

# O FUTURO DA APS NA SAÚDE SUPLEMENTAR

---

*Data de aceite: 01/01/2024*

**Erno Harzheim**

**Bernardo João Rachadel Júnior**

**Kátia Audi Curci**

**Vilma Regina Freitas Gonçalves Dias**

## INTRODUÇÃO

Este capítulo apresenta uma análise do avanço da Atenção Primária à Saúde (APS) no mercado da Saúde Suplementar. Optou-se por realizar uma contextualização dos movimentos realizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ao estimular esta prática e como as Operadoras de Planos de Saúde (OPS) estão organizando clínicas e serviços de APS e/ou reorganizando seus sistemas de atenção à saúde. A partir disso, elencou-se as principais lacunas e desafios para o fortalecimento da APS na Saúde Suplementar e, ao final, apontam-se os potenciais caminhos do futuro para esse fortalecimento.

A APS é definida como o primeiro nível (centro de comunicação e coordenação) de atenção/cuidado dentro do sistema (acesso de primeiro contato), caracterizando-se, principalmente, pela longitudinalidade e integralidade da atenção e a coordenação da assistência dentro do próprio sistema de saúde<sup>1,2</sup>. Pode contar com características complementares como a orientação familiar e comunitária e a competência cultural. A APS objetiva otimizar a saúde dos indivíduos e da população, ser o centro de comunicação da rede assistencial e proporcionar equidade na distribuição de recursos, tanto recursos próprios do cuidado como financeiros.

A partir desse conceito, percebe-se a distância que separa o momento atual da Saúde Suplementar de um cenário em que a APS seria a alavanca que reorganiza o modelo assistencial. O mercado da Saúde Suplementar é, historicamente, focado no modelo curativo, com uso de rede credenciada sem a navegação dos beneficiários, cuidando de sintomas e doenças<sup>3</sup>. Há escassa abordagem

preventiva e de promoção da saúde sistematizadas e embasadas nas melhores evidências científicas disponíveis.

A prática de uma APS de qualidade, resolutive e que atua como orquestradora do sistema de saúde exige que sua operacionalização contemple aspectos específicos, como os atributos essenciais e derivados da APS. Além de processos e recursos que atuem sobre a composição e integração da rede de prestadores (RAS)<sup>4</sup>, imprescindivelmente baseados em sistemas informatizados com base em plataformas de interoperabilidade, com determinação clara da carteira de beneficiários e mensuração dos resultados e aliados a formas de pagamento com base na qualidade do cuidado prestado (*value-based health care*).

Atualmente, na Saúde Suplementar existem OPS que implementaram a APS com equipe e estrutura próprias; algumas que contratam empresas do mercado para atuar em sua estrutura; outras que optam por organizações que fornecem toda estrutura e, também, as que contratam apenas o processo de gestão dos serviços. Nesta diversidade, encontramos serviços de APS que são remunerados por vida; outros remunerados parcialmente por vida e parcialmente por resultado (com grande variedade dos indicadores que compõem este cardápio) e aqueles no modelo *fee-for-service*. Além disso, a polissemia, ainda infelizmente presente, que cerca o conceito de APS no Brasil faz com que algumas OPS e empresas intitulem de APS algo que não é, nem deveria ser. Diante deste cenário, é fundamental compreender o que é e o que não é APS e quais caminhos futuros podem ser traçados para fortalecê-la na Saúde Suplementar.

## CONTEXTO ATUAL DA APS NA SAÚDE SUPLEMENTAR

### Caminho percorrido

A Lei nº 9.656 de 1998, que regulamenta os produtos (planos) na Saúde Suplementar, trouxe um novo cenário, pois garantiu o ordenamento necessário do setor, ampliando o cuidado assistencial oferecido pelos planos privados de assistência à saúde aos seus beneficiários. O aprimoramento das normas editadas, ao longo dos anos, vem na tentativa de incentivar a melhoria da qualidade da assistência e buscar a sustentabilidade da área.

Posteriormente, com a criação da ANS<sup>6</sup>, em 2000, o setor passou a ter mais sintonia com o Sistema Único de Saúde (SUS), identificando e tratando alguns problemas de forma sistêmica e, dentre estes, o quanto o modelo de cuidado centrado no curativo, fragmentado e sem a APS como orquestradora, era gerador de desperdícios, elevados custos e com qualidade assistencial aquém do que deveria existir. Surgiu, assim, a oportunidade para que o setor de saúde privado brasileiro, em que pesasse fatores culturais próprios, pudesse incorporar algumas novas formas de organizar o sistema de saúde e colocá-lo ao alcance das pessoas.

