

### ÍNDICE INTERATIVO

[Nova plataforma de gestão de saúde para empresas importa conceito de cashback para setor de seguros](#) -  
Fonte: Saúde Business

[SulAmérica compra carteira de planos de saúde da Santa Casa de Ponta Grossa](#) - Fonte: Valor Econômico

[Cade aprova compra do grupo Medisanitas Brasil pela Notredame Intermédica](#) - Fonte: Isto é

[Boletim covid-19: Setor mantém alta de beneficiários em fevereiro](#) - Fonte: ANS

[Custo e despesas pesam e fazem lucro da Hapvida cair 55,2% no 4º trimestre](#) - Fonte: Seu Dinheiro

[Desastre odontológico: um ano após o primeiro lockdown, dentistas em todo o mundo enfrentam as consequências da pandemia da covid-19 na saúde bucal das pessoas: Maior incidência de cáries e mais doenças gengivais avançadas](#) - Fonte: Valor Econômico

[Atenção primária na saúde suplementar](#) - Fonte: IESS

# NOVA PLATAFORMA DE GESTÃO DE SAÚDE PARA EMPRESAS IMPORTA CONCEITO DE CASHBACK PARA SETOR DE SEGUROS

Saúde Business – 22/03/2021

Gestores de recursos humanos das empresas aprenderam ao longo dos anos o quanto é verdade a máxima de que prevenir é melhor do que remediar. Apesar disso, os altos custos necessários para oferecer atendimento médico aos colaboradores tornam praticamente inviável o investimento em programas educativos ou de gestão personalizada de saúde, que evitem o surgimento ou o agravamento de problemas na saúde da equipe. A solução para esse dilema começa a ser oferecida pela BTR, uma plataforma de gestão de benefícios corporativos que acaba de entrar em operação no Brasil.

A companhia tem como um de seus principais diferenciais a importação do conceito de cashback, comum no mercado de varejo e de cartões. Desta forma, parte dos recursos pagos aos planos de saúde para prover atendimento aos beneficiários é revertido em créditos para que a empresa contratante possa usar, sem precisar pagar nenhum valor adicional, em iniciativas variadas e complementares a sua estratégia de saúde corporativa. O Menu BTR é composto por campanhas de saúde sob medida, programas de atenção primária, terapia online, telemedicina, nutrição e atividade física além de blitz da saúde e outras possibilidades.

A BTR foi criada pelo economista Bruno Autran e pelo engenheiro Eduardo Braga. Autran acumulou experiências no segmento financeiro, com passagens pelo Banco Safra e UBS Pactual. Em 2014, ele fundou a TBI Seguros, empresa que após se tornar referência em qualidade de atendimento em benefícios empresariais foi vendida no final do ano passado. Braga se tornou head da área de middle office do Banco Pactual, antes de vir a ser sócio da TBI, em 2017.

## Tecnologia

Representantes da nova geração de executivos, que apesar da pouca idade já acumulam resultados relevantes no mundo corporativo, os sócios da BTR têm como propósito trazer para a gestão de benefícios empresariais a incorporação de tecnologia de ponta a favor da entrega da simplicidade e da transparência no relacionamento. "Queremos evoluir da condição de simples intermediários para a posição de parceiros reais, sempre agregando valor aos nossos clientes", afirma Bruno Autran.

Neste sentido, a BTR tem como foco combater as dores reais do middle market, como inconsistências cadastrais que causam erros nos pagamentos das faturas mensais, complexidade de integração de dados gerando falta de informação para tomada de decisão e ausência de ferramentas de auxílio aos RHs sobre a saúde dos colaboradores para que possam antever situações contornáveis.

Para responder a estas necessidades, a companhia recém-criada oferece a seus clientes um painel inteligente (business intelligence - BI) que tem a função de integrar e depurar em indicadores qualificados o que é importante para cada empresa. "Esse dashboard apresenta insights que resultam em planos de ação para melhorar os resultados de sinistralidade e produtividade. Isso permite o aproveitamento estratégico do banco de dados em prol da prevenção e ações contínuas", diz Autran.

