



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO, ATUÁRIA E
CONTABILIDADE
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE CIÊNCIAS ATUARIAIS

CARLOS GERMANO CORREIA DA SILVA

IMPACTO DA PANDEMIA NO CUSTO ASSISTENCIAL DE UMA OPERADORA
DE AUTOGESTÃO

FORTALEZA

2022

CARLOS GERMANO CORREIA DA SILVA

IMPACTO DA PANDEMIA NO CUSTO ASSISTENCIAL DE UMA OPERADORA
DE AUTOGESTÃO

Monografia apresentada à Faculdade de Economia, Administração, Atuária e Contabilidade, como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Ciências Atuariais.

Orientadora: Prof.^a Alana Katielli Nogueira Azevedo

FORTALEZA

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- S579i Silva, Carlos Germano Correia da.
Impacto da pandemia no custo assistencial de uma operadora de autogestão / Carlos Germano Correia da Silva. – 2023.
56 f. : il. color.
- Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Economia, Administração, Atuária e Contabilidade, Curso de Ciências Atuariais, Fortaleza, 2023.
Orientação: Profa. Ma. Alana Katielli Nogueira Azevedo.
1. COVID-19. 2. Custo assistencial. 3. Saúde Suplementar. 4. Autogestão. I. Título.
CDD 368.01
-

CARLOS GERMANO CORREIA DA SILVA

**IMPACTO DA PANDEMIA NO CUSTO ASSISTENCIAL DE UMA OPERADORA
DE AUTOGESTÃO**

Monografia apresentada à Faculdade de Economia, Administração, Atuária e Contabilidade, como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Ciências Atuariais.

Aprovada em 02/12/2022.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Ms. Alana Katielli Nogueira Azevedo (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Alane Siqueira Rocha
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Dra. Adriana Sandra Soares Marreiros Ferraz Martins
Membro externo

A Deus.

Aos meus pais e familiares.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por ter me dado saúde, motivação e força para chegar nesse momento.

Aos meus pais pelo amor, incentivo e por todo suporte me possibilitando a alcançar meus objetivos.

A minha namorada que me apoiou em todos os momentos e me incentivou incondicionalmente nessa jornada.

Aos meus amigos que estiveram sempre comigo deixando essa caminhada mais leve.

A Prof. Alana, por todo auxílio, suporte e orientação para a conclusão desse trabalho.

A banca examinadora, Profa. Alane e Dra. Adriana pela disponibilidade para participar dessa importante etapa da minha vida.

A todos que me ajudaram diretamente ou indiretamente nessa jornada.

RESUMO

O objetivo deste trabalho é evidenciar o impacto da pandemia nos custos assistenciais em uma operadora de autogestão, considerando todas as consultas, exames, cirurgia e demais procedimentos realizados no período de 2019 a 2021. O número de artigos e pesquisas em relação ao assunto cresce à medida que se evidencia a longevidade dos efeitos e todas as suas consequências. No estudo, foram realizadas pesquisas com foco no custo assistencial das operadoras, juntamente com estudo sobre a pandemia da Covid-19 e a alteração na inflação dos custos médicos com a retomada dos procedimentos. Foi encontrada relação entre a variação do custo assistencial com o crescimento do número de casos da COVID-19. No ano de 2020, o qual possui maior número de casos e com medidas de isolamento mais rigorosas, houve redução nas consultas, exames e cirurgias, com a diminuição do número de casos. As flexibilizações das medidas de isolamento permitiram a retomada dos procedimentos não realizados, evidenciado pelo aumento de 33,88% do custo em relação ao período antecedente. Com a idade média elevada dos beneficiários da autogestão analisada (42 anos no último período analisado), além de possuir foco assistencialista, sem fins lucrativos, o que já é característico da modalidade do plano de saúde, se torna mais frequente o aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), tornando-se necessário medidas de prevenção como exames e consultas. A não realização dos mesmos culminou com a não obtenção de diagnósticos, levando ao agravamento das doenças e tratamento tardio. Ficou constatado que, para reduzir o impacto atual e o possível impacto a longo prazo é necessário investir em tratamentos primários, especialmente no público mais afetado pelo adiamento das consultas e exames no período da pandemia.

Palavras-chave: COVID-19; custo assistencial; saúde suplementar; autogestão.

ABSTRACT

The objective of this work is to highlight the impact of the pandemic on care costs in a self-management operator, considering all consultations, exams, surgery and other procedures performed in the period from 2019 to 2021. The number of articles and research on the subject grows as the longevity of the effects and all their consequences becomes evident. In the study, research was carried out focusing on the cost of care for operators, along with a study on the Covid-19 pandemic and the change in inflation of medical costs with the resumption of procedures. A relationship was found between the variation in the cost of care and the growth in the number of COVID-19 cases. In 2020, which has the highest number of cases and with stricter isolation measures, there was a reduction in consultations, exams and surgeries, with a decrease in the number of cases. The relaxation of isolation measures allowed the resumption of procedures not performed, evidenced by the 33.88% increase in cost compared to the previous period. With the high average age of the beneficiaries of the self-management analyzed (42 years in the last period analyzed), in addition to having a non-profit assistance focus, which is already a characteristic of this health plan modality, the appearance of chronic diseases becomes more frequent, making it necessary to take preventive measures such as exams and consultations. Failure to carry out these tests culminated in failure to obtain diagnoses, leading to worsening of diseases and delayed treatment. It was found that, in order to reduce the current impact and the possible long-term impact, it is necessary to invest in primary treatments, especially in the public most affected by the postponement of consultations and exams during the pandemic period.