Outros pontos que corroboram para esta ampliação da APS neste mercado são a ausência da coordenação e da antecipação de cuidado devido ao modelo atual, a dificuldade de sustentabilidade dos planos de saúde e o potencial de resolutividade da APS. A ANS tem incentivado a adoção de estratégias similares à APS. As primeiras políticas indutoras<sup>7</sup> foram criadas em 2005, por meio dos programas com objetivo de promover a saúde e prevenir doenças (Promoprev), voltados para grupos de risco específicos, incluindo os doentes crônicos. Mas cabe salientar que só é possível mudar o modelo assistencial se a APS atuar como verdadeira entrada do sistema, com uma carteira de serviços ampla e com alocação de poder suficiente para que ela possa garantir a longitudinalidade e a coordenação do cuidado das pessoas. Estratégias somente de promoção e prevenção não são APS.

Assim, as operadoras brasileiras começaram a estruturar a APS como programas de saúde e outras, como produto. Algumas de forma mais organizada, outras, mais intuitivamente, buscando alterar o modelo de remuneração *fee-for-service*, historicamente praticado neste mercado; e há uma parcela com o intuito de reduzir seus custos e minimizar os desperdícios.

Segundo o Laboratório de Inovação<sup>8</sup> Sobre Experiências em Atenção Primária na Saúde Suplementar, *“uma das inspirações para tais mudanças assistenciais têm sido as Accountable Care Organizations, ACO norte americanas que fazem parte do Affordable Care Act (“Obamacare”), tendo como propósito dividir com o gestor do serviço e com o próprio médico da APS a responsabilidade pela gestão da carteira de pacientes”* - a Figura 1 traz as ações da ANS para a Saúde Suplementar, buscando estimular as OPS para a prática da APS.



Figura 1: Trajetória das regras da ANS com vistas a estimular a APS na SS.

Fonte: elaboração dos autores.

A criação de APS como produto da Saúde Suplementar segue a Resolução CONSU 08 (1998)<sup>9</sup>, que dispõe sobre as regras gerais dos produtos que as OPS podem oferecer ao mercado. Define que não podem impor fator restritor severo ao acesso aos serviços, nem na utilização dos recursos no cuidado à saúde. Considera que *“porta de entrada, direcionamento, referenciamento ou hierarquização de acesso são mecanismos de regulação e, portanto, as OPS deverão informar clara e previamente ao consumidor sobre tal arranjo”*<sup>9</sup>.

Outra Resolução Normativa (RN) que precisa ser contemplada na organização da APS é a RN 259 (2011)<sup>10</sup>, que regulamenta a garantia de atendimento dos beneficiários na rede de assistência e traz que as OPS deverão garantir o acesso do beneficiário aos serviços e procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, além das coberturas contratadas. Ela determina as políticas e penalizações de acordo com o que rege o contrato do produto, que, por sua vez, devem estar alinhados às normas mencionadas.

## **APS nas operadoras de planos de saúde**

Existem, atualmente, oito modalidades de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde classificadas conforme constituição e natureza. São elas:

1. Autogestão – Oferece cobertura a um grupo fechado, composto exclusivamente por empregados, aposentados, pensionistas ou ex-empregados de empresas, associações, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais e seus dependentes. Pode montar uma rede de serviços (hospitais, clínicas, laboratórios) própria ou contratar outros para atender seus beneficiários.
2. Cooperativa médica - Segue a mesma lógica de outras cooperativas. É uma entidade formada por médicos (cooperados), que se unem para, além de prestar serviços de saúde, comercializar e operar planos. Pode montar uma rede de serviços (hospitais, clínicas, laboratórios) própria ou contratar outros para atender seus beneficiários.
3. Filantropia – Trata-se das iniciativas de entidades filantrópicas de fato, que montam uma operadora com a finalidade de gerar receitas para a entidade assistencial filantrópica que tem o certificado do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS).
4. Seguradora especializada em saúde - Empresa seguradora que comercializa seguros de assistência à saúde ou opera seguros que preveja a garantia de assistência à saúde. Os seguros de saúde, além de sua rede credenciada, praticam o reembolso com valor vinculado ao tipo de contrato. Seguradoras não podem ter rede própria.
5. Medicina de grupo - Neste, temos todas as operadoras que não se enquadram nas demais modalidades. O beneficiário faz uso de uma estrutura própria e/ou contratada pela operadora.

6. Administradora de benefícios - Regulada pela ANS, atua como estipulante ou prestadora de serviço de empresas, órgãos públicos ou entidades de classes profissionais que desejam contratar um plano de saúde coletivo, auxiliando-os a proporcionar acesso à saúde para a população a eles vinculada. (Artigo 2º da RN 196/2009 ANS)<sup>11</sup>.
7. Cooperativa odontológica - Operadora que se constitui em associação de odontólogos e comercializa ou opera planos de assistência exclusivamente odontológicos.
8. Odontologia de grupo - Modalidade na qual se enquadram empresas que comercializam planos exclusivamente odontológicos, excetuando-se as cooperativas odontológicas. Pode constituir uma rede de serviços própria ou contratar terceiros.

