

Atenção Primária à Saúde (APS) na Saúde Suplementar

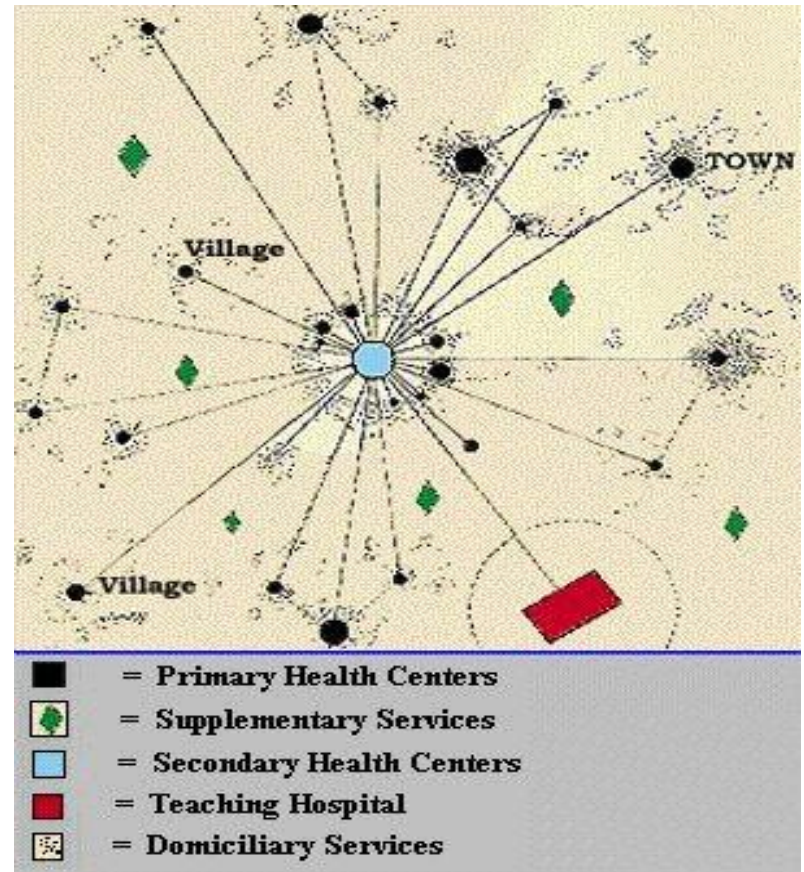
Gustavo Gusso

**Professor de Clínica Geral e Propedêutica
da FMUSP**

Diretor Médico da Nexa Digital

O que define Atenção Primária à Saúde?

- Acesso
- Coordenação
- Longitudinalidade
- Cuidado Abrangente



Relatório Dawson - 1920

O que NÃO define Atenção Primária à Saúde?

- Pobreza
- Crônico
- Prevenção



Bases do Sistema de Saúde

Mutualidade ↔ Equidade: todos pagam para alguns usarem

Gestão Clínica: paciente certo, no lugar certo, na hora certa

- Agendamento
- Rede
- Distinção de Primária – Secundária - Terciária

Dilema

- Mutualidade vs liberdade: tarefa do atuário
- Desejos vs necessidades: tarefa da gestão clínica

Gestão clínica – aspectos gerais

- Pergunta chave: quem é seu médico?
- Envolve contato com generalistas/ equipe cuidadora mas não apenas médico de família
- Mudança cultural: principalmente para os especialistas
- Médico no Brasil: generalista + especialista => registra-se duas especialidades

Gestão Clínica

Relação Operadora – Serviço

- Tarefa da Operadora: **direcionamento**
- Tarefa do Serviço: **engajamento**

Direcionamento

Serviço com produto tradicional (porta aberta)