Keywords: COVID-19; assistance cost; supplementary health; self-insured health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAMEDE	Associação Brasileira de Medicina Diagnostica
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
DCNT	Doenças Crônicas Não Transitíveis
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IAPS	Instituto de Aposentadorias e Pensões
SBCO	Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica
SBOC	Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica
SBU	Sociedade Brasileira de Urologia
SBP	Sociedade Brasileira de Patologia
SUS	Sistema Único de Saúde
THSM	Tabela de Honorários e Serviços Médicos
TSH	Tabela de Serviços Hospitalares
UNIDAS	União Nacional Instituições Autogestão em Saúde
VCMH	Variação de custo Médico Hospitalar

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Linha do tempo da Saúde Suplementar no Brasil	15
Figura 2 - Operadoras com registros ativos ANS	15
Figura 3 - Beneficiários de operadoras por porte no Brasil (2014 a 2018)	16
Figura 4 - Evolução no número de beneficiários nos últimos 10 anos (em milhões) .	18
Figura 5 - Taxa de desemprego dos últimos anos, por semestre	18
Figura 6- Evolução no número de beneficiários por modalidade nos últimos 10 anos (em milhões).....	20
Figura 7 - Custo assistencial por modalidade no período de 2012-2021.....	24
Figura 8 - Evolução dos custos assistenciais nos planos de saúde no Brasil nos últimos 10 anos	24
Figura 9 - Custo médio mensal por beneficiário no período de 2012-2021	25
Figura 10 - Variação do índice VCMH em relação a SELIC e IPCA.....	26
Figura 11 - Variação peso VCMH 2019-2021.....	27
Figura 12 - Evolução da COVID-19 a partir do primeiro caso até 6 de abril de 2020	32
Figura 13 - Distribuição do sexo por faixa etária	38
Figura 14 - Evolução número de consultas realizadas.	41
Figura 15 - Custo assistencial por mês.	42
Figura 16 - Quantidade de exames realizados	42
Figura 17 - Idade média em relação as autogestões e a ANS	48
Figura 18 - Porcentagem de beneficiários superiores a 60 anos.....	48

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Vidas por segmentação dos últimos 10 anos	19
Tabela 2 - VCMH/IESS por item de despesa	26
Tabela 3 - Número de óbitos por COVID-19 nos estados brasileiros e características populacionais. Brasil, 2020.....	34
Tabela 4 - Distribuição de vidas por Faixa Etária, Plano de Autogestão 2019, 2020 e 2021	37
Tabela 5 - Despesa assistencial bruta, plano de autogestão (2019 – 2021)	38
Tabela 6 - Despesa custo médio per capita, plano de autogestão (2019 – 2021).....	39
Tabela 7 - Custo por Unidade Federativa, Plano de Autogestão 2019, 2020 e 2021	40
Tabela 8 - Evolução exames laboratoriais.....	43
Tabela 9 - Evolução exames radiológicos	43
Tabela 10- Evolução exames de anatomia patológica	44
Tabela 11 - Evolução dos exames endoscópicos.....	44
Tabela 12 - Evolução dos exames de medicina nuclear	45
Tabela 13 - Variação de outros exames.....	45

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Sintomas Covid-19	28
Quadro 2 - Ampliação dos prazos de atendimento da RN 259.....	31

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1 Saúde Suplementar	13
2.1.1 Modalidades de Planos de Saúde	19
2.1.2 Autogestão	21
2.2 Custos assistenciais nos planos de saúde no Brasil	23
2.3 Covid 19	27
3 METODOLOGIA	36
4 RESULTADOS	37
4.1 Beneficiários	37
4.2 Custo assistencial	38
4.3 Custo assistencial por estado	39
4.4 Evolução do número de consultas	40
4.5 Evolução no número de exames	42
5 DISCUSSÃO	45
5.1 Redução das consultas presenciais e crescimento das teleconsultas	46
5.2 Redução no número de cirurgias realizadas	47
5.3 Envelhecimento da população coberta e suas consequências	48
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS	55

1 INTRODUÇÃO

A pandemia da COVID-19 trouxe efeitos de curto, médio e longo prazo para a sociedade, efeitos esses sociais, econômicos, culturais, políticos e históricos. O elevado número de óbitos que ocorreram durante o pico da pandemia, a exposição da população de grupos vulneráveis, a incorporação do *lockdown* como medida para conter o avanço do vírus, impacto mental e o temor pelo medo do risco de adoecimento e morte, além do impacto a medicamentos, transportes, produção de indústrias, são alguns dos exemplos.

Por apresentar uma alteração significativa no número de consultas, exames e cirurgias, o impacto gerado pela pandemia tem sido interesse de estudo no mundo todo com intuito de mensurar qual será o impacto dessas modificações a longo prazo com a retomada dos procedimentos que foram cancelados ou adiados, observadas as particularidades de cada país.

O propósito deste trabalho é fazer um estudo de caso sobre o comportamento do custo assistencial em uma operadora de saúde suplementar de autogestão no período pré-pandemia, pandemia e pós-pandemia considerando todas as suas características de adesão e idade elevada dos beneficiários. Ressaltando que tal operadora não tem fins lucrativos e tem foco totalmente assistencialista.

Além da introdução, este trabalho se divide em referencial teórico, onde se apresenta o cenário da saúde suplementar no Brasil, juntamente com as particularidades das modalidades de planos de saúde e seus custos; metodologia, apresentando as fontes dos dados analisados, como também os dados coletados da autogestão analisada; resultados, expondo os dados observados e analisados; discussão, abordando o resultado analisado na monografia com resultados observados em outros estudos; e, por fim, as considerações finais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Saúde Suplementar

O sistema de Saúde Suplementar no Brasil começou em 1956, com o médico Juljan Cazpki fundando a Policlínica Central, em São Paulo, considerada a primeira empresa de planos de saúde do país, fruto do descontentamento com o atendimento do Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAPS) e do crescimento do setor industrial no Brasil, principalmente automobilístico, no governo Juscelino Kubitschek, o qual demandava grande mão de obra de trabalhadores saudáveis (VARELLA, 2022).

Com passar dos anos, a modalidade ficou cada vez mais popular e em 1967 surge a primeira cooperativa médica do Brasil, UNIMED, advinda de uma mobilização dos diferentes dos sindicatos de classe, em Santos, São Paulo, como reação ao surgimento de empresas de medicina em grupo criadas por empresários e advogados ou grupos médicos não vinculados ao movimento da categoria (DUARTE, 2001).

