentindo a necessidade de alterar o modelo de atenção à saúde, e deixa de atender pontualmente os problemas apresentados pelas pessoas, passando a um padrão de cuidado mais sistematizado com a atenção integral à saúde⁹.

MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento de todos os integrantes da cadeia de cuidado no setor. São, segundo Paim¹⁰, formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários), mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho, cujo propósito é

intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde, historicamente definidas. Portanto, são a maneira como se estruturam, em determinados espaços-população, os serviços de saúde, incluindo unidades prestadoras de serviços de diversas complexidades tecnológicas, e as relações que se estabelecem dentro delas e entre elas.

Mendes⁸, ao analisar o Sistema de Saúde brasileiro, diz que *“os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevaiente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade”*.

Atualmente, em função da pandemia do COVID-19, os sistemas de saúde, que lentamente estavam se adaptando para dar atenção às condições crônicas, se obrigam a focar na emergência sanitária, derivada de uma doença infecciosa. Neste contexto, o grande desafio é garantir que ambos os modelos de atenção funcionem integradamente, para responder às necessidades das populações.¹¹

Como mencionado, no sistema de saúde brasileiro coexistem dois segmentos: o público e o privado. Cada um com definições, regulamentações e organizações específicas. No privado, tema deste livro, o modelo de atenção à saúde mais praticado ainda é o curativo, com foco nos cuidados pelas especialidades, pelos hospitais e com elevado nível de intervenções, ou seja, *“um modelo médico produtor de procedimentos, onde a assistência à saúde se tornou algo extremamente sumário, centrado no ato prescritivo que produz o procedimento, não sendo consideradas as determinações do processo saúde-doença centradas nas condições sociais, ambientais e relacionadas às subjetividades, valorizando apenas as questões biológicas”*.¹²

Malta¹² observa que para se repensar novas modelagens assistenciais, assentadas em diretrizes com a integralidade do cuidado, há que se aprofundar o debate sob novos fundamentos teóricos e a sua importância na compreensão da organização da assistência à saúde. Estas ações diferenciadas na produção da saúde operam tecnologias voltadas para promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua (com base nas características epidemiológicas), trabalho em equipe, de qualidade e com transparência dos resultados adequadamente avaliados.

Esse novo modelo advoga que, para inovar o processo de organização do sistema de saúde, é necessário ter a APS como orquestradora e redirecionar suas ações e serviços para o desenvolvimento das RAS, que precisam ser capazes de produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população.^{8,13} As organizações internacionais de saúde^{14,15} apoiam e fomentam a remodelação do modelo de atenção centrado na APS como primeiro ponto de contato, conhecido como porta de entrada ao sistema de saúde. Como estratégia, vislumbra atender a toda a população, ser acessível e brindar a atenção centrada na pessoa, envolvendo os níveis primário, secundário, terciário e quaternário de prevenção

e estar articulada com os demais provedores de cuidado, configurando uma rede sanitária integrada.^{14,15}

A APS trabalhada neste capítulo será aprofundada ao longo deste livro e está fundamentada nos atributos essenciais de acessibilidade e primeiro contato, longitudinalidade, coordenação do cuidado e a integralidade, além dos atributos derivados de atenção centrada na família, orientação comunitária e competência cultural.¹⁶

A equipe de Saúde da Família (eSF) é o alicerce em termos de recursos humanos dentro da estratégia de APS e da estrutura das unidades de atenção primária¹⁷, que se desenvolve no contexto microssocial (grupo familiar) e está centrada nas necessidades da população, na continuidade, na longitudinalidade da atenção e na articulação com as demais especialidades (coordenação do cuidado). A eSF está formada, em geral, por médicos das especialidades básicas, além de profissionais da enfermagem — pode-se, porém, complementar com especialistas, a depender do perfil epidemiológico da população, dos recursos para suportar o seu custo e desde que sejam referenciados pelas equipes de saúde da família. Outras categorias profissionais também podem compor a equipe de APS, tais como: nutrição, psicologia, odontologia e serviço social, entre outras, de acordo com o perfil de cada população e recursos disponíveis.^{14,17,18}

Organizações como a OMS e a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) ressaltam que *“a composição da equipe de APS deve ajustar-se às características concretas do sistema e à comunidade que atende. Portanto, não existem modelos universais que permitam descrever uma composição válida para todos os lugares e contextos sociais”*.¹⁸

SISTEMA DE SAÚDE E CONSTRUÇÃO SOCIAL DA APS: REVISÃO DE ALGUNS PAÍSES

Os sistemas de saúde são caracterizados por sua alta heterogeneidade em termos de acesso, cobertura, equidade, estruturas organizacionais, financiamento e resultados. Mas, apesar de já haver transcorrido mais de quatro décadas da Declaração de Alma-Ata, a APS ainda não é o eixo da maioria dos sistemas como se esperava, mesmo sendo continuamente foco de debate. Dados da OMS indicam que, em 2017, somente 50% da população mundial contavam com cobertura universal.¹⁹ Nesse cenário, o desenvolvimento da estratégia da APS tem sido desigual nos diferentes países.

Na região das Américas, as principais causas da baixa cobertura de saúde são macroeconômicas (baixo nível de desenvolvimento e alta incidência de desemprego), legislativas (a maioria dos países não torna a cobertura obrigatória para todos os grupos populacionais; exceto Brasil, Cuba e Colômbia)²⁰, força de trabalho (alta informalidade, desemprego e subemprego), política (instabilidade, crise, falta de compromisso), cultural (analfabetismo, diferenças linguísticas), social (desigualdade étnica e de gênero), geográfica (grande população rural, áreas pouco desenvolvidas) e financeira (volatilidade, poucos recursos fiscais, baixa capacidade tributária).²¹

Argentina

Argentina é um país federal, dividido em 24 estados (províncias), que atualmente vivencia uma forte instabilidade econômica²². O ano de 2020 foi marcado pela maior queda do Produto Interno Bruto (PIB) desde a crise político-econômica de 2001. Estima-se que, dos 45 milhões de cidadãos, 40% da população se encontra na linha de pobreza e 10%, na de indigência²³.

