

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE  
VITÓRIA - EMESCAM**

**GRADUAÇÃO EM MEDICINA**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**ARTHUR BRUNELLI SALES**

**MATHEUS CALLEGARI SOUZA**

**VITOR RAMOS DE ARAÚJO RIBEIRO**

**ASPECTO ASSISTENCIAL E CUSTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM  
UMA OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE**

**VITÓRIA**

**2022**

**ARTHUR BRUNELLI SALES**  
**MATHEUS CALLEGARI SOUZA**  
**VITOR RAMOS DE ARAÚJO RIBEIRO**

**ASPECTO ASSISTENCIAL E CUSTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM  
UMA OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de medicina da Escola Superior de Ciência da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Medicina

Orientador: Dr. Márcio de Oliveira Almeida

**VITÓRIA**  
**2022**

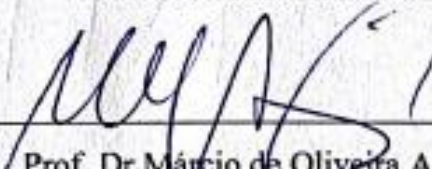
**ARTHUR BRUNELLI SALES**  
**MATHEUS CALLEGARI SOUZA**  
**VITOR RAMOS DE ARAÚJO RIBEIRO**

**ASPECTO ASSISTENCIAL E CUSTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM  
UMA OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE**

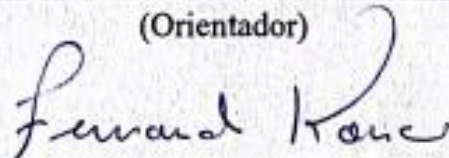
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM como requisito parcial para obtenção do grau em Medicina.

Aprovado em 09 de novembro de 2022

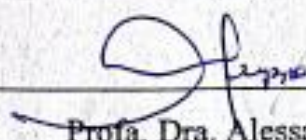
**BANCA EXAMINADORA**



Prof. Dr. Márcio de Oliveira Almeida  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM  
(Orientador)



Prof. Dr. Fernando Ronchi  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM  
Avaliador



Profa. Dra. Alessandra Tieppo  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM  
Avaliador

Vitória

2022

## RESUMO

**Introdução:** As Operadoras de Planos de Saúde (OPS) atuam na saúde suplementar brasileira como intermediadores financeiros do processo de atenção à saúde, envolvendo os clientes, e os prestadores de serviços de saúde. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2019, 25% da população brasileira utilizava a saúde suplementar, que, possuía 1.218 OPS em atividade. A sustentabilidade do setor enfrenta desafios devido uma perspectiva de encarecimento da assistência à saúde, destacando a mudança no perfil epidemiológico e demográfico da população e a incorporação de novas tecnologias no setor. Além disso, há deficiência na coordenação da atenção à saúde, acarretando menor resolutividade às custas de sobreutilização do sistema, gerando oneração. Desta forma, faz-se necessária a busca por soluções custo-efetivas no setor de saúde suplementar. A Atenção Primária a Saúde (APS) reúne seus atributos essenciais (acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado) e se apresenta como um modelo com potencial para fazê-lo. **Objetivo:** O objetivo deste estudo é analisar indicadores relacionados a custo e assistência de uma operadora de planos de saúde, comparando um plano baseado em atenção primária com outros modelos de planos. **Método:** estudo retrospectivo, transversal, observacional, descritivo, quantitativo e de análise documental no sistema de tecnologia da informação de uma OPS de Vitória, Espírito Santo. A OPS oferta dois modelos de planos: baseado, ou não, em APS. Para avaliar a custo-efetividade foram solicitados dados mensais de ambos os modelos de planos, de janeiro de 2017 a maio de 2020, excetuando os anos de 2020 e 2021, do quantitativo de consultas em pronto socorro (PS), consultas eletivas, índice de satisfação do cliente (ISC) e de exames de ressonância nuclear magnética (RNM), tomografia computadorizada (TC), ultrassonografia (USG), doppler (DOP), vitamina B12 (VB12) e vitamina D (VD). As variáveis foram comparadas para casa modelo de plano, para todo o período de análise. **Resultados:** não foi possível comparar o ISC. O plano baseado em APS realizou para o período considerado significativamente menos consultas eletivas, menos exames de RNM, TC, USG, DOP e B12. Realizou mais exames de VD e mais consultas em PS. Houve aumento progressivo anual da quantidade de exames realizados para ambos os planos, com aumento expressivo de 2019 para 2022. **Discussão:** a literatura teórica e modelos já aplicados no mercado

embasam a redução significativa do número de exames complementares realizados e do número de consultas eletivas. A maior realização de VD pode ser devido à característica de rastreio e seguimento do exame, comum à abordagem desde modelo. O maior número de consultas em PS no plano APS pode ser devido a uma tendência dos beneficiários de procurarem atendimento imediato, burlando a organização ideal promovida pelo plano. **Conclusão:** a literatura embasa a pertinência do modelo APS na saúde suplementar como solução custo-efetiva. Estudos da sua performance em cenário real são necessários para a consolidação do modelo. Este estudo corroborou a tendência observada de redução da quantidade de exames complementares executados e de consultas eletivas.