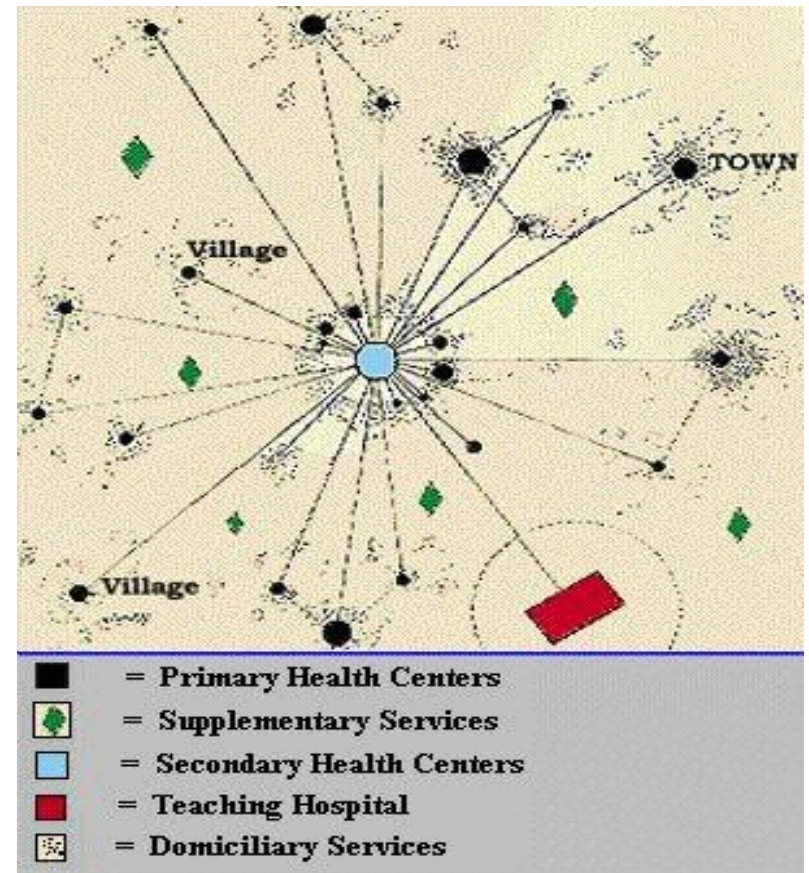
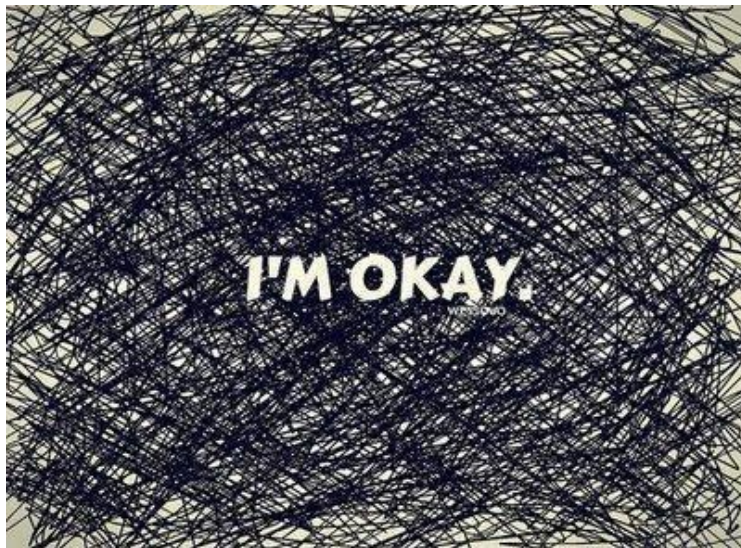
- Mudança de rumo na jornada “natural” do paciente que seria ir no PS ou direto a um especialista
- Movimento gradual com idas e vindas

Produto novo (acesso aos generalistas)

- Pré-pactuação
- Pedidos de encaminhamento

Ponto em comum: aumento do **acesso** de uma população

Jornada com e sem APS



Jornada sem APS

- Paciente de 29 anos com dor de cabeça há 5 dias
- É início de outono e ele acha que é sinusite
- Vai ao médico otorrinolaringologista que diagnostica sinusite e prescreve antibiótico por 14 dias
- A dor de cabeça não passa e ele vai ao Pronto Socorro após 3 dias de antibiótico
- O pronto socorro adiciona corticoide por 5 dias