Outra solução tecnológica criada pela empresa é um sistema para automatização de rotinas cadastrais e de faturamento, permitindo uma dupla filtragem, tanto para verificação de colaboradores desligados quanto para outras alterações ocasionadas a partir da política de RH das empresas. "Essa ferramenta agrega eficiência ao chamado bate cadastral, termo referente à conferência entre a base de cadastro ativo da empresa e a fatura. Com isso, a contratante evita pagar por serviços não prestados e ganha tempo, reduzindo processos operacionais manuais", explica Braga.

A BTR também irá oferecer um app que está sendo desenvolvido no conceito White Label e tem o objetivo de oferecer apoio aos colaboradores, permitindo a realização de rotinas administrativas, coleta de dados anonimizados de saúde, canal para medir satisfação com os benefícios e outras informações. "O aplicativo permite a integração de dados em tempo real de maneira assíncrona, com menor defasagem e maior possibilidade de tomada de decisão e intervenção", afirma Eduardo Braga.

Para Bruno Autran, a estratégia da BTR se traduz na prática em entregar tecnologia e eficiência operacional de verdade, sem deixar de humanizar as relações. "Vale ressaltar que a saúde dos colaboradores é fundamental para todas as empresas. Dessa forma, é de extrema importância ter parceiros que agreguem valor e gerem benefícios reais. Caso contrário, são apenas intermediários".

## SULAMÉRICA COMPRA CARTEIRA DE PLANOS DE SAÚDE DA SANTA CASA DE PONTA GROSSA

Valor Econômico – 22/03/2021

Empresa pagou R\$ 14,4 milhões no negócio

A SulAmérica informou que sua controlada Paraná Clínicas assinou contrato para comprar a carteira de planos de saúde da Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa (PR) por R\$ 14,4 milhões.

“A transação visa reforçar a posição e relevância da SulAmérica no estado do Paraná e no Sul do Brasil e, quando concluída, agregará cerca de 25 mil beneficiário à sua carteira de saúde, reafirmando a estratégia de crescimento no

segmento de saúde e odonto em regiões estratégicas, já impulsionada pela aquisição da própria Paraná Clínicas em setembro de 2020”.

Segundo a SulAmérica, em 2020 essa carteira registrou receitas de contraprestação que totalizaram aproximadamente R\$ 53 milhões.

A conclusão da transação está condicionada ao cumprimento de determinadas condições precedentes usuais, incluindo a aprovação prévia dos órgãos reguladores competentes.

## CADE APROVA COMPRA DO GRUPO MEDISANITAS BRASIL PELA NOTREDAME INTERMÉDICA

Isto é – 19/03/2021

A Superintendência-Geral do Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade) aprovou sem restrições a aquisição das empresas do Grupo Medisanitas Brasil pela Notre Dame Intermédica, conforme despacho publicado no Diário Oficial da União (DOU). Após a conclusão da operação, a Intermédica passará a deter, indiretamente, 100% das entidades que compõem o Grupo Medisanitas Brasil – que abrange Medisanitas Brasil, OSI Participações, OSI Investimentos, Com Vc Drogaria, Minas Saúde, Serviços Operativos, Centro Oftalmológico, Centro Clínico Venda Nova e Centro Médico e Hospital Keralty.

O negócio foi anunciado em agosto do ano passado por R\$ 1 bilhão.

O Grupo Medisanitas concentra as operações brasileiras do grupo colombiano Keralty, que possui negócios na Venezuela, Colômbia, Peru, México, Estados Unidos, Europa, Indonésia e Filipinas. O Grupo Keralty está no Brasil desde 2011 com atuação principalmente em Minas Gerais.

Em Minas, a Medisanitas tem uma carteira de aproximadamente 340 mil beneficiários de planos de saúde e

3 mil beneficiários dental, em sua maioria na carteira empresarial.

O grupo tem uma rede própria em Minas que inclui um hospital, um pronto-socorro, cinco centros clínicos, cinco laboratórios de análises clínicas, três clínicas odontológicas, um centro oftalmológico e uma clínica oncológica.

As empresas informaram ao Cade que, “para a Intermédica, a operação se justifica no contexto da expansão estratégica de suas atividades em Minas Gerais, considerando as sinergias operacionais e administrativas que as atividades do Grupo Medisanitas Brasil irão trazer”. Também dissera que, “para os vendedores, a operação fortalece a capacidade financeira do Grupo Keralty e contribui para sua expansão operacional, para novos desenvolvimentos em suas operações em planos de saúde médico-hospitalares e assistência médica em países de valor estratégico para o grupo (Estados Unidos, México, Colômbia e Peru) e visa a acelerar o cumprimento de desafios estratégicos enfrentados pelo Grupo Keralty”.