O aumento do setor supletivo se deu na década de 1980 e foi acompanhada pelo crescimento no número de queixas no aumento de preços, interrupções de atendimento e negativas de cobertura para procedimentos específicos. Com concessões de liminares favoráveis emitidas pelo Código de Defesa do Consumidor, além da mídia divulgando de forma constante matérias com intuito de divulgar casos onde houve restrições de atendimento por parte das operadoras de saúde, permitiu-se atendimento de usuários do setor supletivo (SATO, 2007).

Em 1988 foi fundamentada o atual sistema de saúde do Brasil, que expressa a saúde como um direito de todos os brasileiros, cabendo ao Estado cuidar da assistência pública, dispor leis, fiscalizar, controlar e editar normas de proteção à saúde devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 2016).

O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS). É um sistema de saúde universal com financiamento público, com a iniciativa privada podendo participar em caráter suplementar (BRASIL, 1990).

No que se refere ao SUS (BRASIL, 1990), o artigo Art. 5º ressalta que:

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

I - A identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - A formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

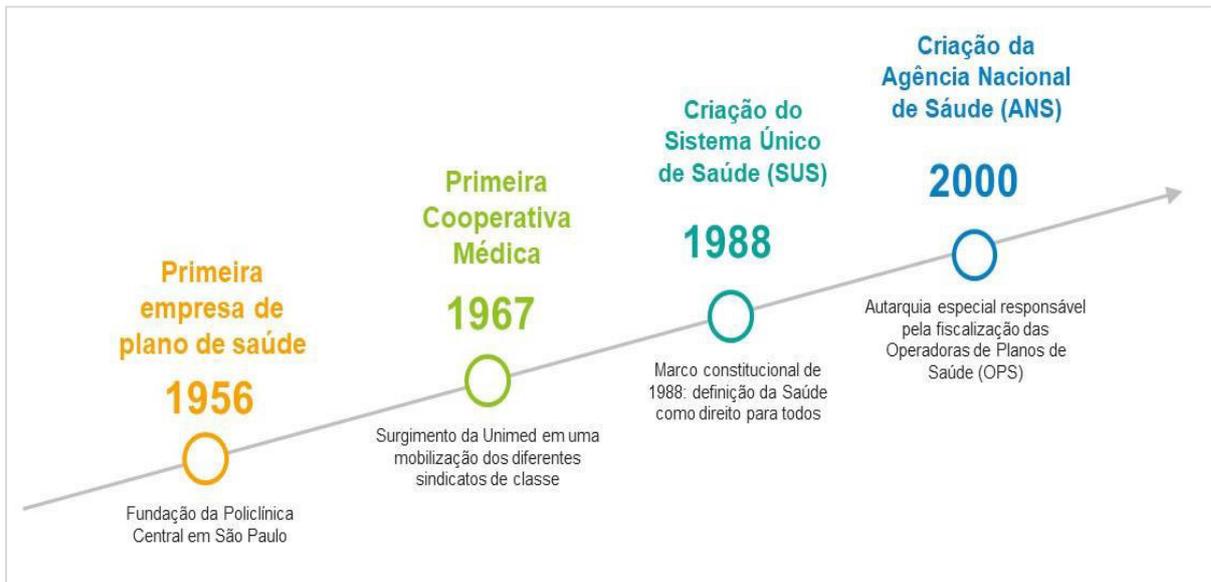
III - A assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi criada em 28 de janeiro de 2000, pela Lei nº 9.961/2000, surgindo como uma autarquia especial com autonomia administrativa, responsável pela fiscalização das operadoras de planos de saúde e pela regulação do mercado, tanto nos aspectos assistenciais como naqueles ligados à atividade econômica.

Entre algumas das competências da ANS, pode-se citar:

- a) estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras;
- b) fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras;
- c) deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões;
- d) expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-financeira pelas operadoras, com vistas à homologação de reajustes e revisões;
- e) autorizar o registro dos planos privados de assistência à saúde;
- f) exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;
- g) adotar as medidas necessárias para estimular a competição no setor de planos privados de assistência à saúde;
- h) zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar;
- i) normatizar os conceitos de doença e lesão preexistentes.

Figura 1 - Linha do tempo da Saúde Suplementar no Brasil

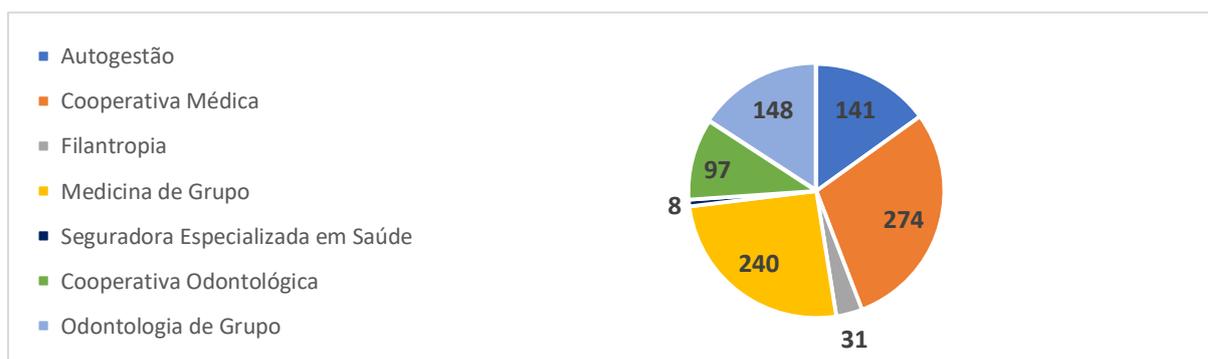


Fonte: Elaboração própria

A Figura 1 apresenta uma linha do tempo ao longo de 44 anos, passando pelos principais eventos durante o período. Outros eventos foram fundamentais na evolução da saúde suplementar no Brasil, em 1993 já corria no senado projetos com intuito de ampliar a cobertura e o ressarcimento monetário do atendimento aos clientes pelo sistema público. Em 1998 foi aprovada a lei nº 9.656 pelo senado, que entre as atribuições está a proibição de negação de cobertura em função de doenças ou lesões preexistentes (SATO, 2007).

Em julho de 2022 o número de operadoras registradas na ANS totalizava 1.153 das quais 929 operavam com beneficiários, uma queda em relação a março de 2019 que chegou a 1.219 ativas com 1.029 com beneficiários ativos (DATASUS, 2022).