**Palavras-chave:** Atenção primária em saúde. Gestão em saúde. Saúde suplementar.

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 – Valores mensais por 10.000 ativos expostos do somatório dos exames analisados para o período analisado. .... 13
- Figura 2 – valores mensais por 10.000 ativos expostos das consultas em PS para os planos APS e não APS, consultas em rede básica APS, consultas totais APS e consultas não APS para o período analisado..... 15

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Quantitativo mínimo e quantitativo máximo, com seus respectivos meses e quantitativo total para o período de análise para as variáveis somatório de exames, consultas em PS, consultas em rede básica APS, consultas totais APS e consultas não APS..... 12

Tabela 2 – Mediana anual multiplicada por 10.000 dos dados mensais dos exames divididos pelos ativos expostos para o plano baseado em APS e os planos não baseados em APS para o período analisado..... 13

Tabela 3 – mediana anual multiplicada por 10.000 dos dados mensais do número de consultas em PS e número de consultas divididos pelos ativos expostos para o plano baseado em APS e os planos não baseados em APS para o período analisado..... 14

## LISTA DE SIGLAS

AE Ativos Expostos

ANOVA Análise de Variância

APS Atenção Primária à Saúde

ANS Agência Nacional de Saúde

BVS Biblioteca Virtual da Saúde

CEP Comitê de Ética em Pesquisa

DOP Doppler

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ISC Índice de Satisfação do Cliente

NPS Net Promoter Score

OPS Operadora de Planos de Saúde

PS Pronto socorro

RNM Ressonância Nuclear Magnética

SPSS Statistical Package for the Social Sciences

SUS Sistema Único de Saúde

TC Tomografia Computadorizada

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

USG Ultrassonografia

VB12 Vitamina B12

VD Vitamina D



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>11</b>
	2.1. TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS .....	13
<b>3</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>14</b>
<b>4</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>20</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>21</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O setor de saúde suplementar brasileiro é composto por uma complexa rede de componentes. Nesta rede, estão presentes as operadoras de planos de saúde (OPS), que atuam como intermediadores financeiros do processo de atenção à saúde, envolvendo os clientes (individuais ou coletivos), empresas ou entidades representativas e os prestadores de serviços de saúde (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008). A regulamentação das OPS foi estabelecida a partir da Lei 9.656/98, estando elas subordinadas à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), sendo estabelecidas suas modalidades, critérios de funcionamento, tipos de plano e contratação. Além disso, definiu coberturas mínimas, prazos de carência, aspectos das redes de prestadores de serviços, fiscalização do setor, ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) e a criação de órgãos de deliberação, dentre outros aspectos (BRASIL, 1998).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2019 a saúde suplementar contou com 47,1 milhões de beneficiários de planos privados de assistência, representando cerca de 25% da população brasileira (ANS, 2019). Até maio daquele ano havia 1.218 OPS em atividade, sendo que 83,9% possuíam beneficiários vinculados. Essas operadoras podem ser classificadas como exclusivamente odontológicas ou médico-hospitalares. Essas últimas podem ser dos tipos: autogestão, cooperativa médica, filantropia, medicina de grupo e seguradora especializada em saúde. A maior concentração de beneficiários está nas operadoras médico-hospitalares, do tipo medicina de grupo e cooperativa médica (SILVA, 2020).

A sustentabilidade da saúde suplementar enfrenta desafios devido a uma perspectiva de encarecimento da assistência à saúde destacando-se por exemplo a mudança no perfil epidemiológico (aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis) e demográfico (achatamento da base da pirâmide etária e alargamento do topo) da população e a incorporação de novas tecnologias no setor (BORBA FILHO, 2017). Além disso, a deficiência na coordenação da atenção à saúde, na qual beneficiários são geralmente os responsáveis pelo próprio acesso ao cuidado, acarreta menor resolutividade às custas de elevação do número de consultas e exames, onerando o sistema (SILVA, 2020). Desta forma, faz-se necessária a busca

por soluções que unam viabilidade econômica e boa assistência prestada. A Atenção Primária à Saúde é um modelo com potencial de fazê-lo.