O sistema de saúde argentino²⁴ é misto e descentralizado, dividido em três subsetores: público, seguridade social e privado. O primeiro é encabeçado pelo Sistema Nacional de Saúde (SNS), financiado por meio de impostos, incorporado ao orçamento nacional e estadual, e cobre aproximadamente 36% da população (que não conta com nenhum outro tipo de acesso a serviços de saúde). O segundo, da seguridade social (Obras Sociales), oferece cobertura a aproximadamente 60% dos argentinos e está financiado, essencialmente, pelos aportes obrigatórios dos trabalhadores e por contribuições dos respectivos empregadores. Calcula-se que existem atualmente 311 seguros diferentes (regulados pela Superintendência de Serviços de Saúde) e que exibem importante heterogeneidade na qualidade dos serviços cobertos por eles²⁵. Por fim, com cerca de 13% de cobertura, o subsetor privado (Prepagas) é financiado pelos aportes voluntários dos afiliados, a partir da contratação de planos de saúde. Vale ressaltar que cerca de 10,4% da população tem mais de uma cobertura (obra social + seguro privado).²⁶

A coexistência dos três subsetores caracteriza uma complexa fragmentação e desarticulação do sistema de saúde argentino e é um dos obstáculos para o avanço na implementação de estratégias, como a APS.

Na Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde realizada em 2018, 40 anos após a Declaração de Alma-Ata, o governo argentino assumiu a necessidade de reorganizar e fortalecer a APS.²⁷

No subsetor público, os centros de Atenção Primária à Saúde (CAPS) são as unidades efetoras de atendimento aos cidadãos dentro de sua área de cobertura (população adscrita), que, em geral, não têm cobertura em qualquer dos outros dois subsetores (seguridade social e privado). Existe consenso suficiente, entre os 24 estados argentinos, sobre as virtudes de cada cidadão ter um estabelecimento de saúde de referência único, pois favorece o conhecimento integral da equipe sobre a população responsável e sobre os determinantes sociais de sua saúde, porém, como cada estado implementa suas políticas públicas no setor, é díspar.²⁸

Por outro lado, no subsetor privado²⁹, a Argentina tem um exemplo pioneiro e exitoso de implementação da APS, através do serviço de medicina de família do Hospital Italiano de Buenos Aires, que conta com mais de 30 anos, cujo modelo organizacional de prestação de serviços está sustentado pelos seguintes aspectos:

- a) Profissionais treinados em atenção primária e medicina preventiva. O médico de família, chamado pelos assegurados de médico de cabeceira, é o primeiro contato com os sistemas de atenção e o responsável por um grupo definido de pacientes (em média 1000 pessoas/médico);
- b) Integração clínica e suporte informático para a coordenação e continuidade ao longo dos distintos níveis de atendimento. O acesso ao médico de cabeceira é direto e ele é o responsável pelo encaminhamento aos especialistas e, também, pelo seguimento longitudinal do paciente. Existe a possibilidade de acessar diretamente aos especialistas (sem referência) pagando uma elevada coparticipação;
- c) Gestão de utilização de serviços médicos e de melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde, através das Unidades Docente-Assistenciais (UDAs). Estas são “células” do sistema de gestão da qualidade do serviço de medicina familiar, homogêneas em quantidade de médicos e de pacientes. Cada UDA reúne entre 12 e 14 médicos que atendem, aproximadamente, de 10.000 a 15.000 pacientes;
- d) Remuneração composta por pagamento por vida (90%), por desempenho em base a indicadores de qualidade das UDAs (10%)³⁰ e por qualidade do desempenho dos serviços de APS.

Chile

O Chile é um país em desenvolvimento, economicamente estável, com aproximadamente 19 milhões de habitantes. O Estado chileno é unitário e democrático, com administração funcional e territorial descentralizada, dividido em 15 regiões, 54 províncias e 346 comunas.³¹

O sistema de saúde chileno é composto por dois setores: o Fondo Nacional de Salud (Fonasa), que é público e cobre aproximadamente 70% da população; e as Instituciones de Salud Previsional (Isapre), privadas e conformadas por empresas responsáveis pela venda dos seguros e pela prestação de serviços. Os seguros são utilizados pelas camadas economicamente mais favorecidas e com demandas de menor risco aos serviços. As Isapre têm convênios com clínicas privadas e vários tipos de profissionais. Ainda assim, existem alguns convênios para a atenção dos assegurados pelo Fonasa com prestadores privados. Os planos oferecidos pelas Isapre possuem, principalmente, serviços curativos não orientados pela APS.³²

Segundo Oliveira³¹, *“nos anos 2000, o governo Lagos implementou a reforma do setor de saúde a partir de cinco projetos, modificando aspectos relacionados às funções de organização do sistema, regulação do subsistema privado, ampliação de fontes de financiamento e inclusão de novos problemas de saúde na prestação de serviços¹² que não alteraram a dinâmica do mix público-privado”*. Após a reconfiguração do sistema, estabeleceram-se as principais características do modelo de financiamento e de atenção à saúde. Os trabalhadores optam entre afiliar-se ao Fonasa (por meio da contribuição

obrigatória de 7% do salário) ou a uma Isapre. Todavia, a depender da renda e do subsistema, devem ser efetuados copagamentos.³¹ A partir da reforma, firmou-se o modelo de Atenção Integral à Saúde, a ser operado pela equipe de APS e sustentado por três princípios: centralidade nas pessoas, integralidade da atenção e continuidade do cuidado.^{33,34}