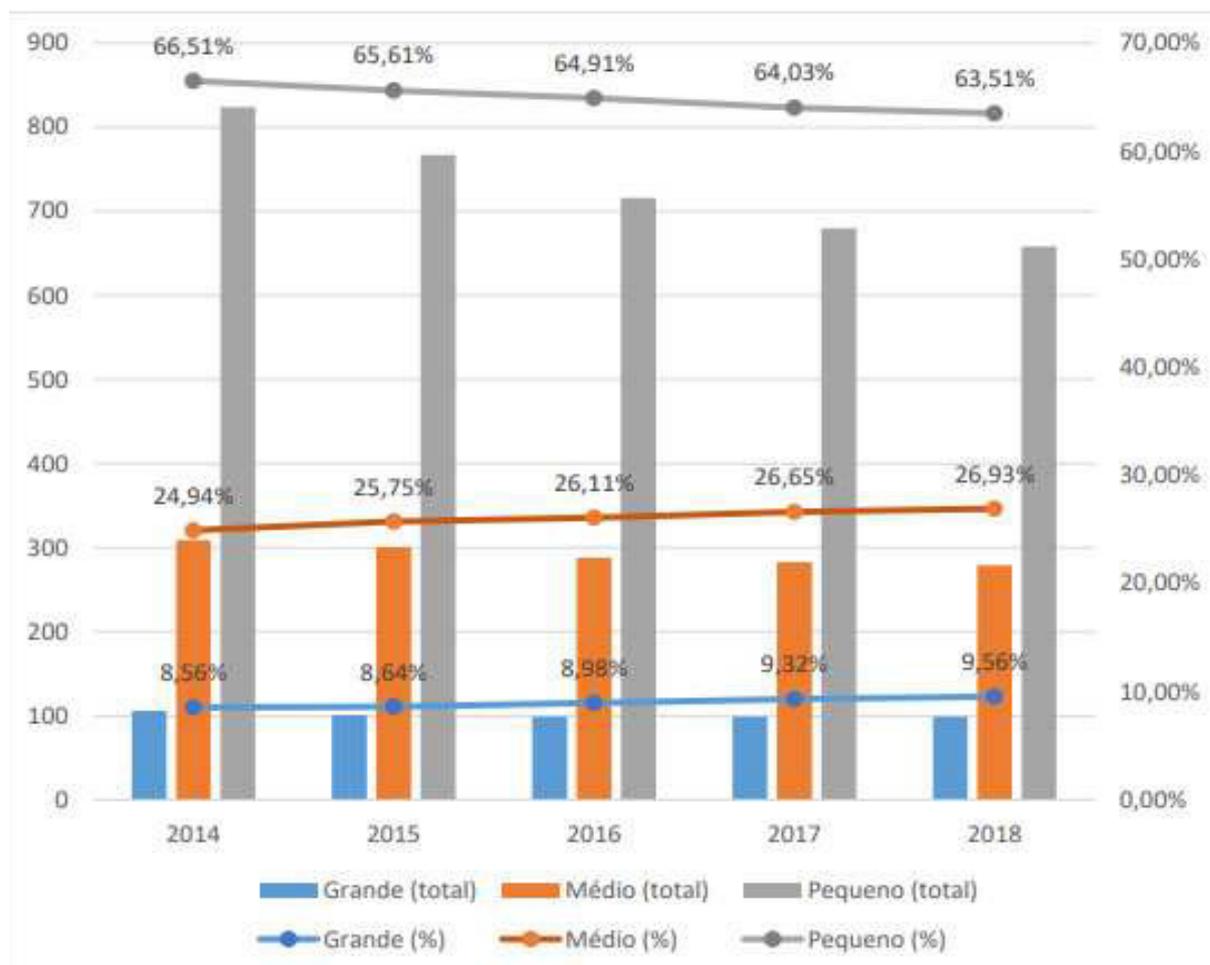
Figura 2 - Operadoras com registros ativos ANS



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do DATASUS (2022)

O aumento do número e da complexidade das regras e exigências regulatórias pode estar contribuindo para a redução do número de operadoras no país, inviabilizando a atuação das empresas de pequeno porte. O mercado de planos de saúde, como o mercado de seguros em geral por definição requer um porte mínimo de vidas a fim de lidar com riscos associados a população da carteira, possibilitando que a operadora consiga cobrar um valor médio para os beneficiários reduzindo o risco de cada indivíduo da população a eventos raros (FERREIRA, 2020).

Figura 3 - Beneficiários de operadoras por porte no Brasil (2014 a 2018)



Fonte: FERREIRA (2020)

Uma operadora menor está mais exposta a riscos, pela sua capacidade menor de triagem de beneficiários, trazendo participantes de alto risco, como pelo fato de ter uma menor carteira reduzindo a diluição do risco. As normas regulatórias acabam reforçando a concentração de vidas em poucas operadoras, com a necessidade de proteger os consumidores, as regras acabam podendo inibindo excessivamente a diferenciação entre os beneficiários, padronizando os produtos

disponíveis para todas as empresas, reforçando a seleção adversa (FERREIRA, 2020).

Em dezembro de 2021 o número de beneficiários vinculados a planos privados de assistência médica, com ou sem odontologia chegava a 48,9 milhões de vidas, apresentando um crescimento de aproximadamente 1,4 milhões em relação ao mesmo mês no ano anterior (DATASUS,2022).