As diversas modalidades de OPS disponibilizam uma diversidade de arranjos para a comercialização do produto com coberturas diferentes (representada na Figura 2), no que tange a:

A. Contratação: a) individual ou familiar; b) coletivo empresarial; ou c) coletivo por adesão.

B. Tipos de cobertura assistencial ou amplitude da cobertura assistencial que pode ser contratada de acordo com a segmentação abaixo:

- Ambulatorial – Cobre consultas médicas em clínicas básicas e especializadas, apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e no contrato assinado com a empresa operadora do plano de saúde;

- Hospitalar com obstetrícia - Garante a prestação de serviços à saúde, em regime de internação hospitalar, que compreende atenção ao parto, às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde (OMS), e aos procedimentos determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato. Para os celebrados a partir de 1998, não há limite de tempo de internação, sendo garantida a cobertura assistencial ao recém-nascido filho natural ou adotivo do contratante, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 dias após o parto;

- Hospitalar sem obstetrícia – Tem a cobertura em regime de internação hospitalar, que compreende as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da OMS, com exceção da atenção ao parto, e dos procedimentos determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato;

- Referência – Possui cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar com obstetrícia em acomodação do tipo enfermaria. Sua cobertura mínima prevê atendimento de urgência e emergência integral já 24 horas após sua contratação;

- Odontológico - Cobre procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos e definidos, obrigatoriamente, no contrato, realizados em ambiente

ambulatorial. Ressalte-se que os procedimentos precisam estar listados no contrato.

C. Abrangência geográfica - Os planos podem ter cobertura nacional, estadual, grupo de estados, municipal, ou grupo de municípios.

D. Mecanismo de regulação: com coparticipação e/ou franquia.

A Figura 2 ilustra a diversidade apontada acima.

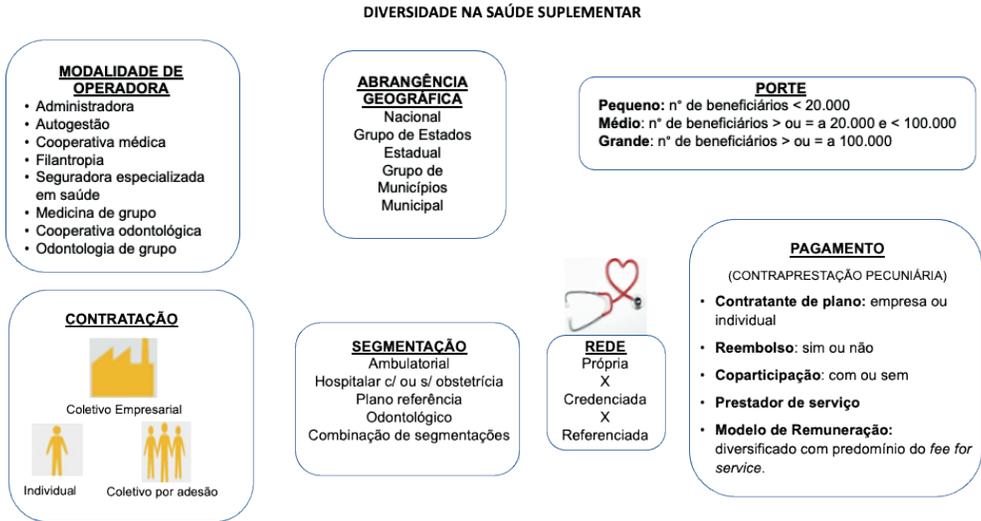


Figura 2 - Diversidade na Saúde Suplementar.

Fonte: os autores.

Nos casos em que a operadora optar por organizar o modelo de atenção definindo o direcionamento para a rede assistencial com “porta de entrada”, isto deve estar explícito no contrato e deverá ser informado ao beneficiário, conforme estabelecido na Resolução CONSU n.º 8/1998<sup>9</sup>, que dispõe sobre mecanismos de regulação nos planos privados de assistência à saúde. Este é um passo fundamental rumo à mudança de modelo assistencial com base em APS.

Conforme pode-se observar, todas as modalidades de OPS podem organizar sua rede de prestadores de serviços de saúde com APS, seja própria (exceto seguradoras) ou contratadas. Mas, para tanto, é preciso que as OPS construam junto com seus clientes e patrocinadores novos modelos de organização de sistemas de saúde que visem atingir os objetivos possíveis de serem atendidos pela APS, como tratado ao longo deste livro.