Os estabelecimentos, e serviços com a estratégias de APS, disponibilizados a um município ou comuna, podem variar de acordo com o grau de integralidade do atendimento e responsabilidade da população: Centros de Saúde da Família (Cesfam), Centro Comunitário de Saúde da Família (Cecosf), Posto Rural e Posto Médico Rural.^{34,35}

A setorização é a estratégia utilizada para organizar a área de cobertura de um Cesfam, e corresponde à subdivisão de uma área geográfica, com critérios definidos, tais como: quantidade de famílias cadastradas, características geográficas-administrativas e risco biopsicossocial. Embora a quantidade de equipes depende das características da área, idealmente não devem ser atribuídas mais de 5.000 vidas registradas por setor, ou seja, cada médico pode ser responsável por 5.000 pessoas, no máximo. O Ministério da Saúde tem como meta que um médico atenda 3.330 pessoas em 44 horas semanais de trabalho. No Chile, 9% dos médicos se dedicam à APS³⁶ e, no Brasil, 1,7% possuem a especialização em medicina de família e comunidade.³⁷

O modelo integral com enfoque familiar e comunitário fundamenta-se no fato de as equipes de saúde cuidarem de uma população (vidas), em um trabalho colaborativo e solidário com ela, o que impõe demandas às equipes no que diz respeito ao conhecimento da população-alvo em toda a sua diversidade sociocultural, gênero e determinantes sociais da saúde.³²⁻³⁴ Os profissionais, técnicos e gestores se encarregam do cuidado de uma população ao nível de prevenção de doenças e agravos, da promoção, recuperação e reabilitação da saúde. É exigido formação adequada para atender às necessidades da população inserida. Uma equipe básica de APS deve ser composta por enfermeiro, técnico paramédico, médico, parteira e assistente social.³⁴

No segmento privado, o financiamento é feito por: a) desembolso direto (copagamentos, medicamentos e consultas particulares); b) contribuições do seguro social obrigatório dos trabalhadores e empresas (7% do salário); c) por contribuições adicionais do seguro privado. E o modelo de pagamento aos prestadores, independentemente do nível da atenção, é o de pagamento por serviço.^{32,36}

Moraga-Cortés³² apontou que a proporção do gasto em APS no Chile, sobre o custo total com saúde, foi quantificada em 10,4% para o ano de 2012, demonstrando pouca prioridade desta estratégia de atenção na distribuição nacional dos recursos e a grande brecha com a orientação da OPAS para que as nações da região invistam, pelo menos, 30% dos recursos na APS. Os sistemas de saúde que promovem o livre mercado têm dificuldades maiores para a expansão da APS, dada a composição público-privada da rede de prestadores e a segmentação da população pertencente aos diversos tipos de seguros, aponta a autora.

Cuba

Cuba vem passando nos últimos dez anos por um complexo processo de reformas político-econômica, agravado pela pandemia de COVID-19, que impactou na redução de 10% do PIB per capita, em 2020^{38,39}. Mesmo com o desgaste econômico, observa-se que o sistema de saúde cubano, que é universalista na cobertura aos seus 11 milhões de habitantes³⁹, mostrou um evidenciado rendimento na gestão da pandemia.

O Sistema Nacional de Saúde (SNS)⁴¹ representa o modelo universalista e a natureza da estrutura política de Cuba, nascida a partir da Revolução de 1959, que estabelece que o Estado regule, financie e preste serviços de saúde para toda sua população, integrado verticalmente (entre funções) e horizontalmente (para todos).

O Estado é o principal prestador de serviços, por meio de unidades de saúde próprias e equipes assalariadas. O SNS cubano garante o acesso a atendimentos integrais de saúde prestados em unidades ambulatoriais e hospitalares. O alto grau de socialização e compromisso com o serviço comunitário, com ênfase na prevenção, é complementado pelo controle – exercido por meio de organizações sociais e comunitárias – sobre as atividades dos profissionais de saúde que representam 6,8 % da população em idade laboral, e 70,3% são mulheres.⁴²

O benefício se concentra na APS com base em um programa de médico e enfermeira de família (MEF), que deve resolver cerca de 80% dos problemas de saúde da população e oferecer cuidado integral à saúde.^{41,42} Embora essas atividades possam ser realizadas em qualquer unidade do SNS, ocorrem principalmente em policlínicas e consultórios de médico de família, de subordinação municipal.

Em Cuba, a medicina de família é o eixo da estratégia de APS e se baseia numa abordagem ampla, da promoção à reabilitação da saúde. É operacionalizada por uma equipe básica (um médico e uma enfermeira de família), um especialista em medicina interna, ginecologia e obstetrícia, pediatra, psicologia, estomatologista e técnico(s) estatístico(s).⁴²

Cada Clínica MEF (médico de família e enfermeiro) atende de 600 a 700 pessoas (120 a 140 famílias), organiza o trabalho de acordo com as necessidades da população e possui processo organizado, contínuo e dinâmico, que permite a avaliação da intervenção planejada sobre a situação de saúde dos indivíduos e famílias, bem como a classificação em grupos de acordo com a condição de supostamente sadio, em risco, doente ou incapacitado.⁴¹ A divisão da área de saúde da família é bastante heterogênea, pois considera aspectos como acessibilidade, vias de comunicação, distribuição entre as áreas urbana e rural, condições ambientais e socioeconômicas.