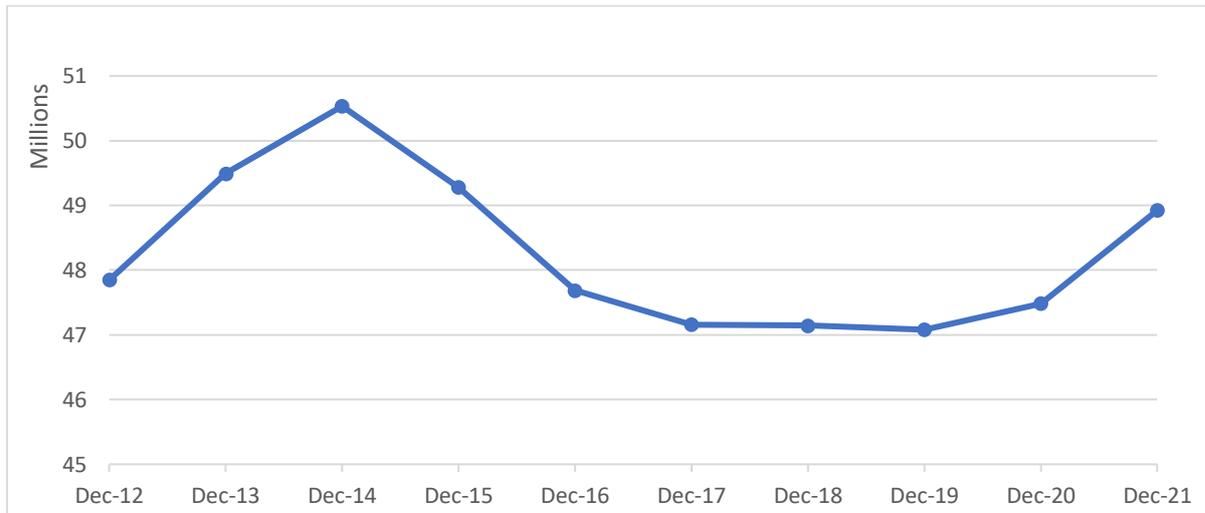
Conforme informado pela ANS (2019), os planos se dividem em:

- a) Individual ou familiar: plano privado de assistência à saúde oferecem cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar;
- b) Coletivo empresarial: plano privado de assistência à saúde oferecem cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária;
- c) Coletivo por adesão: plano privado de assistência à saúde oferecem cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial;
- d) Coletivo não identificado: expressão utilizada para designar o plano coletivo cujo vínculo entre o beneficiário e a pessoa jurídica contratante não foi especificado pela operadora;
- e) Não informado: expressão utilizada para designar o plano com vigência anterior à Lei nº 9.656/98, que não foi informado pela operadora.

Considerando todos os tipos de contratação, a taxa de adesão ficou superior a taxa de cancelamento de planos médicos hospitalares no ano de 2021, o maior crescimento aconteceu no coletivo empresarial, apresentando 5,02% mais vidas em relação ao mesmo período do ano anterior. Os planos coletivos empresariais, desde o ano de 2020, possuem mais entradas que saídas de beneficiários, já a contratação individual ou familiar sofreu queda de 1,48% (GRANDRA, 2022).

A Figura 4, no que diz respeito à quantidade total de beneficiários, mostra queda a partir do ano de 2015 em relação ao ano anterior, queda que foi contínua até o ano de 2019, voltando a ter aumento de vidas no ano de 2020, porém ainda abaixo do máximo de vidas no ano de 2014 nos planos de assistência médica com ou sem odontologia.

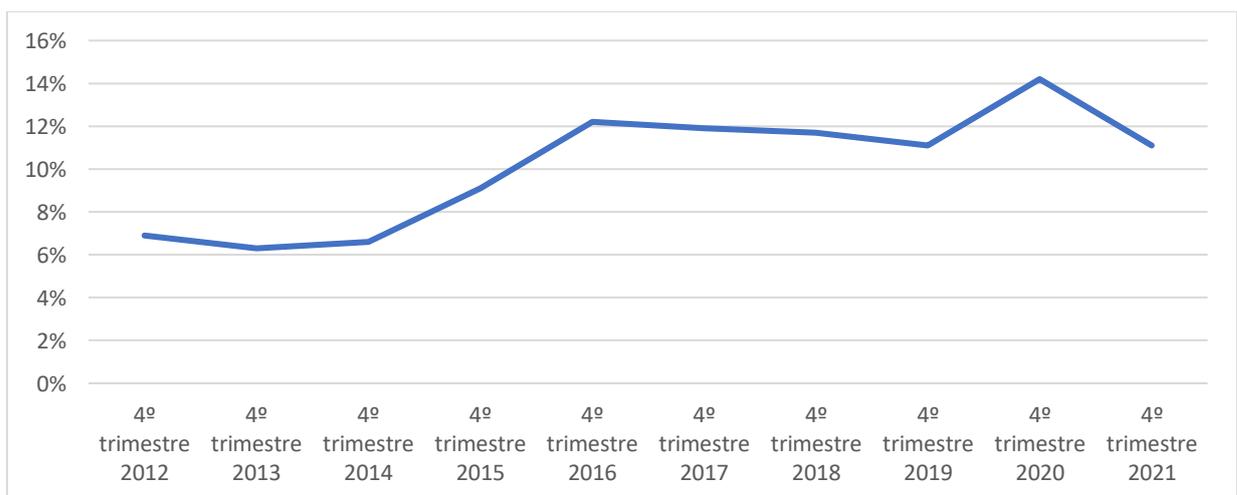
Figura 4 - Evolução no número de beneficiários nos últimos 10 anos (em milhões)



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do SIB/ANS/MS (2022)

A redução na quantidade de beneficiários nos planos de saúde no período de 2015 até 2019 se deve principalmente à crise econômica vivida pelo país, resultando no aumento da taxa de desemprego. Com o desemprego crescente foi visto uma redução considerável no poder de compra das famílias, impactando na redução da procura por planos de saúde. Como se pode observar na Figura 5, a partir do ano de 2020, é observado uma redução na taxa de desemprego e um aumento no número de empregados.

Figura 5 - Taxa de desemprego dos últimos anos, por semestre



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do IBGE (2022)

Outro ponto em comum a se observar sobre a da taxa de desemprego com a população de beneficiários de planos de saúde é o número de beneficiários

provenientes de planos coletivos empresariais, que prestam assistência à saúde dos funcionários da empresa contratante graças ao vínculo empregatício ou estatutário.

Conforme Tabela 1, coletivo empresarial representa em média 67% do total de vidas nos últimos anos, além de sofrer a maior variação em comparação aos planos Individuais ou Familiar e Coletivo por adesão.