Na APS, o usuário é atrelado a um médico de referência e eles estabelecem juntos uma relação de cuidado e confiança, garantindo ao primeiro o benefício dos atributos essenciais do modelo: atenção ao primeiro contato (acesso ao sistema), longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado (STARFIELD, 2002). Para a OPS, a resultante é uma prestação de serviço potencialmente mais custo-efetiva.

A APS vem sendo aplicada na saúde suplementar brasileira como alternativa à prestação de serviço à saúde por diversas OPS. Nesse sentido, a ANS trabalha para identificar as melhores práticas presentes no mercado. Em 2018, somente 12 experiências inovadoras na organização dos serviços voltados para este modelo foram identificados pela agência (SILVA, 2020). Desta forma, estudar os custos e qualidade da assistência à saúde prestada tem o potencial de elucidar questões e apontar caminhos para boas práticas de mercado. Neste sentido, estudar a APS dentro do contexto da saúde suplementar visa compreender um cenário real de aplicação dessa proposta e confrontar os resultados gerados por ela, no sentido de contribuir para a solidificação e a replicação dessa abordagem. Por isso, o objetivo deste estudo é analisar indicadores relacionados a custo e assistência de uma operadora de planos de saúde, comparando a atenção primária com outros modelos na saúde suplementar.

## **2 MÉTODO**

O estudo tem caráter retrospectivo, transversal, observacional, descritivo, quantitativo e de análise documental no sistema de tecnologia da informação de uma operadora de planos de saúde de Vitória, Espírito Santo. Por se tratar de uma análise documental de indicadores de saúde, utiliza apenas dados secundários e não envolve sujeitos na pesquisa, dispensando a utilização de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EMESCAM sob o CAAE 59165322.7.0000.5065.

A pesquisa bibliográfica foi realizada com embasamento da literatura, através de artigos publicados em periódicos indexados nos seguintes bancos de dados: Pubmed,

SciELO e Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), utilizando as palavras-chave: Atenção primária à saúde. Gestão em saúde. Saúde suplementar.

A OPS abordada oferta a seus beneficiários dois modelos distintos de planos de saúde: baseado ou não em APS. Os planos não baseados em APS são divididos em quatro produtos distintos, totalizando cinco serviços ao todo. O principal diferencial do plano APS está centrado na gestão dos cuidados de saúde que é providenciada pela operadora (através dos atributos essenciais da APS), enquanto, em planos não APS, o beneficiário tem a autonomia e gere os seus próprios cuidados. De modo a serem comparados com o plano baseado em APS, os dados extraídos para os planos não APS foram concatenados em um mesmo grupo.

Para avaliar o custo e a assistência à saúde prestada pela operadora, foram solicitados dados mensais de indicadores de ambos os modelos de planos para o período de janeiro de 2017 a maio de 2022, excetuando os anos de 2020 e 2021. São eles: número de consultas, número de consultas em unidades de pronto socorro, índice de satisfação do cliente e quantitativo de exames realizados de ressonância nuclear magnética, tomografia computadorizada, densitometria óssea, ultrassonografia, doppler, vitamina B12 e vitamina D. Estes exames são um recorte do rol realizado pela operadora com a intenção de observar o comportamento de cada plano frente a esta variável no período de análise.

Devido à pandemia de COVID-19, os anos de 2020 e 2021 foram preteridos deste estudo com o intuito de mitigar seu impacto nos indicadores, tendo em vista que o perfil de adoecimento e o padrão de acesso aos cuidados de saúde oferecidos dentro do âmbito de cada plano da OPS sofreram mudança abrupta. Devido à estabilização deste cenário, o ano de 2022 foi incluído até o mês de maio, que foi consolidado de dados mais recente disponível à época de elaboração deste estudo.

Para o plano APS, a variável número de consultas foi estratificada da seguinte forma: consultas na rede básica no produto APS, contemplando consultas de demanda espontânea, medicina de família e comunidade, pediatria e obstetrícia, que acontecem especificamente na unidade de referência APS; e consultas totais no produto APS, que considera as consultas na rede básica somadas àquelas realizadas após encaminhamento da rede básica aos demais especialistas cooperados à OPS. O

número de consultas para os planos não APS se referem ao total de atendimentos realizados pela rede cooperada.