Jornada sem APS

- No quarto dia o paciente tem feridas na pele e vai a um outro OS que diagnostica herpes zoster e prescreve medicação específica
- O antibiótico acaba e a dor de cabeça permanece diária
- O paciente vai a uma festa de família onde tem um neurologista e em um canto da sala sugere que é enxaqueca e escreve em um guardanapo uma medicação para enxaqueca

Jornada sem APS

- O paciente melhora um pouco com a medicação
- Após dois meses com a dor de cabeça aliviando com a medicação mas voltando em seguida o paciente decide consultar um segundo neurologista, este famoso, no consultório particular
- Em uma consulta de uma hora, o neurologista conclui que trata-se de cefaléia tensional relacionada ao momento de vida que o paciente esta passando: terminando doutorado e se separando da esposa

Jornada com APS

- Paciente de 29 anos com dor de cabeça há 5 dias
- É início de outono e ele acha que é sinusite
- Vai ao médico de família ao qual está inscrito e já o atendeu há pouco tempo para um problema dermatológico quando conversaram sobre os problemas da separação e o fim do doutorado
- O médico de família faz a hipótese que a dor de cabeça pode ter relação com estes problemas e prescreve analgésicos e sugere lidar dessa forma, observando sinais de alarme até o final do doutorado

Evidências da APS

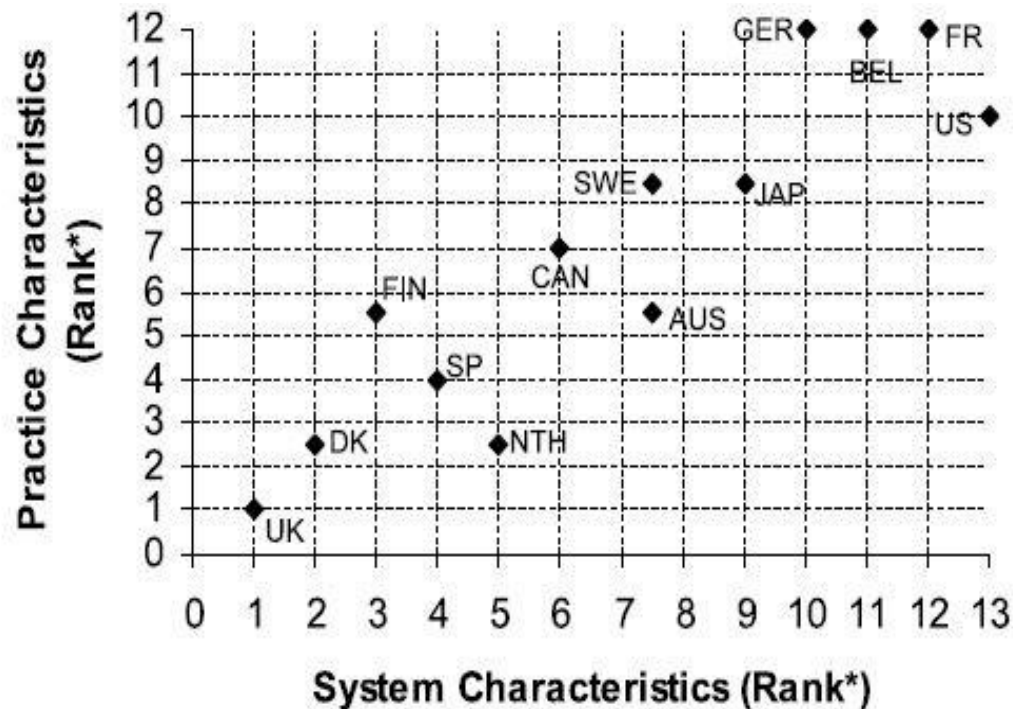


Fig. 1. System and practice characteristics facilitating primary care, early–mid 1990s.