Tabela 1 - Vidas por segmentação dos últimos 10 anos

Competência	Individual ou Familiar	Coletivo Empresarial	Coletivo por adesão	Coletivo não identificado	Não Informado	Total
dez/21	8.897.405	33.649.320	6.292.145	398	51.870	48.891.138
dez/20	9.038.922	32.083.536	6.274.256	406	59.077	47.456.197
dez/19	9.036.409	31.755.424	6.179.530	433	81.531	47.053.327
dez/18	9.126.791	31.741.323	6.155.498	487	93.138	47.117.237
dez/17	9.227.416	31.542.502	6.228.485	590	138.036	47.137.029
dez/16	9.455.509	31.699.506	6.351.096	642	178.513	47.685.266
dez/15	9.735.173	32.791.644	6.535.645	766	215.857	49.279.085
dez/14	9.916.135	33.620.708	6.696.606	1.758	296.541	50.531.748
dez/13	9.868.948	32.623.021	6.605.950	4.614	389.293	49.491.826
dez/12	9.720.081	31.028.436	6.568.715	9.139	519.721	47.846.092

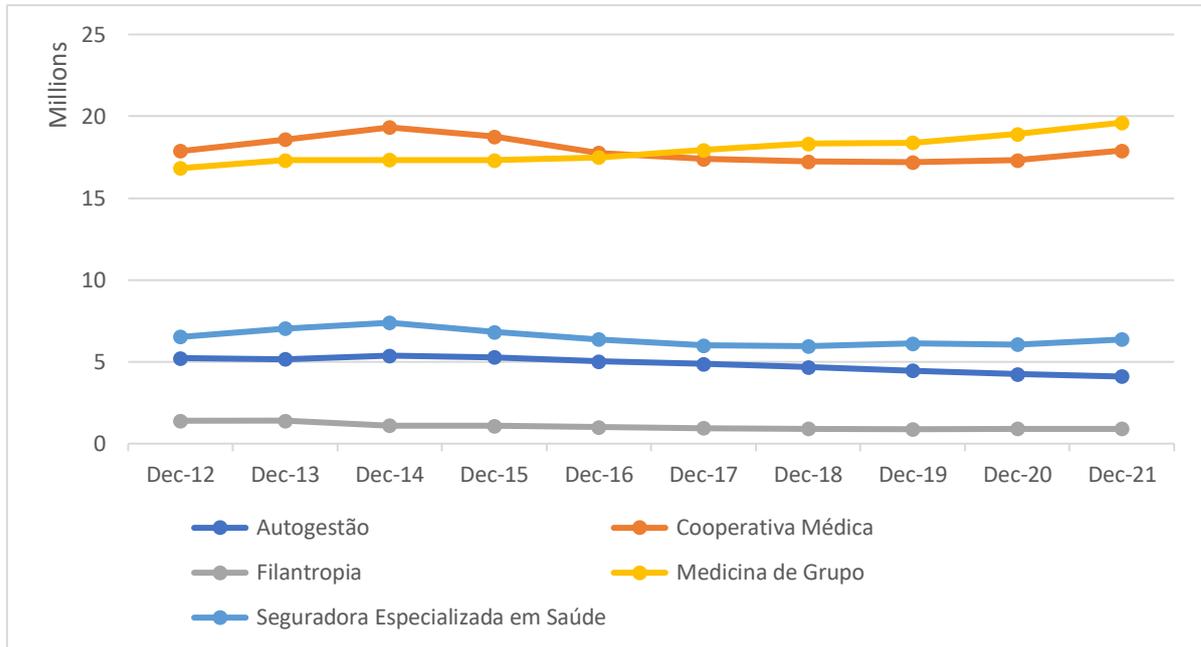
Fonte: Elaboração própria a partir de dados do SIB/ANS/MS (2022)

Apesar de não ser um benefício obrigatório para os trabalhadores brasileiros, o maior índice de adesão a planos de saúde é através de coletivos empresariais. Assim, o número de empregos formais disponíveis no período influencia diretamente no número de beneficiários em planos de saúde, além de impactar na renda da população interferindo na adesão ao plano Individual ou Familiar.

2.1.1 Modalidades de Planos de Saúde

Conforme a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão vinculado ao Ministério da Saúde responsável pela regulação dos planos de saúde no Brasil, as operadoras de saúde classificam-se em cinco grupos no que concerne a seu estatuto jurídico: cooperativa médica, filantropia, medicina de grupo, seguradora especializada em saúde e autogestão (ANS, 2019).

Figura 6- Evolução no número de beneficiários por modalidade nos últimos 10 anos (em milhões)



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do SIB/ANS/MS (2022)

A Figura 6 permite acompanhar a evolução do número de beneficiários cadastrados em planos de saúde regulamentado pela Agência Nacional de Saúde (ANS), por modalidade, nos últimos dez anos. Além disso, observa-se que apesar da pouca variação nos modelos de plano de saúde, entre o ano de 2016 e 2017 é visto uma inversão na predominância entre Cooperativa médica e Medicina em grupo.

Conforme informado pela (ANS, 2019) as modalidades de operadoras de assistência médica se divide em:

- a) Autogestão: entidade que opera serviços de assistência à saúde ou empresa que se responsabiliza pelo plano privado de assistência à saúde destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos de uma ou mais empresas, associados integrantes de determinada categoria profissional, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos;
- b) Cooperativa médica: operadora que se constitui na forma de associação de pessoas sem fins lucrativos, nos termos da Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, formada por médicos, e que comercializa ou opera planos de assistência à saúde;

- c) Filantropia: operadora que se constitui em entidade sem fins lucrativos que opera planos privados de saúde e que tenha obtido certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS);
- d) Medicina de grupo: operadora que se constitui em sociedade que comercializa ou opera planos privados de saúde, excetuando-se as classificadas nas modalidades administradora, cooperativa médica, autogestão, filantropia e seguradora especializada em saúde;
- e) Seguradora especializada em saúde: empresa constituída em sociedade seguradora com fins lucrativos que comercializa seguros de saúde e oferece, obrigatoriamente, reembolso das despesas médico-hospitalares ou odontológicas, ou que comercializa ou opera seguros que prevejam a garantia de assistência à saúde, estando sujeita ao disposto na Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, sendo vedada a operação em outros ramos de seguro.