## BOLETIM COVID-19: SETOR MANTÉM ALTA DE BENEFICIÁRIOS EM FEVEREIRO

ANS – 19/03/2021

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulga nesta sexta-feira (19/03) nova edição do Boletim Covid-19 com dados sobre a utilização dos planos de saúde durante a pandemia. São apresentadas informações assistenciais e econômico-financeiras coletadas até fevereiro junto a uma amostra de operadoras, além da prévia da evolução do número de beneficiários em planos de assistência médica relativa a esse mês, número de exames relacionados à Covid-

19 realizados pelos planos de saúde e demandas dos consumidores recepcionadas pela ANS através de seus canais de atendimento.

O objetivo da publicação é monitorar a evolução de indicadores relevantes do setor de planos de saúde nesse período, subsidiando análise qualificada da agência reguladora e prestando mais informações à sociedade.

[Clique aqui para acessar a publicação.](#)

A nova edição do Boletim chama a atenção para a continuidade do crescimento de beneficiários em todas as modalidades de contratação do plano, que atingiu o maior número desde dezembro de 2016, evidenciando o interesse dos brasileiros no acesso à saúde suplementar. Os indicadores assistenciais mostram ainda tendência de aumento do número de exames realizados para detecção de Covid-19 no final de 2020 e alta na disponibilização e na ocupação de leitos no setor – tanto para internações relacionadas à Covid-19 como para demais procedimentos. Dentre as informações econômico-financeiras, são informadas a sinistralidade no período – que registrou queda em fevereiro – e inadimplência, cuja taxa se manteve estável. Quanto às demandas dos consumidores, destaca-se queda no registro de reclamações relacionadas à Covid-19 em relação a janeiro.

Confira abaixo detalhes dos indicadores coletados.

### **Evolução de beneficiários**

O número preliminar de beneficiários em planos de assistência médica segue a tendência de crescimento que vinha sendo observada desde julho. Em fevereiro, foram registrados 47.768.176 beneficiários em planos de assistência médica, aumento de 0,2% em relação a janeiro. É o maior número registrado desde dezembro de 2016 – tendo sido superado em novembro daquele ano, quando o setor atingiu 47.783.542 beneficiários.

De março (início da pandemia) a fevereiro, o aumento ocorreu em todas as modalidades de contratação do plano, sendo que o maior percentual foi verificado nos coletivos empresariais (1,81% a mais em relação a março de 2020). Considerando o tipo de contratação do plano e a faixa etária do beneficiário, observa-se que a variação foi positiva para os beneficiários acima de 59 anos em todos os tipos de contratação ao longo dos meses de março de 2020 até fevereiro deste ano. Destaca-se também, no período, o aumento de beneficiários em planos individuais ou familiares.

### **Informações assistenciais**

Em fevereiro, o número de leitos disponíveis no setor de saúde suplementar foi o maior desde o início da pandemia, totalizando 143.799 leitos. Na comparação com abril de 2020 houve um aumento de 3.000 leitos no setor, incremento de 2,1%. Não houve aumento na taxa de alocação de leitos para atendimento à Covid 19 em relação ao mês anterior, mantendo-se em 32% em fevereiro de 2021.

A taxa mensal geral de ocupação de leitos, que engloba tanto atendimento à Covid-19 como demais procedimentos, alcançou o maior índice do histórico do indicador, ficando em 75% em fevereiro – em janeiro, o percentual estava em 68%. Essa informação considera os leitos comuns e de UTI dos hospitais próprios das operadoras da amostra, que representam cerca de 10,7% do total de leitos disponíveis na

rede assistencial de planos privados. A taxa mensal de ocupação de leitos (comuns e UTI) para Covid-19 cresceu de 66% em janeiro para 73% em fevereiro. E a taxa mensal de ocupação de leitos para demais procedimentos passou de 70% para 75% no mesmo período.

A quantidade de atendimentos em pronto-socorro que não geraram internações se manteve estável, mesmo assim, ainda abaixo do observado antes do início da pandemia. Já a busca por atendimentos de Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) – que permite avaliar a tendência quanto à utilização de procedimentos eletivos fora do ambiente hospitalar – ficou acima do observado para o mesmo mês em 2020, com aumento de 5,8%.