Como o plano APS tem um número de beneficiários expressivamente menor que os planos não APS, os dados mensais de todos os indicadores analisados foram divididos pelo número de ativos expostos (AE) referentes ao mesmo período, com o objetivo de mitigar a influência da diferença de composição da carteira de clientes. Os AE são um indicador gerado pela própria OPS e contabiliza 0,5 para cada cliente ativo no plano por 15 dias ou menos no mês e 1,0 para cada cliente ativo por um período de 16 a 30 dias no mês de referência.

## 2.1. TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS

Para o período de análise, o plano APS foi comparado aos planos não APS em relação a cada exame avaliado e ao somatório destes exames; também, em relação ao número de consultas em PS, em relação ao ISC e em relação ao número de consultas. Esta última foi subdividida em duas comparações: consultas em rede básica APS em relação a consultas não APS e consultas totais APS em relação a consultas não APS.

As variáveis foram analisadas por meio de frequências e percentuais, e as numéricas por meio de medidas de resumo de dados como média, mediana e desvio padrão. A associação entre variáveis foi realizada pelo teste *Qui-quadrado* ou *Exato de Fisher* (no caso de valores esperados menores do que 5).

A verificação de normalidade das variáveis numéricas foi feita com a utilização do teste *Kolmogorov-Smirnov*, sendo que para as variáveis com distribuição Normal, foi realizada a comparação entre os dois grupos pelos testes *t-Student* e, entre três ou mais grupos, pela Análise de Variância (ANOVA). No caso de não normalidade das variáveis, a comparação entre dois grupos foi realizada pelo teste não paramétrico de *Mann-Whitney* e comparação entre três ou mais grupos foi realizada pelo teste não paramétrico *Kruskal-Wallis*. Associações e comparações foram consideradas significativas no caso de p-valor menor que 0,05. Os dados foram tabulados em planilha EXCEL e analisados no programa *IBM SPSS Statistics* (Statistical Package for the Social Sciences) versão 27.

Os dados mensais para cada variável obtida foram divididos pelo número de AE mensal referentes a cada modelo de plano e multiplicados por um fator de 10.000 para facilitar sua visualização. Os dados foram dispostos anualmente através da medida de tendência central apropriada em tabelas de contingência, com o respectivo p-valor associado. A série mensal de dados foi disposta em gráficos de linha.

### 3 RESULTADOS

Através do teste de *Kolmogorov-Smirnov*, todas as variáveis analisadas são não paramétricas. A Tabela 1 expõe os dados referentes ao quantitativo total de cada variável, seus valores de máximo e mínimo e respectivo período no qual isso se deu, para o plano baseado em APS e os planos não baseados em APS, para o período de janeiro de 2017 a maio de 2022, excetuando 2020 e 2021. A mediana de ativos expostos para o plano baseado em APS foi de 49.555,70 e a mediana de ativos expostos para os planos não APS foi de 290.717,47.

Tabela 1 – Quantitativo mínimo e quantitativo máximo, com seus respectivos meses e quantitativo total para o período de análise para as variáveis somatório de exames, consultas em PS, consultas em rede básica APS, consultas totais APS e consultas não APS

Plano	Variável	Mínimo	Mês-min	Máximo	Mês-máx	Total período
APS	Total exames	1.308	Fev-17	7.848	Mai-22	143.878
	PS	3.272	Fev-17	11.540	Jan-22	233.070
	Consultas Rede básica	5.707	Fev-17	14.750	Ago-18	482.517
	Consultas Totais	8.630	Fev-17	20.574	Ago-18	680.296
Não APS	Total exames	27.394	Fev-17	77.258	Mar-22	1.841.302
	PS	22.714	Fev-17	45.107	Jan-22	1.293.165
	Consultas	87.174	Fev-17	146.007	Ago-17	5.071.962

Fonte: Elaborado pelo autor

A diferença entre os exames realizados pelos planos APS e não APS foi estatisticamente significativa ( $p$  - valor = 0,0000) para cada exame individualmente e também para o somatório de exames, sendo que o plano APS apresenta as menores medianas anuais em todos os casos, exceto para Vitamina D. Houve aumento progressivo na quantidade de exames realizados ano a ano para o período analisado (como pode ser visto pela regressão linear em ambos os casos na Figura 1), para todos os exames analisados para todos os planos, sendo mais expressivo do ano de 2019 para 2022. Os resultados estão dispostos na Tabela 2.