Em Cuba, existem, para atender os mais de 11,2 milhões de habitantes (sendo 49,7% homens e 50,3% mulheres), 150 hospitais que disponibilizam 5,5 leitos/1.000 habitantes (Brasil disponibiliza 2,0 leitos/1.000 habitantes)³⁵. Possui 8,66 médicos/1.000 habitantes (Brasil, 2,48 médicos/1.000 habitantes); 449 policlínicas, 113 clínicas odontológicas e dez

serviços de urgência (maior resolutividade, com possibilidade de ingresso e estabilização, com retorno ao domicílio)⁴¹. Há em Cuba, ainda, 53 serviços de geriatria e 30 centros médicos psicopedagógicos, além de mais de 300 locais específicos para idosos.^{42,43}

Conforme o Anuário Estatístico de 2021⁴², a taxa de habitantes por médico é de 108 por 10.000 habitantes, sendo 92,7 médicos. A cobertura de odontólogos é de 18,4 por 10.000 habitantes. O total de consultas médicas foi de 9,1 por habitante/ano e, na APS, 86% dos atendimentos foram realizadas pelos médicos de família.

Os desafios que o sistema de saúde cubano enfrenta, ao contrário de muitos países das Américas, não estão na implementação da APS, uma vez que ela é o principal eixo na organização do sistema de saúde cubano. Os obstáculos se concentram em adaptar-se às mudanças do perfil epidemiológico da população com aumento da cronicidade das doenças que demandam serviços médicos especializados e de alto custo.

Espanha

Espanha é um país membro da Comunidade Europeia. É um Estado social e democrático de direito, cuja organização territorial se caracteriza pela descentralização e autonomia das suas 19 comunidades. Nas últimas décadas, este país vinha experimentando um incremento populacional, em grande parte como consequência da imigração. Em 2020, excepcionalmente, houve um decréscimo e, assim, alcançou 47 milhões de habitantes em 2021. Seu PIB a posiciona no 14º lugar no mundo, ainda que seu volume tenha sofrido uma forte queda (10%) durante a pandemia de COVID-19.⁴⁴

O sistema de saúde espanhol é misto. O subsetor público é gratuito e universal, fornecido pelo Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (Insalud). No subsetor privado, o indivíduo pode aderir a um seguro de saúde (denominados mútuas), que tem sua própria rede de hospitais, clínicas e laboratórios. Segundo dados da Universidade Estadual Paulista (Unesp), duas em cada dez pessoas têm seguro privado naquele país⁴⁵. Os trabalhadores, mesmo que contratem seguro privado, devem seguir com a sua contribuição à seguridade social.

O custo com a saúde na Espanha é de 8,9% do PIB e o setor privado representa 29,5% do total gasto.⁴⁶ Os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) gastaram a média de 10,1% do PIB e o Brasil, 8% (4,4% vêm de gastos privados e 3,8%, de gastos públicos).⁴⁷

O sistema público está organizado em três níveis e se baseia no princípio de que toda pessoa tem direito à saúde, independentemente de sua situação econômica e laboral.⁴⁶ É do Estado toda a responsabilidade de garantir esse direito, administrando e financiando serviços que integrem, ordenem e normalizem as funções de saúde, incluindo as consultas, a urgências e medicamentos, por meio do Insalud.⁴⁵ As principais características do modelo espanhol são:

- a) Universalização mediante cobertura de 100% da população, independentemente de sua situação econômica e de sua filiação à previdência social;
- b) Acessibilidade e descentralização por meio da regionalização da saúde para garantir a equidade no acesso aos atendimentos, a partir da localização dos diferentes serviços de saúde o mais próximo possível de onde vive e trabalha a população;
- c) Descentralização da gestão dos recursos de saúde e o envolvimento da comunidade na tomada de decisões sobre a gestão dos gastos e a forma como os serviços são utilizados;
- d) Atenção Primária à Saúde como estruturante da atenção à saúde.⁴⁵

A APS disponibiliza à população uma série de serviços que podem ser acessados em cerca de 15 minutos do local de residência. Dada a sua disposição na comunidade, as tarefas de promoção da saúde e prevenção de doenças são confiadas a este nível. Os cuidados de saúde são agendados ou atendidos como urgentes, e independentemente do local do atendimento, incluem a indicação ou prescrição e execução, quando apropriado, de procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Os atendimentos são realizados por equipes multiprofissionais compostas por médicos de família, pediatras, enfermeiros e pessoal administrativo, podendo, ainda, contar com assistentes sociais, parteiras e fisioterapeutas.^{46,47}

Paralelamente, segundo estimativas, o subsetor privado de saúde assiste a 15% da população, podendo ser usado como complemento ou alternativa ao sistema de saúde público.⁴⁸ Este setor tem tido crescimento e cinco seguradoras concentram mais de 70% das vidas.⁴⁹

As seguradoras privadas possuem suas próprias redes de prestadores, sem que o segurado precise esperar muito para ser atendido, e contribui para desafogar o sistema público, em especial as listas de agendamento. O tempo de espera para exames de imagem, no setor privado, é de no máximo dez dias. Para cirurgias eletivas, a média é de 30 dias e, entre o diagnóstico e tratamento de câncer (mama, pulmão e cólon), de 15 dias. Estima-se que o custo por paciente/ano foi de 1.291 Euros, em 2019. Em 2018, o setor privado contou com 57% dos hospitais e mais de 32% dos leitos existentes no país.⁴⁹

Segundo o relatório IDIS⁴⁸, o setor privado é um grande aliado do público e esta cooperação é um grande pilar para garantir a sustentabilidade da assistência na Espanha. Ambos os setores trabalham para criar uma única rede assistencial, acessível e de excelência. A experiência da parceria vivida na pandemia da COVID-19 trouxe maior fortalecimento para esta ideia.