Visando estimular este movimento, a ANS lançou a RN 440, que foi revogada pela RN 506<sup>12</sup>, que instituiu, em 2018, o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. Este possui em seu escopo as etapas e tipos de certificação que as OPS podem receber, a depender do modo

que ofertam serviços, ações e produtos de APS. As regras especificadas propiciam às operadoras certificações que demonstram o quanto elas avançaram na disponibilização da APS para seus beneficiários, como pode ser aprofundado no Capítulo 5.

Atualmente, existem 20 operadoras com projeto piloto<sup>13</sup> para certificação em APS inscritas na ANS e quatro já certificadas: sendo uma com certificação básica em APS, Nível III, incluindo adultos e idosos, uma com certificação intermediária em APS, Nível II, englobando adultos e idosos; crianças e adolescentes e pré-natal e puerpério, e duas com certificação plena em APS, Nível I, abrangendo toda a carteira de beneficiários independentemente da faixa etária e da condição de saúde. Esse número é flutuante, pois a qualquer momento outros projetos podem ter sido inscritos, ou, por outro lado, descontinuados.

Entretanto, muito além do processo de certificação, sabe-se que há muitas OPS com oferta de serviços de APS, próprios ou contratados. O mercado de APS, na Saúde Suplementar, encontra-se aquecido. Há várias empresas oferecendo serviços de APS para as Operadoras de Planos de Saúde e Empresas. Nestas últimas, há a perspectiva de oferecer APS em espaços dentro delas, onde, até então, só existiam serviços relacionados à Saúde Ocupacional. Não é objeto deste capítulo analisar este item, mas há muito o que ser explorado e discutido neste campo. Atualmente, não se conhece o total de empresas e de OPS que estão com serviços de APS em funcionamento, tampouco se tem clareza das práticas e dos resultados obtidos na jornada.

Conforme já abordado nos capítulos anteriores, operacionalizar serviços de APS exige uma série de requisitos, métodos e tecnologias, não bastando apenas alterar o nome do serviço ou dizer que pratica APS. É preciso mudar a forma de funcionamento, de cuidar das pessoas, de se relacionar com a rede prestadora, de monitorar e avaliar os resultados, entre outros. Não parece haver muitas estratégias de APS no mercado da Saúde Suplementar com robustez nestes quesitos.

Em 2018, o Laboratório de Inovação Sobre Experiências em Atenção Primária na Saúde Suplementar<sup>6</sup> realizou um trabalho para conhecer e avaliar as experiências de APS na Saúde Suplementar. Recebeu 41 experiências e 12 delas foram consideradas como inovadoras na organização de seus serviços, a partir da identificação dos atributos da APS, apresentando indicadores de processo e resultados. Também foram selecionadas seis experiências com atributos da APS, porém, ainda sem resultados demonstrados, devido ao curto tempo de implementação à época.

## **LACUNAS E DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO DA APS NA SAÚDE SUPLEMENTAR**

As principais lacunas e desafios existentes para alcançarmos um cenário com presença e extensão forte dos atributos da APS na Saúde Suplementar são:

- Centralização dos processos assistenciais nas pessoas;
- Disseminação e compreensão de conceito da APS, seus princípios e atributos;
- Ajuste das expectativas organizacionais, tanto assistenciais como financeiras, na adoção de modelos de atenção baseados na APS;
- Modelo de remuneração/pagamento/financiamento das equipes de APS;
- Operacionalização assistencial da APS relacionada à lista de pacientes; composição da equipe multidisciplinar; organização do acesso e da agenda; processos assistenciais baseados em evidências e linhas de cuidado; continuidade do cuidado e ambiente de confiança entre beneficiários e equipe; fluxo dos beneficiários hierarquizado e coordenado na rede de prestadores;
- Cuidado das condições crônicas, dos problemas de saúde mental e a abordagem do envelhecimento populacional;
- Incorporação de novas tecnologias assistenciais;
- Disponibilidade de profissionais especialistas em APS: médicos de família, enfermeiros, farmacêuticos, gestores, entre outros;
- Sistema de informações, prontuário eletrônico, digitalização e automação de processos assistenciais e uso da telemedicina;
- Monitoramento e avaliação baseados em indicadores que representem a aquisição de valor em saúde;
- Cultura de livre utilização dos planos de saúde pelos beneficiários;
- Gestão oportuna da saúde da população adscrita.

A oferta de serviços e os modelos de cuidados baseados em APS operacionalizados na Saúde Suplementar ainda estão na fase de implementação. Mesmo nas operadoras em que a APS é praticada há mais tempo, a oferta desta modalidade de cuidado ainda não cobre toda carteira de beneficiários do plano (incluindo os que não utilizam os serviços, pois não podem deixar de receber cuidados em saúde) e a política interna de existência se mostra muito sensível ao direcionamento de cada gestão.