Tabela 2 – Mediana anual multiplicada por 10.000 dos dados mensais dos exames divididos pelos ativos expostos para o plano baseado em APS e os planos não baseados em APS para o período analisado

Plano	Ano	DMO <sup>a</sup>	RNM <sup>a</sup>	TC <sup>a</sup>	USG <sup>a</sup>	DOP <sup>a</sup>	VB12 <sup>a</sup>	VD <sup>a</sup>	Total <sup>a</sup>
APS	2017	5,7	41,9	27,1	321,3	61,2	38,1	39,3	530,3
	2018	5,8	47,9	33,7	376,1	78,6	43,4	49,7	639,0
	2019	6,3	53,2	40,7	418,7	80,2	48,6	57,2	696,6
	2022 <sup>b</sup>	15,5	129,6	122,9	688,1	170,0	129,9	178,0	1.425,4
Não APS	2017	36,2	131,2	140,0	587,9	219,1	191,0	5,8	1.316,7
	2018	39,5	138,7	153,6	636,9	250,0	214,3	8,8	1.437,2
	2019	39,4	144,9	163,6	677,7	278,2	234,4	9,6	1.559,7
	2022 <sup>b</sup>	57,1	285,7	333,6	866,8	394,6	407,5	30,0	2.340,7

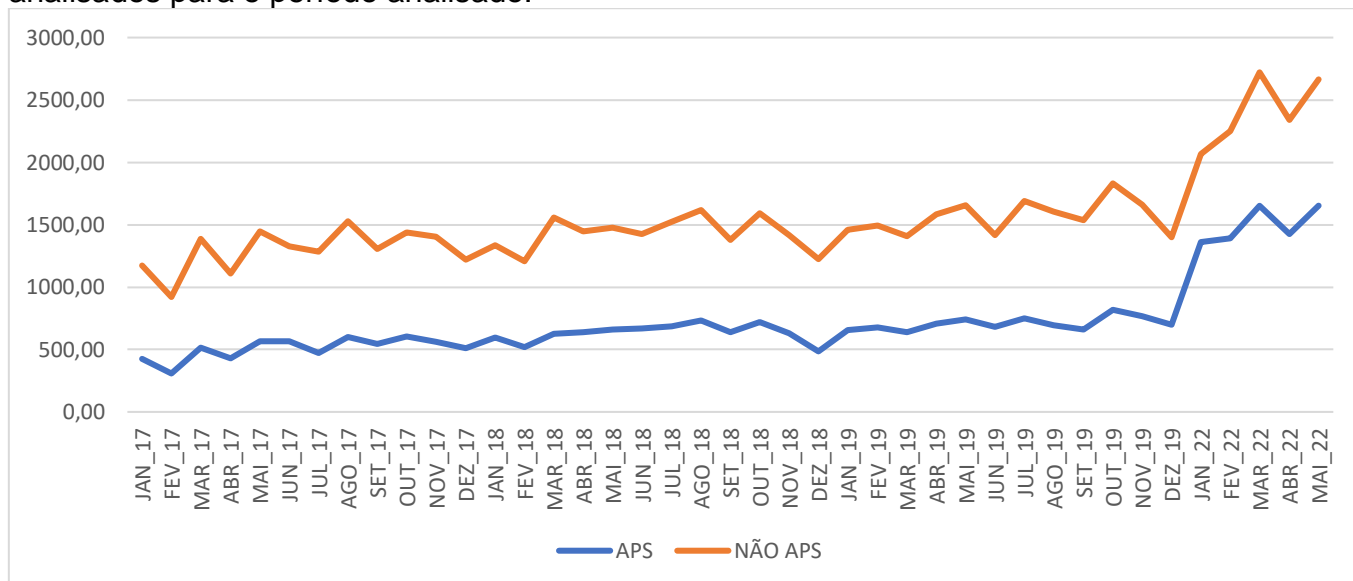
Fonte: Elaborado pelo autor

<sup>a</sup> p-valor = 0,000

<sup>b</sup> o ano de 2022 compreende janeiro a maio

Como observado na Figura 1, o somatório do recorte de exames analisados neste estudo, quando dispostos mensalmente, oscilou positiva e negativamente durante todo o período considerado. No entanto, para cada mês, as variações observadas foram concordantes quando se considera plano APS e planos não APS, sugerindo que não houve tendência de alta ou queda de forma individual para o período analisado.

Figura 1 – Valores mensais por 10.000 ativos expostos do somatório dos exames analisados para o período analisado.



Fonte: Elaborado pelo autor

A diferença entre as consultas em PS entre o plano APS e os não APS foi estatisticamente significativa (p-valor = 0,0000), sendo que o primeiro obteve maiores medianas anuais, exceto para o ano de 2019. O plano APS realizou significativamente menos consultas em rede básica (p-valor = 0,0000), comparativamente aos planos

não APS; também realizou significativamente menos consultas totais comparativamente aos planos não APS (p-valor = 0,0000). Os dados estão dispostos na Tabela 3.