Reino Unido

O Reino Unido é formado por quatro países: Inglaterra, Escócia, Gales e Irlanda do Norte. É membro do G8 e se caracteriza como o segundo mercado financeiro do mundo. Apesar da forte queda do PBI (9%) em 2020, marcada pela pandemia de COVID-19 e pelo Brexit⁵⁰, mostrou boa capacidade de recuperação no decorrer de 2021 (6%).⁵¹

O Sistema Nacional de Saúde (NHS, do inglês National Health System) é responsável pela atenção sanitária dos 67 milhões de habitantes do Reino Unido⁵², respeitando a divisão territorial de cada país constituinte, e oferece cobertura universal e gratuita a praticamente toda a população (92%), e as principais características da APS têm sido constantes desde a criação do NHS, em 1948.

A atenção primária se desenvolve a nível comunitário por meio dos centros de saúde, onde atuam, em média, de quatro a seis médicos generalistas, chamados GPs (do inglês, general practitioner), enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, farmacêuticos e oftalmologistas. Juntos, resolvem aproximadamente 90% das consultas pela metade do custo do seu equivalente em atendimento hospitalar.^{53,54}

Os GPs equivalem aos médicos de família; são profissionais autônomos que prestam serviços ao NHS. Isso implica a responsabilidade efetiva de administrar o centro de saúde como uma pequena empresa. Assim, seus honorários dependem da receita apurada, em pagar seus próprios impostos e não receber benefícios como auxílio-doença, férias e maternidade. Neste sentido, além de estarem envolvidos com o trabalho clínico, compartilham a responsabilidade para a tomada de decisões para a gestão do centro de saúde, incluindo os aspectos financeiros e recursos humanos, entre outros, de modo a garantir um atendimento de alta qualidade à população de sua área de cobertura. Algumas instituições contam com um gerente de negócios, que cumpre funções de gestão financeira, estratégia e política de prática, desenvolvimento de serviços e recrutamento.^{53,54}

A inscrição no NHS se realiza por meio dos GPs, num centro de saúde conforme o código postal da residência do indivíduo.⁵⁵ Há uma divisão estrita entre atendimento primário e especializado. O acesso à atenção hospitalar ou a consultas com os especialistas depende da derivação do GPs. Algumas exceções incluem o atendimento no pronto-socorro e em serviços de saúde sexual.

A maior parte da receita dos GPs deriva de contratos com o NHS. Aproximadamente, 70% da receita da prática vem de capitação (na Inglaterra, a soma nacional per capita, em 2021/22, é de £96,78 por paciente ponderado, com um adicional de £2,18 por paciente registrado para consultórios em Londres). Outros 20% dependem de taxas de pagamento por desempenho (P4P) por meio do QOF (do inglês Quality and Outcomes Framework) e o restante de prestações específicas, como no caso de prestar cuidados às pessoas sem abrigo ou em residências para idosos.⁵⁶

O conjunto de 68 indicadores se relacionam ao atendimento clínico e à experiência do paciente. A metodologia de avaliação do P4P é complexa e está passando por mudanças em consequências da pandemia. Como exemplo, cita-se a alteração das prioridades do QOF, para todas as práticas em 2021/22, feitas pelo NHS da Inglaterra. Todos os detalhes sobre o QOF⁵⁷, as mudanças realizadas e os resultados anuais podem ser consultados no site do NHS Digital, conforme indicações a seguir:

- a) England: <https://qof.digital.nhs.uk/>;
- b) Escócia: <https://www.isdscotland.org/Health-Topics/GeneralPractice/Quality-And-Outcomes-Framework/>;
- c) Gales: <https://gov.wales/general-medical-services-contract-quality-assurance-and-improvement-framework>;
- d) Irlanda do Norte: <https://www.health-ni.gov.uk/topics/doh-statistics-and-research/quality-outcomes-framework-qof>.

Sendo a APS a porta de entrada ao sistema de saúde britânico, o GP representa o seu principal suporte ao prestar atenção primária e referenciar, se necessário, os demais níveis de atenção, de acordo com a complexidade. O NHS local, coordena e organiza os registros médicos de todos os níveis de cuidados para permitir que os GPs ofereçam uma gestão ativa da saúde da sua população adscrita. No prazo de seis meses, após a inscrição no sistema de saúde, as pessoas devem passar por um exame para planejar o cuidado necessário e o acompanhamento, e dois terços das pessoas têm pelo menos uma consulta de cuidados primários por ano. A inscrição gera um perfil da população da abrangência de cada centro de saúde, que é usado para planejar serviços e permitir o pagamento por capitação, como explicado anteriormente.⁵⁸

Dado que as listas de espera do sistema público, às vezes, são extremamente longas, uma parte da população (entre 10% e 13%) possui, adicionalmente, um seguro privado de saúde, seja uma apólice de saúde individual ou familiar. Em geral, o seguro privado é um benefício oferecido pelos empregadores e a proporção da população da cobertura privada varia de acordo com a distribuição geográfica.⁵⁸

Os serviços privados de saúde não estão regulados pelas mesmas regras do NHS, embora tenham a obrigação legal de manter padrões mínimos de qualidade e segurança na atenção, regulados por organismos específicos em cada país constituinte do Reino Unido (Care Quality Commission – England⁵⁹, Healthcare Improvement – Scotland⁶⁰, Healthcare Inspectorate Wales⁶¹ e Regulation and Quality Improvement Authority – North Ireland⁶²). A seguir é apresentado um quadro resumo (Quadro 1) para fins de comparação.