B. Starfield, L. Shi / Health Policy 60 (2002) 201–218

Evidências da APS

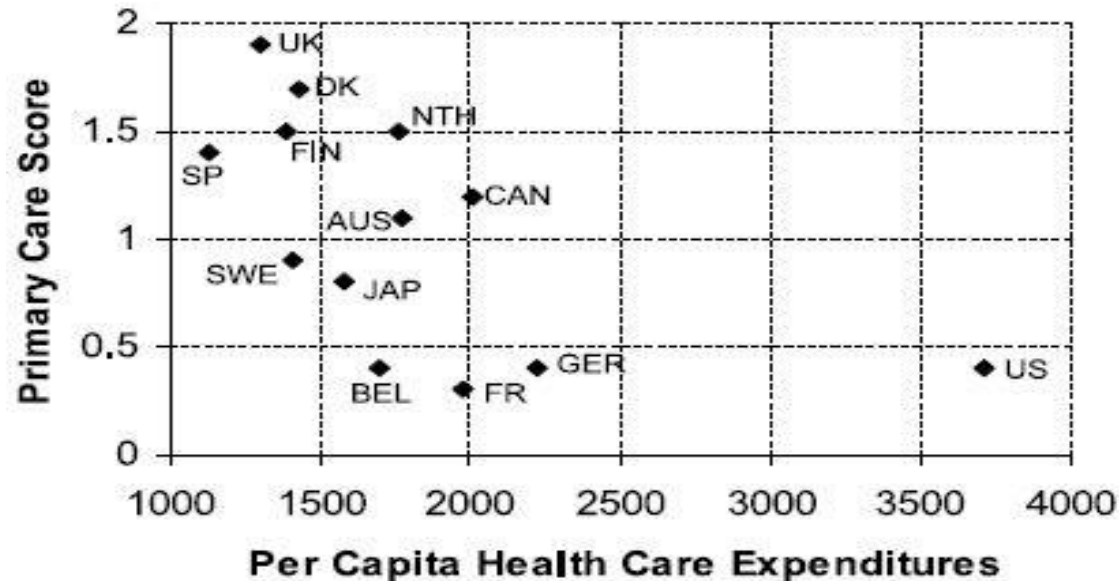


Fig. 2. Primary care score vs. health care expenditures, 1997.

B. Starfield, L. Shi / Health Policy 60 (2002) 201–218

Evidências da APS

The Relationship Between Primary Care, Income Inequality, and Mortality in US States, 1980–1995

Leiyu Shi, DrPH, MBA, James Macinko, PhD, Barbara Starfield, MD, MPH, John Wulu, PhD, Jerri Regan, MPA, and Robert Politzer, ScD

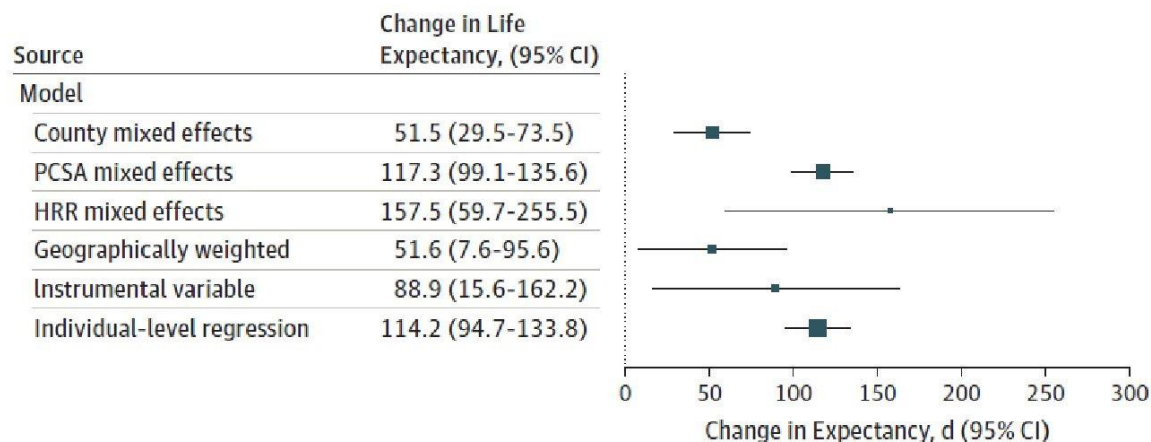
Table 4. Regression Coefficients of Primary Care, Specialty Care, and Income Inequity on Standardized Mortality, US States 1980–1995