### **Exames**

Os dados sobre a realização de exames contemplam informações coletadas até dezembro e têm como fonte os dados do Padrão TISS (Troca de Informação de Saúde Suplementar). Destaca-se que o número de exames do tipo RT-PCR realizados em novembro de 2020 foi o maior desde o início da pandemia (545.558), representando um aumento de 47,9% em relação ao mês anterior. Em dezembro, foram contabilizados 410.460 exames RT-PCR e 80.101 testes do tipo sorológico, mas cabe ressaltar que os números desse mês ainda sofrerão alteração à medida que as cobranças forem encaminhadas dos prestadores de serviços às operadoras e, posteriormente, para a ANS.

### **Informações econômico-financeiras**

Essa edição do boletim mostra que, em fevereiro, houve redução das despesas assistenciais e um aumento do pagamento das mensalidades recebidas em relação a janeiro. Assim, o índice de sinistralidade, que se encontrava a níveis estáveis nos três meses antecedentes, com essa combinação destes dois efeitos, teve queda em fevereiro, passando de 79% para 73%.

Já os percentuais de inadimplência, tanto para planos individuais ou familiares quanto para coletivos, continuam próximos dos níveis históricos em fevereiro, ficando em 8% (queda de 2 pontos percentuais em relação a janeiro).

### **Demandas dos consumidores**

Em fevereiro foram registradas 12.084 reclamações pelos canais de atendimento da ANS. Em que pese ter havido um aumento de 31,4% em comparação ao mês anterior, houve queda de 8% no número de reclamações específicas sobre Covid-19: foram 804 queixas em fevereiro, ante 874 reclamações relativas ao tema em janeiro. Do total de reclamações relacionadas ao coronavírus, 47% dizem respeito a dificuldades relativas à realização de exames e tratamento, 34% se referem a outras assistências afetadas pela pandemia e 19% são reclamações sobre temas não assistenciais (contratos e regulamentos, por exemplo).

Cabe esclarecer que essa classificação considera o relato do consumidor ao cadastrar sua demanda na ANS, sem análise de mérito sobre eventual infração da operadora ou da administradora de benefícios à Lei 9.656/98 e seus normativos ou aos termos contratuais.

As demandas de reclamação dos consumidores passam pela mediação de conflitos realizada através da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), conforme definição prevista na Resolução Normativa nº 388/2015. A mediação possibilita que as operadoras reparem sua conduta irregular e resolvam os problemas dos beneficiários, evitando, assim, a abertura de processo administrativo e judicial. Em 2020 (até novembro), a NIP alcançou patamares superiores a 90% de resolutividade, sendo que o percentual foi ainda maior para as demandas relacionadas aos exames diagnósticos para a Covid-19: o percentual ficou em 93,3% para os exames de RT-PCR e 92,4% para os exames sorológicos. Esse dado informa que a maioria das reclamações apresentadas foram solucionadas no âmbito da mediação promovida pela Agência.

No portal da ANS, é possível acessar o monitoramento diário das demandas sobre Covid-19. [Clique aqui e confira.](#)

[Confira as outras edições do Boletim Covid-19.](#)

### Sobre os dados

Para a análise dos indicadores assistenciais, a ANS considerou informações coletadas junto a uma amostra de 50 operadoras que possuem rede própria hospitalar. Para os índices econômico-financeiros, foram analisados dados de 97 operadoras para o estudo de fluxo de caixa e 92 para análise de inadimplência. Juntas, as operadoras respondentes para esses grupos de informação compreendem 74% dos beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares. Adicionalmente, na construção do boletim, foram utilizados dados do Documento de Informações Periódicas (DIOPS), do Sistema de Informações de Fiscalização (SIF) e o Sistema de Informação de Beneficiários (SIB).

## CUSTO E DESPESAS PESAM E FAZEM LUCRO DA HAPVIDA CAIR 55,2% NO 4º TRIMESTRE

Seu Dinheiro – 19/03/2021

Situação, em parte provocada pela covid-19, ofuscou bom desempenho da receita beneficiada por aumento de beneficiários e ticket médio

A Hapvida (HAPV3) fechou o quarto trimestre de 2020 com um desempenho que pode ser considerado misto.