Cada seguimento apresenta especificidades quanto ao produto oferecido e as formas de comercialização. Atualmente a modalidade mais popular em números de vidas é a medicina de grupo, ultrapassando no ano de 2017 a cooperativa médica, ambas autorizadas a comercializar planos de saúde para pessoas físicas e jurídicas, onde a maior diferença entre elas é a rede de atendimento. Na medicina de grupo, o usuário não escolhe onde vai ser atendido, pois a modalidade só apresenta rede própria de atendimento. A cooperativa tem rede credenciada limitada.

2.1.2 Autogestão

Sem fins lucrativos, com foco em prover saúde de qualidade para seus beneficiários, as próprias empresas administram os programas de assistência à saúde de seus aposentados, funcionários ativos, pensionistas e aposentados além de seus dependentes. Modalidade predominante em empresas estatais e órgãos de administração pública, com os custos geralmente divididos de forma proporcional ao salário e descontado diretamente em folha de pagamento (ROSA; RODRIGUES, 2015).

O credenciamento de laboratórios, médicos, clínicas, hospitais entre outros são feitos pelos próprios beneficiários das operadoras, assim, o plano se adequando

a necessidade da população coberta considerando variáveis como, localidade, idade média de seus beneficiários, escassez de profissionais em uma região.

Pela não comercialização de planos e seguros através de canais de vendas, assim como acontece nas outras modalidades como medicina de grupo, cooperativas médicas e seguradoras acabam estreitando mais o relacionamento entre empresa x beneficiário, com público fechado e sem comercialização externa não incide grande variação na população coberta entre anos (BAHIA, 1999).

Definido pela agência fiscalizadora as operadoras de autogestão são limitadas para aumentar o número de beneficiários, assim, restringindo sua população.

No que se refere a modalidade de autogestão, o artigo Art. 2º da Resolução Normativa nº 137 ressalta que:

Define-se como operadora de planos privados de assistência à saúde na modalidade de autogestão:

I – A pessoa jurídica de direito privado que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, opera plano privado de assistência à saúde exclusivamente aos seguintes beneficiários:

- a) Sócios;
- b) Administradores e ex-administradores;
- c) Empregados ativos e inativos;
- d) Ex-empregados;
- e) Pensionistas; e
- f) Grupos familiares dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores, limitado ao terceiro grau de parentesco, consanguíneo ou afim; ou

II – A pessoa jurídica de direito privado sem finalidades lucrativas que, vinculada ou não à entidade pública ou privada, opera plano privado de assistência à saúde exclusivamente aos seguintes beneficiários:

- a) Empregados e servidores públicos ativos;
- b) Empregados e servidores públicos inativos;
- c) Ex-empregados e ex-servidores públicos;
- d) Sócios, administradores e ex-administradores, quando for o caso;
- e) Empregados ativos e inativos, pensionistas e ex-empregados da própria pessoa jurídica; e
- f) Grupos familiares dos beneficiários descritos nos incisos anteriores, limitado ao terceiro grau de parentesco, consanguíneo ou afim.

§ 1º As entidades de autogestão só poderão operar plano privado de assistência à saúde coletivo e restrito aos beneficiários mencionados nos incisos I e II deste artigo.

§ 2º Constatado o descumprimento do disposto no parágrafo anterior, a entidade de autogestão deverá regularizar a situação no prazo de sessenta dias, contado do recebimento da intimação efetuada pela ANS.

§ 3º Persistindo a irregularidade após o decurso do prazo previsto no parágrafo anterior, a ANS aplicará a sanção administrativa cabível e promoverá a reclassificação da modalidade da operadora (BRASIL, 2006).

A autogestão é diferente das demais modalidades de operadoras, a distribuição dos custos a formação da rede credenciada, a gestão do plano e a maior flexibilidade em relação a rede disponível de prestadores.

Conforme Rosa e Rodrigues (2015), nas autogestões o mapeamento de riscos e o desenvolvimento de programas assistenciais de promoção da saúde e prevenção de doenças se torna mais fácil por já possuir as características da população assistida, além da maior participação dos beneficiários nas tomadas de decisões operacionais ou estratégicas, influenciando diretamente na rede credenciada de prestadores, se tornando mais flexível e cômodo aos seus beneficiários.

2.2 Custos assistenciais nos planos de saúde no Brasil

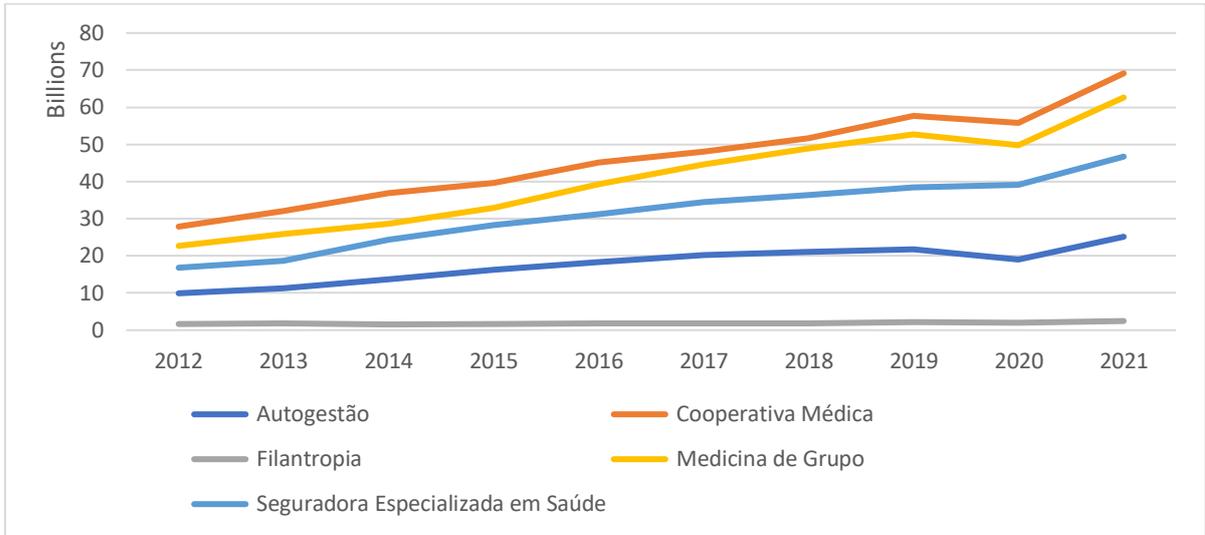
Os custos assistenciais correspondem aos valores gastos com a assistência à saúde e são classificados, basicamente, em consultas, exames, procedimentos terapêuticos, materiais, medicamentos, gastos com internações e procedimentos odontológicos.