	Age-Standardized Deaths per 100,000 Population from All Causes					
	1985 Mortality/1980 Predictors		1990 Mortality/1985 Predictors		1995 Mortality/1990 Predictors	
Intercept	431.84 [176.77]	381.90 [196.22]	319.50 [155.22]	315.12 [166.73]	306.26 [166.36]	239.75 [175.06]
Robin Hood Index	16.95 [5.83] (2.91 [†])	18.38	18.29 [4.91] (3.75 [†])		5.08 [5.08] (3.60 [†])	
Gini Coefficient		1339.85 [467.46] (2.87 [†])		1341.01 [382.73] (3.50 [†])		1447.93 [380.79] (3.80 [†])
Primary Care	-40.16 [13.18] (-3.05 [†])	-39.87 [13.24] (-3.01 [†])	-33.53 [12.22] (-2.75 [†])	-34.28 [12.38] (-2.77 [†])	-29.58 [11.76] (-2.52 [†])	-25.19 [11.91] (-2.12 [†])
Specialty Care	17.76 [6.69] (2.66 [†])	17.31 [6.72] (2.58 [†])	15.08 [6.37] (2.37 [†])	15.20 [6.46] (2.35 [†])	10.94 [6.12] (1.79 [*])	8.14 [6.20] (1.31)
R ²	.34	.34	.36	.34	.37	.39
Adjusted R ²	.30	.30	.32	.30	.33	.35
F Ratio	7.96 [†]	7.86 [†]	8.72 [†]	8.01 [†]	9.15 [†]	9.76 [†]

Evidências da APS

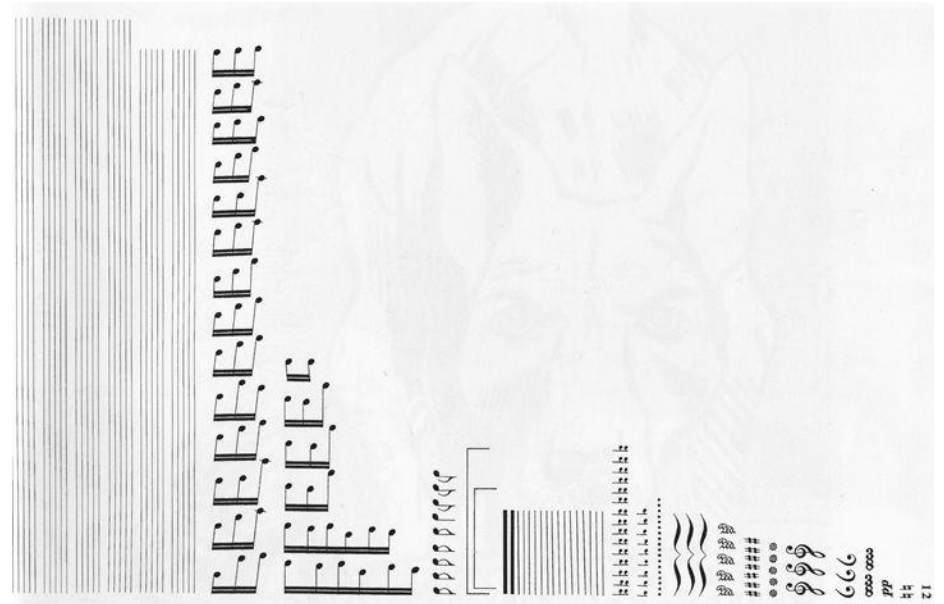
Association of Primary Care Physician Supply With Population Mortality in the United States, 2005-2015

Figure 2. Changes in Life Expectancy Associated With an Increase in 10 Primary Care Physicians per 100 000 Population Using Alternative Model Specifications



JAMA Intern Med. doi:10.1001/jamainternmed.2018.7624

Published online February 18, 2019.



illness



disease