Por um lado, o aumento no número de beneficiários e do ticket médio dos planos resultou no aumento 27,3% da receita em relação ao mesmo período de 2019. Por outro lado, registrou um forte aumento dos custos por conta da covid-19, além de um avanço das despesas operacionais.

Olhando para a última linha do balanço, o que acabou pesando foi justamente a pressão exercida pelos custos, levando o lucro líquido da operadora de saúde verticalizada a recuar 55,2%, para R\$ 94,3 milhões.

No final do ano passado, a Hapvida viu o custo total crescer 37%, para R\$ 1,5 bilhão, exercendo uma pressão negativa sobre a margem bruta, que recuou 4,7 pontos percentuais (p.p.) em base anual e 6,1 p.p. na comparação com o terceiro trimestre, para 33,5%.

Segundo a companhia, a situação foi provocada, entre outros fatores, pelo maior número de faturas do SUS emitidas no trimestre, visto que a emissão de faturas foi suspensa durante o segundo e terceiro trimestres. As operadoras de saúde são cobradas quando um beneficiário é tratado em uma unidade do sistema de saúde público.

Outros fatores que pesaram nos custos foram o retorno gradual do volume de atendimentos e procedimentos eletivos

e de urgência, ao mesmo tempo em que ocorreu um aumento gradual de atendimentos e internações referentes à covid-19 em algumas regiões, e o maior patamar de sinistralidade de empresas adquiridas que compõem o número consolidado de 2020, mas não que não estavam presentes em 2019.

As despesas operacionais totais também tiveram uma evolução negativa, crescendo 41,2%, para R\$ 587,9 milhões. Tudo isso resultou numa queda de 34,6% no lucro operacional, para R\$ 173,2 milhões.

### Receita em alta

O crescimento dos custos e das despesas acabou ofuscando o bom desempenho que a Hapvida teve do lado do faturamento. A receita acabou crescendo 27,3% no quarto trimestre, para R\$ 2,2 bilhões.

No período, a empresa viu um aumento orgânico de 215 mil vidas na base de beneficiários de saúde e odontologia ocorrido principalmente nas cidades de Fortaleza, Recife e Joinville, levando o número total de clientes de planos de saúde a 3,7 milhões, um aumento de 6,6%, e a quantidade de beneficiários de planos odontológicos a atingir 2,9 milhões, crescimento de 4%.

O ticket médio dos planos médicos cresceu 5,8%, por conta de reajustes de preço implementados nos contratos existentes e das vendas novas realizadas no período.

O lucro antes de juros, impostos, depreciação e amortização (Ebitda, na sigla em inglês) cresceu 15,2%, para R\$ 432

milhões, mas a margem recuou na base anual, de 21% para 19%. Em relação ao terceiro trimestre, a margem caiu 5,1 p.p.

O fluxo de caixa livre excluindo os efeitos de aquisições foi de R\$341,6 milhões, diminuição de 35,6%, impactado

negativamente pela variação do capital de giro (sensibilizada negativamente pela maior saldo do contas a receber) em virtude do reconhecimento da receita de reajustes retroativos de 2020 conforme determinação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

## DESASTRE ODONTOLÓGICO: UM ANO APÓS O PRIMEIRO LOCKDOWN, DENTISTAS EM TODO O MUNDO ENFRENTAM AS CONSEQUÊNCIAS DA PANDEMIA DA COVID-19 NA SAÚDE BUCAL DAS PESSOAS: MAIOR INCIDÊNCIA DE CÁRIES E MAIS DOENÇAS GENGIVAIS AVANÇADAS

Valor Econômico – 18/03/2021

Antes do Dia Mundial da Saúde Bucal (WOHD) no sábado, 20 de março, e após um ano de pandemia, os conselheiros e membros da FDI dizem que estão vendo em primeira mão as consequências catastróficas do vírus na saúde dos dentes e gengivas das pessoas nos consultórios odontológicos do mundo todo.

“Vamos chamar isso do que realmente é: um desastre odontológico”, disse o Dr. **Gerhard Konrad Seeberger**, presidente da FDI, Federação Dentária Internacional. “As restrições certamente contribuíram para a hesitação em cuidar da saúde bucal, mas elas não contam toda a história.”