PAIS	POPULAÇÃO	MODELO PREDOMINANTE DO SISTEMA DE SAÚDE	SETORES DO SISTEMA DE SAÚDE	PROVEDORES DO SISTEMA DE SAÚDE	ESTRATÉGIA DE APS
ARGENTINA	45.195.774	Misto	Público	SNS (Federal - saúde é competência dos estados)	APS seletiva (intervenções sanitárias destinadas a grupos de risco específicos, por exemplo, materno-infantil)
			Seguridade Social	Obras Sociais	A APS não é a estratégia adotada.
CHILE	19.116.201	Privado	Privado	Seguradoras privadas ("prepagas")	A APS não é a estratégia adotada. Prestação centrada na atenção hospitalar de alta complexidade, com poucas exceções, como pioneiro modelo de medicina de família do Hospital Italiano de Buenos Aires.
			Público	Fundo Nacional de Saúde (FONASA)	Sistema público. APS adotada Centros de Saúde da Família (CESFAM)
			Seguridade Social	Mutuais	Centro Comunitário de Saúde da Família (CECOSF)
			Privado	ISAPRE Seguradoras privadas	A APS não é a estratégia adotada. Prestação centrada na atenção hospitalar de alta complexidade.
CUBA	11.326.616	Universitária	Forças Armadas	Prestadoras das forças armadas	
			Sem cobertura		
			Público	Sistema Nacional de Saúde (SNS)	Sistema público. APS adotada Consultório de Médico e Enfermeira da Família (MEF)
ESPANHA	46.754.778	Universitária	Público	Sistema Nacional de Saúde (SNS)	Centros de Salud y Centros de Especialidades
			Privado	Seguradoras privadas	Sistema privado a APS não é a estratégia adotada. Prestação centrada na atenção hospitalar de alta complexidade.
REINO UNIDO	97.886.011	Universitária	Público	Sistema Nacional de Saúde (SNS)	APS adotada Centros de Saúde com equipe de medicina de família
			Privado	Seguradoras privadas	Sistema privado a APS não é a estratégia adotada. Prestação centrada na atenção hospitalar de alta complexidade.

Quadro 1: Síntese comparativa das características dos sistemas de saúde

Fonte: Elaborado pelas autoras, com base nas referências consultadas.

REFERÊNCIAS

1. Borges KNG, Oliveira RC, Macedo DAP, Santos JC, Pellizzer LGM. O impacto da pandemia de COVID-19 em indivíduos com doenças crônicas e a sua correlação com o acesso a serviços de saúde. Rev Cient Esc Estadual Saúde Pública Goiás “Candido Santiago” [Internet]. 2020 [acessado em 2022 Jan 22]; 6(3):e 6000013. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/11/1129415/o-impacto-da-pandemia-de-covid-19-em-individuos-com-doencas-cronicas.pdf>
2. Ministerio de Salud de la Nación (AR). Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria Argentina. Sistema de salud. [acessado em 2022 jan. 25]. Disponível em: [https://salud.gob.ar/dels/entradas/sistema-de-salud#:~:text=A%20continuaci%C3%B3n%20se%20presenta%20una,privados%2C%20y%20d\)%20modelo%20asistencialista](https://salud.gob.ar/dels/entradas/sistema-de-salud#:~:text=A%20continuaci%C3%B3n%20se%20presenta%20una,privados%2C%20y%20d)%20modelo%20asistencialista)
3. Lobato LVC, Giovanella, L. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: Giovanella L et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
4. World Health Organization (WHO). The World health report 2000. Health systems: improving performance. World Health Organization.
5. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Para Entender O Pacto Pela Saúde [Internet]. 2006 [acessado em 2022 jan. 21]. Volume I Portaria GM/MMS 399/2006 e Portaria GM/MMS 699/2006. Disponível em: nota técnica 06/2006 <http://www.conass.org.br/admin/arquivos/NT%2006-06.pdf>
6. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.
7. Mendes EV. Os sistemas e serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza. Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
8. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. [acessado em 2022 Jan 13] Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf
9. Dias VRF. O trabalho dos enfermeiros na Saúde Suplementar com Serviços de Atenção Primária à Saúde. In: Ferreira SRS. Atuação do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. 1.ed.-Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. p.237 – 252.
10. Paim JS. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho. Epidemiologia & Saúde, 5ª ed., Rio de Janeiro: MEDSI, 1999, p. 473-487.
11. Organización Mundial de la Salud (OMS). Atención primaria de salud [Internet] 2021. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
12. Malta DC et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. Ciência & Saúde Coletiva, 9(2):433-444, [Internet] 2004. [acessado em 2022 Jan 18]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1054.pdf>
13. Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. [acessado em 2022 Jan 18]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>

14. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo [Internet] 2008 [accesado em 2022 Jan 12]: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. ISBN 978 92 4 3563732. Disponível em: https://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf
15. Organización Panamericana de la Salud (OPAS). Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C: OPS, © [Internet] 2007 [accesado em 2022 Jan 15]. ISBN 92 75 32699 1. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion-Atencion-Primaria-Salud-Américas-OPS.pdf>
16. Starfield B. Primary Care: concept, Evaluation and Policy. New York. Oxford. Oxford University Press. 1992.
17. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde [Internet]. Estratégia Saúde da Família (ESF). [accesado em 2022 Jan 20]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/esf/>
18. Organización Panamericana de la Salud (OPAS)/ Organización Mundial de la Salud (OMS). La Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas N°1. Sistemas de Salud Basados en Atención Primaria en Salud. Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. OMS/OPS, 2008
19. Organización Panamericana de la Salud (OPAS). La atención primaria de salud en el camino hacia la cobertura sanitaria universal: informe de seguimiento 2019: documento de síntesis. World Health Organization. [accesado em 2022 jan. 20]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328919>
20. Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD). Panorama de la salud: Latinoamérica y el Caribe [Internet] 2020. [accesado em 2022 Jan 17]. Disponível em: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/740f9640-es/index.html?itemId=/content/publication/740f9640-es>
21. Almeida G, Artaza O, Donoso N, Fábrega R. La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de la Declaración de Alma-Ata. Rev Panam Salud Publica. 2018 Sep 24;42: e 104. Spanish. doi: 10.26633/RPSP.2018.104.
22. Banco Mundial (AR). Argentina: panorama general [Internet]. Modificado em 4 de out. 2021. [accesado em 2022 Jan 20]. Disponível em: <https://www.bancomundial.org/es/country/argentina/overview#1>
23. Banco Interamericano de Desarrollo Oportunidades para un mayor crecimiento sostenible tras la pandemia. Disponível em: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Informe-macroeconomico-de-America-Latina-y-el-Caribe-2021-Oportunidades-para-un-mayor-crecimiento-sostenible-tras-la-pandemia.pdf>
24. Maceira D. Caracterización del Sistema de Salud Argentino. Debate en el contexto Latinoamericano. Revista Estado y Políticas Públicas [Internet]; 2020 [accesado em 2022 jan. 16]. (14)155-179. Disponível em: <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4536>
25. Ministerio de Salud de la Nación (AR). Programa Médico Obligatorio (PMO). Superintendencia de Servicios. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, Argentina; [Internet] 2020. [accesado em 2022 jan. 15]. Disponível em: <https://www.sssalud.gov.ar/novedades/archivos/documentos/PMO.pdf>
26. Argentina. Oficina de Presupuesto del Congreso. Caracterización del sistema de salud Argentino. Datos de % de cobertura [Internet] 2021. [accesado em 2022 jan. 15]. Disponível em: <https://www.opc.gob.ar/evaluacion-politicas-de-gobierno/caracterizacion-del-sistema-de-salud-argentino/>

27. Ministerio de Salud de la Nación (AR). Rubinstein A. Inauguración de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud 25-10-2018. [Internet] 2018. Disponível em: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/rubinstein-inauguro-la-conferencia-internacional-sobre-atencion-primaria-de-la-salud>
28. Rubinstein A. Sistema de Salud Argentino. Hacia una agenda de reformas pendientes. Cece. [Internet] 2021. [acessado em 2022 jan. 14]. Disponível em: <http://fcece.org.ar/wp-content/uploads/informes/hacia-una-agenda-de-reformas-pendientes-en-el-sistema-de-salud-argentino.pdf>
29. Rubinstein A, Rubinstein F, Botargues M, Barani M, Kopitowski K. A Multimodal Strategy Based on Pay-Per-Performance to improve Quality of Care of Family Practitioners in Argentina. *J Ambulatory Care Manage* Vol. 32, No. 2, pp. 103–114. 2009.
30. Rubinstein A. Promoviendo la Efectividad Clínica para la Medición de Resultados: ¿Una ciencia básica de la práctica médica? *Med. Basada en Evidencia*. Vol.2-No. 6. 2001.
31. Oliveira SC, et al. Relações público-privadas no sistema de saúde do Chile: regulação, financiamento e provisão de serviços. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(10):4529-4540, [Internet] 2021. [Acessado em 2022 jan. 10]. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2021.v26n10/4529-4540/#>
32. Moraga-Cortés F, et al. Gasto em atenção primária à saúde no Chile. *Cad. Saúde Pública* [Internet] 2021; 37(3):e00244719 [acessado 2022 Jan 10]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/xGxL3ZkFTGVgvt7jNvdcTS/?format=pdf&lang=pt>
33. Dois A, Bravo P, et al. Principios orientadores del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario desde la perspectiva de los usuarios. *Rev Med Chile*. 2016;144(5):585-92.
34. Chile. Superintendencia de Salud. Chile [Internet]. Cómo funciona el Sistema de Salud en Chile [acessado em 2022 jan. 17]. Disponível em: <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-article-17328.html>
35. Organización Panamericana de la Salud (OPAS). Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. El camino a centro de salud familiar. Ministerio de Salud. 2008.
36. Clínicas de Chile A.G. Dimensionamiento del sector de salud privado en Chile. [Internet] 2016. [Acessado em 2022 Jan 13]. Disponível em: http://www.clinicasdechile.cl/wpcontent/uploads/2016/03/Dimensionamiento-2016_2-.pdf/
37. Scheffer M. et al. Demografia Médica no Brasil 2020. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, [Internet] 2020. [acessado em 2022 Jan 18] 312 p. ISBN: 978-65-00-12370-8. Disponível em: https://www.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2020_9DEZ.pdf
38. República de Cuba. Banco Central de Cuba. Estudio Económico de Cuba 2021 (I). [Internet] 2021. [acessado em 2022 Jan 22]. Disponível em: <https://www.bc.gob.cu/noticia/estudio-economico-de-cuba-2021-i/1289>
39. López-Ley A. CUBA 2021: Reto sanitario, reforma económica y relaciones con Estados Unidos. Fundación Carolina. [Internet] 2021. [acessado em 2022 Jan 21]. Disponível em: <https://www.fundacioncarolina.es/wp-content/uploads/2021/03/AC-10.-2021.pdf>