Tabela 3 – mediana anual multiplicada por 10.000 dos dados mensais do número de consultas em PS e número de consultas divididos pelos ativos expostos para o plano baseado em APS e os planos não baseados em APS para o período analisado.

Plano	Ano	PS <sup>a</sup>	Consultas <sup>a</sup>	
			Rede básica	Totais
APS	2017	1.132,5	2.394,4	3.403,1
	2018	1.061,9	2.385,1	3.321,4
	2019	1.086,1	2.585,6	3.530,7
	2022 <sup>b</sup>	1.591,5	2.079,3	3.049,4
Não APS	2017	1.077,0		4.296,4
	2018	1.033,0		4.181,4
	2019	1.119,8		4.303,8
	2022 <sup>b</sup>	1.170,5		4.075,0

Fonte: Elaborado pelo autor

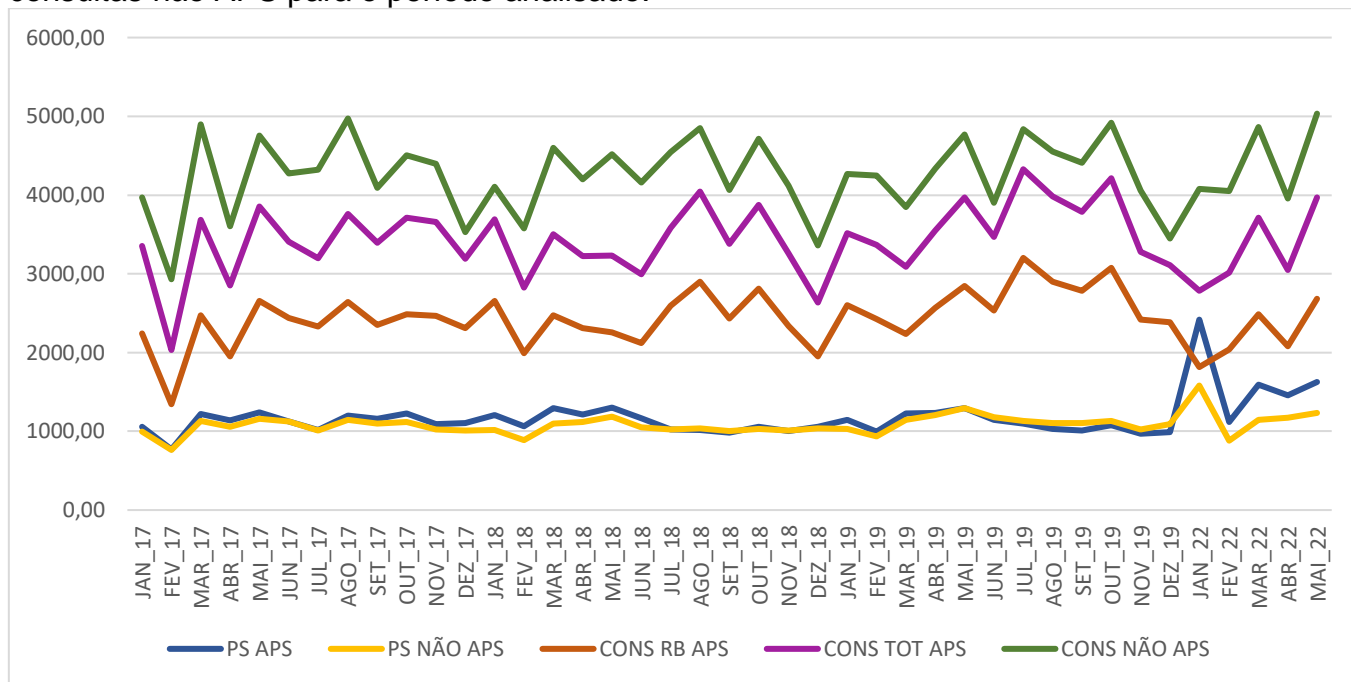
<sup>a</sup> p-valor = 0,0000

<sup>b</sup> o ano de 2022 compreende janeiro a maio

Como observado na Figura 2, houve oscilação mensal positiva e negativa para o período analisado, para as variáveis consultas ao PS, consultas em rede básica APS, consultas totais APS e consultas não APS. No entanto, as variações observadas foram concordantes quando se considera plano APS e planos não APS, sugerindo que não houve tendência de alta ou queda de forma individual para o período analisado para essas variáveis.