A APS é ainda, como já dito, um termo polissemico. Esta polissemia poderia ser reduzida por meio de um processo de disseminação do conceito, objetivos e atributos da APS citados no início deste capítulo e aprofundados no Capítulo 2. Além disso, as expectativas que cercam os gestores de serviços de saúde e de OPS sobre a APS são muitas vezes imediatistas e de curto prazo. APS é uma estratégia individual e populacional simultânea. Desta forma, quanto maior a proporção de beneficiários de um plano de saúde que estiver sob gestão clínica de equipes de APS, maior será o impacto desses times sobre a saúde populacional e a consequente sinistralidade. Além disso, Kringos et al (2013)<sup>14</sup> apontaram com clareza que sistemas de saúde fortemente embasados em APS conseguem conter a escalada dos custos em saúde, mas não reduzir gastos atuais.

Concorrente às expectativas de impacto financeiro de adoção da APS como organizadora do processo assistencial é essencial definir a maneira de pagamento/remuneração/financiamento, que pode ser emulada como a forma de oferta de um produto de APS ao mercado. É fundamental que o financiamento das equipes de APS parta de um modelo misto que alie captação, pagamento por desempenho e incentivos específicos (com viés *fee-for-service*), como nos países pertencentes à Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE)<sup>15</sup> e a recente mudança do financiamento da APS no SUS, por meio do Previne Brasil<sup>16</sup>.

Uma das formas de garantir maior robustez às iniciativas de APS na Saúde Suplementar é transformá-la no núcleo de organização da rede de cuidados, a exemplo do que é praticado em vários países. Isto implica em oferecer as ferramentas necessárias para que as equipes de APS exerçam com excelência seu trabalho, assim como possibilitar que esses times tenham maior poder de coordenação do fluxo assistencial dos beneficiários, na rede credenciada.

Para tanto, inúmeros ajustes operacionais são necessários e serão detalhados na próxima seção ao se apresentar os potenciais caminhos de futuro da APS na Saúde Suplementar. Adicionalmente, outro ponto tão crítico como o modelo de financiamento da APS é o método de monitoramento e avaliação que será empregado para aferir sua adequação conceitual e seus resultados. Neste sentido, um forte comprometimento com os atributos da APS, por meio do uso de instrumentos como PCATool-Brasil, e com resultados em saúde, mensurados por meio de *KPI's (Key Performance Indicator das Accountables Care Organizations)*, são fundamentais.

Outro aspecto que precisa de mais atenção é a forma como o mercado da Saúde Suplementar trabalha a Gestão de Saúde Populacional. Conhecer de forma pormenorizada o perfil epidemiológico e demográfico das carteiras, assim como a trajetória clínica que os pacientes com as doenças mais prevalentes percorrem, é de suma importância para a tomada de decisão acerca da adequação da prática das equipes de APS e da rede credenciada. E, nestes pontos, a coordenação de cuidado é basilar, com adoção de protocolos e linhas de cuidado, pactuados com a rede prestadora.

Mais dois itens a se considerar, além do perfil das carteiras, são a oferta de profissionais especializados em APS e a composição dos times. Há clínicas e serviços com médicos de família ou com generalistas da medicina e da enfermagem, outros agregam especialidades e há os que trabalham com nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, entre outros. Importante registrar que um dos fatores determinantes da composição da equipe ou time é o perfil e a atividade laboral da carteira, ou seja, quanto mais envelhecida, pode-se ter mais doenças crônicas, fato que favorece a incorporação de algumas especialidades médicas e profissões da área da saúde às equipes de APS. Entretanto, o encaminhamento para consulta com esses especialistas deve seguir a mesma lógica de referenciamento para quando o especialista está na rede. É imprescindível medir

os resultados dos trabalhos de todos, considerando os indicadores que demonstram a melhoria (ou não) do nível de saúde da população usuária e mensuram os desfechos intermediários.

A quantidade de profissionais precisa estar alinhada ao perfil da carteira também. Uma das formas de ajuste da carteira à oferta do time de APS é a fórmula de Carr-Hill<sup>17</sup> para afiliar as pessoas aos médicos de família, ponderando, assim, o gênero e a idade com o número de beneficiários por médico. Na saúde, o critério de adscrição por equipe varia muito e nem todos os *players* utilizam a fórmula de Carr-Hill. Alguns não possuem população adscrita por médico/equipe, assim como nem todos trabalham com a efetiva Gestão de Saúde Populacional.