40. República de Cuba. Oficina Nacional de Estadística e Información. Anuario Estadístico de Cuba [Internet]. 2021. [acessado em 2022 Jan 18]. Disponível em: <http://www.onei.gob.cu/>
41. Domínguez-Alonso EZE. Análisis de los sistemas de salud de America Latina. 2014. Sistema de salud de Cuba. Unicef. Salud Publica Mex. 2011;53(2).
42. República de Cuba. 2020: Anuario Estadístico de Salud. Ministerio de Salud Pública. La Habana, [Internet] 2021. [acessado em 2022 Jan 16]. Disponível em: <https://files.sld.cu/bvscuba/files/2021/08/Anuario-Estadistico-Espa%C3%B1ol-2020-Definitivo.pdf>
43. Rollo RM, Ramos AR, Rocha CMF, Marchioro MK, Melo RC, Faria MA. Organização de sistemas nacionais de saúde: diferenças e semelhanças entre Brasil e Cuba. Rev. APS, abr./jun. [Internet] 2020; [acessado em 2022 Jan 19] 23 (2): 316 – 334. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16985/22894>
44. España. Instituto Nacional de Estadística. Cifras de Población de España. Últimos datos. [acessado em 2022 Jan 20]. Disponível em: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176951&menu=ultiDatos&idp=1254735572981
45. Fernández M. En España la salud es cada vez más privada. Jornal El Pais. 2019 Mai 05. [internet] 2019. [acessado em 2022 Jan 17]. Disponível em: https://elpais.com/economia/2019/05/03/actualidad/1556897877_211385.html
46. Ministerio de Sanidad (ES), Consumo y Bienestar Social. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2019. [acessado em 2022 Jan 17]. Disponível em: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>
47. Jiménez-Martín S, Andrea-Viola A. El sistema de salud en España en perspectiva comparada. Observatorio de Sanidad Federal. 2014. [acessado em 2022 Jan 17]. Disponível em: <https://www.easp.es/crisis-salud/busqueda/resultados/item/1525-el-sistema-de-salud-en-espana-en-perspectiva-comparada>.
48. Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (ES). Sanidad privada, aportando valor. Análisis de la situación 2020. [Internet] 2020. Informe número 10. [acessado em 2022 Jan 19]. Disponível em: <https://www.fundacionicdis.com/informes/analisis-de-situacion-de-la-sanidad-privada/sanidad-privada-aportando-valor-analisis-de-situacion-2020>
49. Espanha Fácil. Website. Saiba como funciona o sistema de saúde pública e privada na Espanha de 2018 Out 25. [Internet] 2018. [acessado em 2022 Jan 13]. Disponível em: <https://www.espanhafacil.com/blog/saiba-como-funciona-o-sistema-de-saude-publica-e-privada-na-espanha>
50. Financial Time. Brexit one year on: the impact on the UK economy. 2021 Dec 23. [Internet]. 2021. [acessado em 2022 Jan 20]. Disponível em: <https://www.ft.com/content/c6ee4ce2-95b3-4d92-858f-c50566529b5e>
51. Bank of England. The UK economy during Covid-19: insights from the Bank of England's Citizens' Panels. A report from the Chairs of the Bank of England's Citizens' Panels. [Internet] 2021. [acessado em 2022 Jan 14]. Disponível em: <https://www.bankofengland.co.uk/get-involved/citizens-panels/the-uk-economy-during-covid-19-insights-from-the-bank-of-englands-citizens-panels>
52. United Kingdom. Office for National Statistics. Population estimates. Annual population estimates. [Internet]. 2020. [acessado em 2022 Jan 23]. Disponível em: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/populationandmigration/populationestimates>

53. Marshall M. A precious jewel--the role of general practice in the English NHS. *N Engl J Med*. 2015 Mar 5;372(10):893-7. Disponível em: doi 10.1056/NEJMp1411429.
54. Khan N, Rudoler D, McDiarmid M. et al. A pay for performance scheme in primary care: Meta-synthesis of qualitative studies on the provider experiences of the quality and outcomes framework in the UK. *BMC Fam Pract* 21, 142 [Internet] 2020. [acessado em 2022 Jan 21]. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01208-8>
55. United Kingdom. NHS Digital. Registering with a GP. [acessado em 2022 Jan 21]. Disponível em: <https://www.nhs.uk/nhs-services/gps/how-to-register-with-a-gp-surgery/>
56. England. NHS Digital. Quality and Outcomes Framework, 2020-21. 30 Sep 2021. [Internet] 2021. [acessado em 2022 Jan 21]. England. Disponível em <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/quality-and-outcomes-framework-achievement-prevalence-and-exceptions-data/2020-21#>
57. United Kingdom. Country Case Study: United Kingdom with a focus on England. TARSC. 2014. Roland M GB, Thome DC. Primary Medical Care in the United Kingdom. *JABFM*. 2012;25.
58. Doyle Y, Bull A. Role of private sector in United Kingdom healthcare system. *BMJ*. 2000;321(7260):563-565. doi:10.1136/bmj.321.7260.563.
59. England. Care Quality Commission. Website. The independent regulator of health and social care in England. [Internet] 2022. [acessado em 2022 Jan 22]. Disponível em: <https://www.cqc.org.uk/>
60. Scotland. Healthcare Improvement Scotland. Website. [Internet]. 2022. [acessado em 2022 Jan 22]. Disponível em: <https://www.healthcareimprovementscotland.org/>
61. Wales. Healthcare Inspectorate Wales. Website. [Internet]. 2022. [acessado em 2022 Jan 22]. Disponível em: <https://hiw.org.uk/>
62. North Ireland. The Regulation and Quality Improvement Authority. Website. [Internet]. 2022. [acessado em 2022 Jan 22]. Disponível em: <https://www.rqia.org.uk/>