Figura 2 – valores mensais por 10.000 ativos expostos das consultas em PS para os planos APS e não APS, consultas em rede básica APS, consultas totais APS e consultas não APS para o período analisado.



Fonte: Elaborado pelo autor

#### 4 DISCUSSÃO

A organização da assistência à saúde pela atenção primária tem como objetivo a resolução de cerca de 80%, chegando a 96% em alguns estudos segundo Ogata e outros (2021), das demandas de saúde em nível primário, relegando os outros 20% a atendimentos de maior complexidade distribuídos nos outros níveis de atendimento: referenciamento para especialistas, pronto atendimento e hospitais terciários (STARFIELD, 2002). Algumas das características marcantes do trabalho realizado em nível primário são a profilaxia primária, coordenação do cuidado, planejamento do seguimento clínico e o desenvolvimento da relação médico-paciente, resultando em menor adoecimento, melhor controle de morbidades, menor taxa de agravos e racionalização do pedido de exames complementares (OGATA et al, 2021; MACINKO, MENDONÇA, 2018; LARA et al, 2020).

Como consequência, a APS tem o potencial de reduzir a quantidade realizada de consultas eletivas e de exames complementares, por exemplo, com melhora na assistência à saúde. As consultas em PS também caminham nesse sentido, como constatado por Sampaio, Castilho e Soares (2016), que notaram redução de

proporção de consultas de urgência ao avaliar o serviço de atenção primária na saúde suplementar em Belo Horizonte - MG.

Neste sentido, a literatura corrobora os achados deste estudo, visto que o plano APS, comparativamente aos não APS, realizou menos exames complementares (exceto vitamina D) no recorte analisado e menos consultas eletivas, tanto em rede básica quanto considerando consultas totais. Isso não foi observado para a variável consultas em PS.

O maior número de consultas em PS pelo plano APS pode se justificar por dificuldades em relação à execução do atributo essencial “acesso”, dado que existiria uma resistência natural por parte dos beneficiários a se habituarem a uma nova estruturação de acesso às consultas e a terem um profissional de referência para o cuidado, como apontado por Ogata e outros (2021). Nesse sentido, os usuários procurariam o PS como alternativa para um atendimento imediato. Não obstante, o número de consultas em PS pelo plano APS também pode ser devido a uma situação específica de agravos de saúde da população atendida. Por outro lado, em algum grau, esse maior número pode demonstrar acesso correto ao sistema, dado melhor coordenação do cuidado quando as demandas de urgência dos beneficiários são orientadas a acessar o serviço pelo pronto socorro. Esta estruturação de fluxo não é estabelecida em planos não APS.

Dentro do recorte de exames realizados, o maior número de dosagens de vitamina D solicitadas pela APS pode se justificar por ser exame de triagem e acompanhamento de doenças e agravos característicos da abordagem inerente à APS como diabetes, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, neoplasias, osteoporose, depressão, entre outras (ROLIZOLA et al., 2022; STARFIELD, 2002). Desta forma, considerando o rol de exames complementares realizados pela OPS, outros exemplos também poderiam seguir esse comportamento. Contudo, os dados parecem apontar para uma menor solicitação por parte do plano baseado em APS.

A tendência de aumento anual da solicitação de exames para ambos os modelos de planos pode se dar por motivos relativos à percepção tanto dos profissionais quanto dos pacientes da utilização de serviços em rede suplementar. Lara e outros (2020) e Ogata e outros (2021) apontam que alguns fatores contribuintes incluem a formação

do médico (raciocínio clínico e conhecimento frente aos custos operacionais da saúde suplementar), a falta de um sistema de prontuário único e questões referentes à organização dos modelos de assistência como questões organizacionais e de hierarquização. Em relação aos beneficiários, destaca-se a mudança do perfil epidemiológico e demográfico, assim como cultura de acesso irrestrito a exames, procedimentos e consultas, resultando em sobreutilização.

Para o período analisado, é possível perceber uma diminuição ano a ano do número de consultas de todos os planos, excetuando-se 2019. O plano APS, através dos atributos essenciais, reorganiza a atenção concentrando a assistência em nível primário. Isso pode ser percebido frente ao maior número de consultas realizadas em rede básica para todo o período analisado, em comparação aos encaminhamentos aos especialistas, refletida em consultas totais APS. Mesmo assim, o quantitativo total é significativamente menor que planos não APS. Para estes últimos, a demanda de atendimentos é absorvida de forma não ordenada, dentre os especialistas disponíveis na OPS, podendo resultar em maior número de consultas por alguns motivos, como: seguimento clínico ineficaz, não resolutividade das demandas de saúde, aumento de agravos e duplicidade de atendimentos.