Com formas diferentes de estruturação e de operacionalização da APS, torna-se óbvio a dificuldade de avaliar os benefícios. O capítulo 4 deste livro detalha sobre o monitoramento e a avaliação, apontando que é imperioso ter indicadores mínimos pactuados pelo mercado para mensurar estrutura e processos, mas fundamentalmente os resultados. Hoje, a própria ANS desconhece o que ocorre, pois nem todos os serviços de APS estão registrados na agência, uma vez que não há esta obrigatoriedade e poucos estão assim cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Em relação à disponibilidade de informações para tomada de decisão, o primeiro passo para conhecer o estado da arte da APS na Saúde Suplementar passa pela definição de indicadores que reflitam a força da APS, assim como os resultados em saúde e financeiros alcançados. Além disso, para a obtenção de indicadores sólidos e confiáveis para a gestão dos serviços de APS, é essencial compreender e consolidar o fluxo completo dos dados, considerando desde sua origem até a composição final, e os modelos informacionais para apoio à decisão. A falta de compreensão sobre os processos de geração de informação pode produzir entraves para a operação e gestão do serviço de APS.

Um dos pontos críticos para que esse processo ocorra adequadamente é a interoperabilidade dos dados administrativos e assistenciais. Integrar operacional e semanticamente as informações de origens distintas pode ser um desafio, dependendo da temática em questão. Para alguns tipos de comunicação, têm-se protocolos maduros e difundidos. No entanto, para outros, há protocolos pouco difundidos não padronizados para a mesma comunicação ou inexistente.

No cenário da Saúde Suplementar brasileira, tem-se, por exemplo, o protocolo de Troca de Informações de Saúde Suplementar (TISS). Este, por sua vez, foi instituído desde 2005 pela RN nº 114/2005 em sua primeira versão, pois esta foi revogada e atualmente a TISS é orientada pela RN Nº 501, de 30 de março de 2022<sup>18</sup>. Com enfoque administrativo e financeiro, este protocolo soluciona a comunicação entre operadoras, prestadores e ANS quanto às obrigações legais. Além disso, garante a interoperabilidade entre sistemas de operadoras de saúde e sua rede prestadora. Em paralelo, o Ministério da Saúde (MS) tem investido esforços na plataforma da Rede Nacional de Dados de Saúde (RNDS), que visa a

interoperabilidade em saúde e foi instituída por meio da Portaria GM/MS nº 1.434, de 28 de maio de 2020<sup>19</sup>. Apesar de recente, ela é peça-chave da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil (2020 – 2028).<sup>20</sup> Dentre os eixos relacionados ao RNDS, estão: “*Ações do MS para o SUS, Definição de Diretrizes para Colaboração e Implantação do Espaço de Colaboração*”, sendo que a aplicação aborda o setor público e privado.

Os protocolos apresentados são exemplos de importantes iniciativas para a interoperabilidade de dados. Para a APS, este intercâmbio de dados e informações é fator fundamental, já que idealmente ela deve funcionar como a entrada única para todo o sistema de saúde da operadora. Sendo assim, para que haja uma efetiva coordenação do cuidado e navegação do paciente, por exemplo, é imprescindível que os prestadores da rede compartilhem as informações preferencialmente *on time*. O acesso compartilhado, além de evitar desperdícios, garante melhor conduta dos profissionais de saúde, fortalece o cuidado em rede e a segurança do paciente. Já quanto à navegação do cuidado, a atenção fica voltada para ter a informação correta e em tempo oportuno, para que a assistência seja prestada tempestivamente. A partir do momento que o paciente é direcionado para fora da APS, as ações e os registros precisam ser compartilhados para a adequada operacionalização do serviço. A interoperabilidade entre sistemas, ainda, garante segurança e agilidade nos trâmites de dados dentro do ecossistema de saúde e deve seguir o marco legal atual da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD)<sup>21</sup> quanto à privacidade e confidencialidade dos dados do indivíduo.

## **O CAMINHO DA CONSTRUÇÃO DO FUTURO DA APS NA SAÚDE SUPLEMENTAR**

Ao se observar a realidade atual da Saúde Suplementar, percebe-se nitidamente uma aposta do setor em estratégias de APS para a busca da qualidade assistencial e da sustentabilidade dos planos de saúde. Neste sentido, promover a aceitação dos beneficiários a novas formas de organização do modelo assistencial é crucial. Importante aliar a introdução de novas estratégias de APS com o uso de indicadores e sistemas de monitoramento e avaliação que permitam medir o impacto das inovações dentro de um prazo razoável, e com denominador populacional suficiente e compatível ao se comparar as diferenças entre os modelos.