Durante a primeira onda do surto da COVID-19, consultórios odontológicos em todo o mundo foram obrigados a fechar. Por dois a três meses, todas as consultas odontológicas tiveram que ser adiadas ou canceladas, exceto para tratamentos de emergência. A Organização Mundial da Saúde informou que os serviços de saúde bucal estavam entre os serviços de saúde essenciais mais afetados devido à pandemia da COVID-19, com 77% dos países relatando interrupção parcial ou total.

Entre a primeira e a segunda onda, os consultórios odontológicos em muitos países puderam reabrir. Os dentistas sempre acataram os protocolos mais rigorosos de prevenção e controle da infecção e também observaram as medidas de higiene exigidas pelos governos durante a pandemia da COVID-19. Além disso, uma pesquisa recente indica que os profissionais de saúde bucal têm taxas de infecção significativamente mais baixas de SARS-CoV-2 do que outros profissionais de saúde na maioria das regiões do mundo.

Apesar disso, muitas pessoas ainda evitam exames rotineiros e só visitam o dentista depois de terem dor extrema. Muitos desenvolveram cáries em estágio avançado e complicações relacionadas, incluindo infecções, o que torna o tratamento mais complexo.

Hoje, os dentistas estão enfrentando as consequências de um ano de atendimento e tratamento odontológicos interrompidos. O professor **Paulo Melo**, conselheiro da FDI que ensina e pratica a odontologia em Porto, Portugal, viu uma dezena de pacientes de alto risco que tinham medo de

ser infectados com a COVID-19 e adiaram suas consultas. Os pacientes de alto risco são incentivados a fazer um exame odontológico a cada três a seis meses. Em vez disso, muitos pacientes esperaram de nove meses a um ano, ou mais, entre as consultas. Muitos relataram dor de dente e complicações graves, resultando em extrações para alguns e tratamentos endodônticos para outros.

“Durante a pandemia, os pacientes de alto risco têm tido a tendência a desenvolver mais de um problema, apresentando, muitas vezes, três ou quatro ao mesmo tempo, porque passaram muito tempo sem ser examinados”, disse Melo. “Os problemas geralmente incluem cáries e doenças gengivais.”

“Cáries dentárias que poderiam ter sido tratadas com uma simples restauração agora foram para o estágio de periodontite apical e abscessos, que exigem tratamento mais sofisticado”, disse o Dr. **Vanishree MK**, professor de odontologia de saúde pública em Bangalore, Índia. “Os pacientes devem deixar de lado o medo e não postergar o tratamento odontológico essencial de rotina.”

“Uma das consequências dramáticas da pandemia é que os problemas de saúde bucal que não eram considerados urgentes durante o surto da pandemia se tornaram urgentes depois de ter que esperar dois meses para ser tratados”, disse a Dra. Maria Fernanda Atuesta Mondragon, presidente da Federação Odontológica Colombiana e da conselheira da FDI. “Vimos alguns pacientes se submeterem a tratamento ortodôntico que perderam as lacunas criadas para que seus dentes se alinhassem, enquanto outros desenvolveram problemas periodontais significativos.”

“Os adolescentes normalmente sofrem de cáries dentárias, e observei um nível crescente de cáries nessa faixa etária”, disse o Dr. **Nahawand Abdulrahman Thabet**, que atende no Cairo, Egito, e é conselheiro da FDI. “Um paciente meu de 15 anos de idade admitiu que comia mais entre as refeições enquanto ficou confinado em casa desde o fechamento de sua escola. Imagino que milhares de crianças da idade dele estão em uma situação semelhante.”

Os repetidos lockdowns da pandemia, restrições à circulação das pessoas e decretos que forcem o trabalho em casa

contribuíram para mudar hábitos e comportamentos diários, afetando, no fim das contas, a saúde bucal das pessoas.

Adotar bons hábitos de cuidados orais, como escovação de dia e à noite, é imperativo, de acordo com um estudo global de pesquisa<sup>1</sup> conduzido pela Unilever, que descobriu que as crianças se espelham no comportamento dos pais, em prejuízo da própria saúde. As crianças são sete vezes mais propensas a deixar de escovar os dentes se os pais não escovarem de dia e à noite. Os dentistas entrevistados

concordaram que a mudança nos hábitos de cuidados bucais das crianças surgiu da mudança nas rotinas dos pais. Apesar dos desafios contínuos com a pandemia, é crucial que os pais priorizem sua rotina de cuidados orais, bem como a de seus filhos.