Em relação ao índice de satisfação do cliente, a OPS estudada não mensura as duas modalidades de planos com a mesma ferramenta, sendo o produto não APS avaliado pelo Net Promoter Score (NPS), que se refere a experiência geral do beneficiário com o produto, enquanto o plano APS afere uma nota de zero a dez para o atendimento médico realizado em rede básica. Dessa forma, a análise foi prejudicada uma vez que não se forneceu parâmetros de âmbito comparativo entre os dois produtos.

Neste estudo, foi possível identificar que o plano de saúde baseado em APS ofertado pela OPS é capaz de reduzir significativamente a utilização no que tange consultas e exames complementares e isso reflete maior racionalização de custos. Não obstante, a variável idas ao PS foi de encontro à literatura, apresentando aumento do produto APS frente ao não APS. Essa divergência não invalida o modelo e pode também refletir desafios pertinentes à sua implantação, como também apontam Ogata e outros (2021) através de entrevistas com gestores em APS na saúde suplementar, como: engajamento e manutenção de usuários e profissionais, gestão estratégica com foco

na APS como ordenadora do cuidado, adequação de estratégias comerciais das OPS; reorganização de serviços, investimento em estratégias de comunicação, entre outros.

Como discutido, a APS tem em seu modelo de organização competências necessárias para promover uma racionalização de custos associada à melhoria da assistência prestada à saúde, como já largamente embasada pela literatura. Contudo, é necessário demonstrar isso na prática com resultados econômicos e de indicadores de saúde para dar legitimidade e consistência a esse modelo, como aponta Ogata e outros (2021). Neste intuito, trabalhos que visem estudar as iniciativas em APS na saúde suplementar são pertinentes para contribuir para o processo de consolidação da proposta e sua difusão pelo mercado.

## **5 CONCLUSÃO**

A literatura embasa a pertinência do modelo APS na saúde suplementar como solução custo-efetiva. Estudos da sua performance em cenário real são necessários para a consolidação do modelo. Este estudo corroborou a tendência observada de redução da quantidade de exames complementares executados e de consultas eletivas. A não concordância em relação a quantidade de consultas em PS e VD realizadas pode acontecer por fatores inerentes aos desafios reais da implantação deste modelo de assistência no cenário de atuação da OPS estudada.

## REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Dados e indicadores do setor**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>> Acesso em: 9 jun. 2019a.

BORBA FILHO, L. F. D. S. **O impacto do envelhecimento populacional, do aumento da expectativa de vida e seus diferenciais por sexo, nos custos assistenciais das operadoras de planos de saúde**. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Rio Grande do Norte, p. 73. 2017.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 4 jun. 1998a.

LARA, J. E. et al. Modelo de atenção integral à saúde: indicadores assistenciais e geração de valor na perspectiva da dinâmica de sistemas em uma cooperativa de trabalho médico. **Anais do VIII Singep, São Paulo**, p. 4-6, 20 maio 2020. Anual. Disponível em: <http://submissao.singep.org.br/8singep/arquivos/131.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2022.

MACINKO, J; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 42, n. 1, p. 18-37, set. 2018. FapUNIFESP (SciELO).

OGATA, A. J. N. *et al.* Atenção primária na saúde suplementar brasileira: estudo qualitativo em planos de saúde. Revista de Aps – **Atenção Primária À Saúde**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 2-2, jul. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/35047/24612>. Acesso em: 01 nov. 2022.

PIETROBON, L.; PRADO, M. L.; CAETANO, J.C. **Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor**. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v.18 n. 4, 2008.

ROLIZOLA, P. M. D. et al. Insuficiência de vitamina D e fatores associados: um estudo com idosos assistidos por serviços de atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 27, n. 2, p. 653-663, fev. 2022. FapUNIFESP (SciELO).

SILVA, R. R. **Atenção Primária na Saúde Suplementar: compreendendo os atributos essenciais em uma operadora de plano de saúde da região sudeste do Brasil**. Dissertação (Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde) - Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo horizonte, 2020.

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

SAMPAIO, L; CASTILHO, C.; SOARES, M. Mudança no perfil de utilização dos beneficiários de um produto com forte orientação pela Atenção Primária à Saúde. **Unimed Ciência**, Belo Horizonte - Mg, v. 1, n. 1-188, p. 56-58, out. 2016. Anual.