Para a efetivação da APS na Saúde Suplementar, é imperativo que se radicalize na presença e extensão de seus atributos essenciais. O acesso dos beneficiários às equipes de APS (e suas estratégias de apoio) durante as 24 horas do dia, nos sete dias da semana, deve ser uma obsessão. Esta é uma dificuldade ao se oferecer APS a um número reduzido de beneficiários. Mas, ao disponibilizar APS a uma carteira de beneficiários maior, é possível agregar times de APS em apoio uns aos outros, além de mecanismos de acesso ligados às tecnologias de informação (telefone, email, WhatsApp, apps etc.), assim como serviços de atendimento pré-clínico. A automatização e robotização desses últimos é uma tendência já

evidente que deve ser reforçada. Todas essas estratégias de acesso produzirão resultados se o fluxo de informações clínicas geradas em cada entrada do beneficiário no sistema abastecer a equipe de APS, responsável pela gestão da saúde dos indivíduos.

Nesta linha, as equipes de APS devem ter composição centrada nos médicos de família ou generalista, nos enfermeiros e nos farmacêuticos, principalmente frente a epidemia de condições crônicas. Outras profissões e especialidades, como pediatria e ginecologia, dependerão do padrão etário, laboral e cultural da carteira de beneficiários. É importante que as diferentes equipes de APS trabalhem integradas e tenham acesso ao prontuário eletrônico comum para serem retaguarda assistencial uns dos outros, a fim de permitir o amplo acesso dos beneficiários.

Para se mudar a cultura da busca de serviços de um modelo *fee-for-service* para um baseado em APS, os beneficiários do plano de saúde precisam perceber nitidamente que há ganhos nesta troca. Neste sentido, amplo acesso, resolutividade e forte relação médico-paciente (equipe-paciente) – baseada no método clínico centrado na pessoa, com disponibilidade das informações da trajetória assistencial delas – podem ser de grande valia. É importante, também, que os beneficiários tenham conforto físico e de tempo na busca pelas equipes de APS. Isto passa por gerenciar a espera por consultas, assim como utilizar modelos de agenda focados nas lacunas de cuidados e nas necessidades das pessoas, como o acesso avançado ou o modelo *carve-out* (no qual um percentual de vagas é reservado para consultas de demanda espontânea). Além disso, o acesso a clínicas e a serviços de APS que funcionem como *one stop shop*, isto é, onde os beneficiários possam resolver a grande maioria dos seus problemas e necessidades, como consultas com o time de APS, com as especialidades mais demandadas (pelo perfil da carteira, respeitando o fluxo detalhado acima), a coleta de exames laboratoriais, a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, fisioterapia etc. Importante registrar que o tamanho da clínica, o número e a diversidade dos serviços/profissionais precisam estar alinhados à cobertura dos beneficiários, para que não haja oferta de ações/serviços sem a real necessidade. Outro ponto crucial é garantir que os serviços estejam ao alcance de todas as pessoas e, neste sentido, cuidar para que atendimentos de longa duração não ocupem a agenda dos profissionais com um número restrito de beneficiários.

Todo esse processo precisa ter linhas de cuidado informatizadas acerca das principais condições de saúde. Isto garante a transparência do processo, facilita a comunicação dos times de APS com as pessoas e a navegação, permitindo a produção de indicadores baseados em valor em saúde. Essas linhas de cuidado e a disponibilidade de informação clínica de toda ou grande parte da trajetória assistencial são cruciais para a coordenação do cuidado. Além disso, mecanismos de navegação do paciente (monitoramento de crônicos, auxílio na condução pela linha de cuidado, telemonitoramento, uso de apps com lembreadores eletrônicos e automatizados, rastreamentos baseados em evidência sistematizados, entre outros) e mecanismos de coordenação assistencial (ampla comunicação entre médicos

de APS e especialistas, atividades de desenvolvimento profissional contínuo conjuntas, personalização da comunicação na rede credenciada, construção conjunta de protocolos assistenciais) garantem maior chance de êxito a esse atributo tão relevante frente o envelhecimento populacional, a epidemia de condições crônicas e os problemas de saúde mental, assim como diante da existência de beneficiários que super utilizam os recursos sanitários.

Outra questão a ser priorizada é a possibilidade de garantir graus de liberdade de escolha aos beneficiários. A possibilidade de o paciente escolher ou trocar seu time de APS, em especial, seu médico de família, assim como ter mais de uma opção por médicos especialistas e profissionais da área da saúde, todos regidos pela mesma cultura assistencial, diminui a resistência da passagem da livre escolha para o modelo hierarquizado que caracteriza a APS.