O Dr. Seeberger enfatizou que "as pessoas não devem ter medo de ir ao dentista. Proteger a saúde bucal é de suma importância para garantir a saúde geral, o bem-estar e uma boa qualidade de vida".

## ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE SUPLEMENTAR

IESS - 17/03/2021

Atenção mais resolutiva e acolhedora, além de melhor custo-efetividade e da experiência do paciente. Esses são alguns dos aspectos da Atenção Primária à Saúde (APS). Por essas e outras características que o Centro de Estudos e Planejamento em Gestão de Saúde da Fundação Getúlio Vargas (FGVsaúde) realizou, a pedido do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), um relatório exclusivo sobre o tema. Os resultados da publicação serão discutidos em debate promovido pela FGVsaúde, no dia 24 de março.

A pandemia de Covid-19 gerou uma sobrecarga nos sistemas de saúde em todo o mundo, avançou para o interior do país e em cidades com menor disponibilidade de leitos de alta complexidade. Esse cenário reforça a importância de monitoramento e vigilância epidemiológicos para a redução da mortalidade. Some-se ainda a pressão das despesas com a assistência. É nesse contexto, que a Atenção Primária em Saúde (APS) ganha ainda mais importância.

Segundo os autores do relatório, o maior acompanhamento e controle dos custos assistenciais poderiam reduzir os desperdícios associados à realização de exames e tratamentos de saúde desnecessários. "Com a atenção primária, é possível organizar o cuidado em saúde, atendendo as pessoas de maneira longitudinal, possibilitando uma maior adesão aos tratamentos, racionalização do cuidado e melhores resultados clínicos", detalha Alberto Ogata, pesquisador da FGVsaúde e um dos autores do relatório.

Os pesquisadores descrevem, no relatório, desafios e oportunidades para que a atenção primária à saúde possa ganhar escala também no sistema privado. Os resultados

foram obtidos por meio de um estudo qualitativo, de entrevistas com 12 gestores de operadoras de saúde selecionadas no Laboratório de Inovação sobre Experiências de Atenção Primária na Saúde Suplementar Brasileira da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), programa que buscou identificar experiências consideradas como inovadoras na organização de seus serviços a partir da identificação dos atributos da APS, e que apresentassem indicadores de processo e resultados.

Reconhecida há décadas como uma forma de organizar os atendimentos de saúde, a atenção primária, que costuma ser praticada por um médico da família, ainda não é amplamente adotada por planos e seguros de saúde. Parte da resistência vem dos próprios beneficiários, que associam esse tipo de atendimento a uma visão pejorativa do SUS ou de serviços gratuitos.

"O envolvimento de um médico da família é, muitas vezes, entendido, de forma equivocada, como um cerceamento da liberdade de escolher o profissional a quem recorrer. No entanto, é o médico de família quem melhor conhece os caminhos das especialidades da atenção secundária e terciária", contextualiza José Cechin, superintendente do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), que comissionou a pesquisa. Segundo o executivo, a atenção primária é uma forma de assistência à saúde benéfica ao paciente e capaz de resolver de 80 a 95% dos casos, o que faz dela um processo mais eficiente, tanto em termos de adequação dos tratamentos quanto de custo.

[Acesse aqui](#) o relatório na íntegra.

---

**Fonte:** As matérias publicadas nesta Newsletter são de assuntos de consultoria atuarial e do o setor de saúde suplementar, sendo de responsabilidade de seus autores e não refletindo, necessariamente, a opinião da Milliman.

Nota: Para **incluir** ou **alterar** seu e-mail na lista de destinatários do Newsletter, envie uma mensagem com sua solicitação para [saude@milliman.com](mailto:saude@milliman.com).

Para **remover** da lista, por favor, responda esta mensagem com o assunto 'Remover' no campo assunto.

A Milliman está entre os maiores fornecedores mundiais de produtos e serviços atuariais e relacionados. A empresa possui práticas de consultoria em seguros de vida e serviços financeiros, seguros de propriedades e acidentes, saúde e benefícios aos empregados. Fundada em 1947, a Milliman é uma empresa independente com escritórios nas principais cidades do mundo.

[milliman.com](http://milliman.com)