A percepção dos beneficiários de estar frente a uma *one stop shop* nas clínicas e nos serviços onde as equipes de APS fazem atendimento presencial pode ser intensificada com a incorporação de tecnologias assistenciais contemporâneas pelos próprios times de APS. Pode-se lançar mão da estratégia do *general practitioner with special interests*<sup>22</sup>, médicos de família com interesses especiais, na qual generalistas se ‘especializam’ em procedimentos e ampliam o escopo da carteira de serviços que é oferecida aos beneficiários. Isto também pode ser facilitado pela automatização de processos assistenciais via tecnologia. Desta forma, por exemplo, a realização de análise automatizada de fundo de olho em diabéticos e com uso de inteligência artificial, o uso de ultrassonografia como auxiliar para realização de infiltrações articulares, a prática de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, biópsias, infusões, sondagens, curativos etc. podem ser oferecidos nas clínicas de APS e atrair os beneficiários.

Mais um ponto a ser enfatizado deve ser a substituição, sempre que possível, de toda ação assistencial presencial por ação de telemedicina e/ou telessaúde. Idealmente, seria uma medida de eficiência estabelecer protocolos em que os beneficiários pudessem ter primeiro seus problemas avaliados por teleconsultas antes da consulta presencial, tanto na medicina de família como com especialistas. No caso dos encaminhamentos para especialistas que não trabalham na clínica ou serviços de APS presenciais, a construção de consultórios virtuais com equipamentos de semiologia médica à distância facilitaria o acesso aos especialistas, gerariam ganho de tempo e conforto para todos os envolvidos, assim como seriam mais um ponto de atração dos beneficiários às clínicas e aos serviços de APS.

No que tange à incorporação de tecnologias de cuidado aos times de APS, deve-se ter em mente uma análise de custo-efetividade e custo-benefício da oferta de novas drogas e estratégias de cuidado que, mesmo com gasto elevado, podem representar benefício terapêutico e econômico, por aumentar a adesão e garantir êxito de tratamentos. Nos próximos anos, inúmeras inovações terapêuticas de uso parenteral (endovenoso,

subcutâneo, implantes) de baixa frequência temporal, e de nutrição especializada, substituirão medicamentos de uso diário e poderão trazer o duplo benefício citado.

Obviamente, muitas dessas estratégias que já são utilizadas em algumas OPS, e outras que ainda não, só terão chance de êxito com o fluxo de informações assistenciais por toda a rede de atendimento. Já abordamos a necessidade do uso de prontuários eletrônicos, interoperáveis entre si e com os sistemas administrativos, com o intuito de fomentar o uso de informações para a tomada de decisão clínica e gerencial. Este seria o escopo da implantação e/ou desenvolvimento de Registros Eletrônicos em Saúde. No entanto, alguma informação é melhor do que nenhuma. Assim, a busca por um cenário ideal da oferta de informações clínicas e gerenciais não deve ser um impeditivo para a digitalização crescente e progressiva de ambos os processos, sempre tentando garantir a maior confiabilidade possível dos dados e o respeito à confidencialidade, por meio da aplicação da LGPD.

Já foi abordada a necessidade de municiar os times de APS com ferramentas de cuidado que possam ampliar sua resolutividade, o que inclui o suporte de especialistas e de uso de algoritmos clínicos, lembreadores e inteligência artificial junto aos prontuários eletrônicos. Mas, também, é necessário garantir, além do estímulo do ambiente físico e da qualidade do trabalho cuidado, o fomento financeiro para a busca incessante pela resolutividade e qualidade. Desta forma, os sistemas de remuneração/pagamento das equipes de APS devem ser mistos, com a maior parte baseada na capitação, isto é, no tamanho e distribuição por sexo e idade da carteira de beneficiários sob cuidado. Os demais componentes da remuneração devem estar relacionados à resolutividade, ao pagamento por desempenho medido por meio de indicadores de resultado de algumas condições de saúde, com ênfase nas interações sensíveis à APS e indicadores globais de qualidade como *Net Promoter Score* (NPS) e o próprio PCATool-Brasil. A fim de incorporar ações e procedimentos que não são ainda oferecidas pelos times de APS, estratégias de pagamento do tipo *fee-for-service* podem ser utilizadas temporariamente.

Os indicadores utilizados para a remuneração das equipes de APS devem ser o embrião dos indicadores de processo e, principalmente, de resultados, utilizados para a gestão das carteiras vinculadas à APS. Nesta direção, os indicadores selecionados devem ser aqueles que meçam a força da APS (PCATool-Brasil), a cobertura dos beneficiários, os desfechos intermediários, o NPS e indicadores que reflitam valor em saúde (*Value-Based Healthcare* - VBHC).

Para finalizar, a base de todos esses processos deve ser o estudo dos aspectos sociodemográficos e de saúde da carteira de beneficiários. Para isso, será cada vez mais importante lançar mão de ferramentas da epidemiologia, da ciência de dados, do uso de *big data* e da inteligência artificial para mapear as necessidades em saúde da população sob cuidado, mas principalmente para se antecipar aos eventos mórbidos.