A incorporação de tecnologias no tratamento de doenças, o emprego de equipamentos sofisticados, medicamentos de alto custo, outros insumos de maior custo e maior demanda de recursos humanos especializados tem contribuído para uma maior expectativa de vida da população, contudo acarreta uma alta nos custos assistenciais das operadoras de planos de saúde (RIBEIRO; SANCHO; LAGO, 2015).

Conforme Figura 7, considerando o crescimento do custo por modalidade de plano, pode-se observar crescimento entre todas as modalidades de assistência médica.

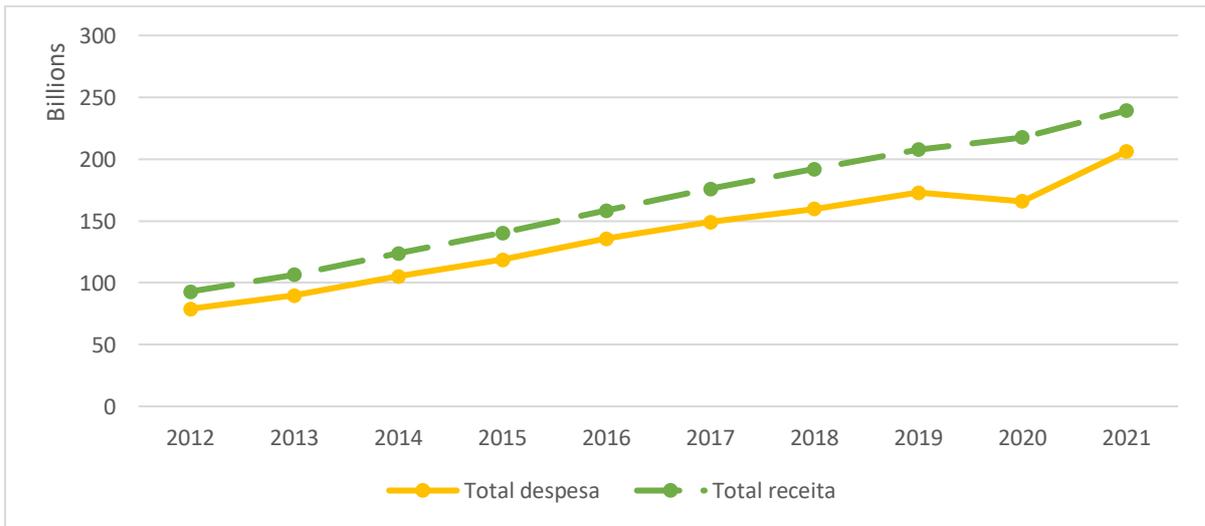
Ao se analisar o custo assistencial total ao longo de 10 anos, conforme a Figura 8, é possível ver uma tendência de crescimento, exceto no ano de 2020, onde houve uma menor utilização dos planos assistenciais devido a medidas de isolamento impostas pela Covid-19. Houve uma queda no número de consultas, de exames, terapias, internações e tratamentos, fruto do receio das pessoas em relação ao contágio, cancelamento de procedimentos eletivos por hospitais, dentre outros motivos.

Figura 7 - Custo assistencial por modalidade no período de 2012-2021



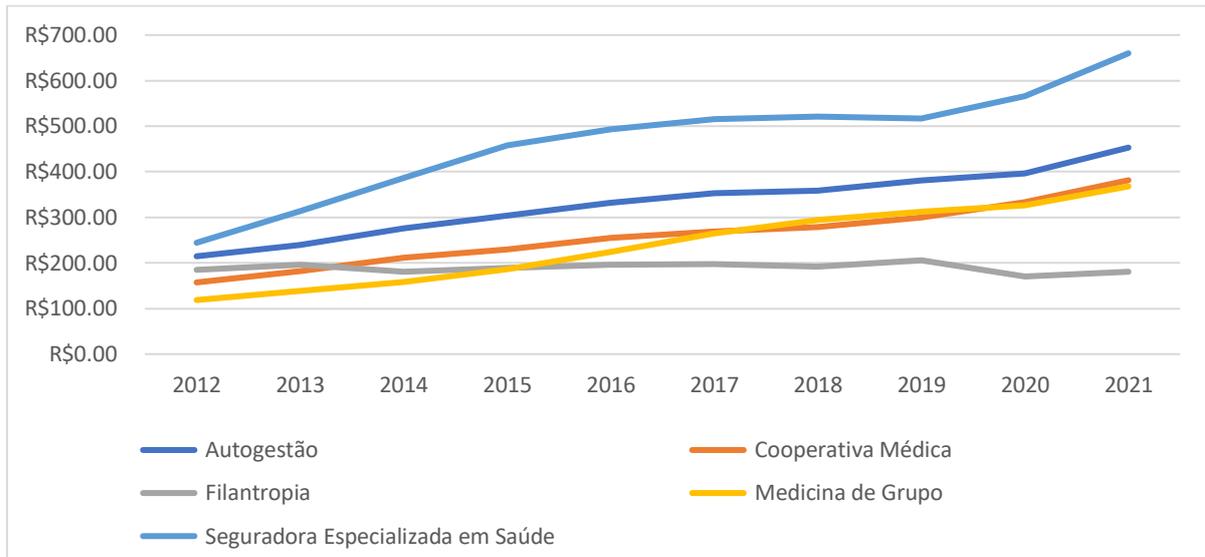
Fonte: Fonte: Elaboração própria a partir de dados do SIB/ANS/MS (2022).

Figura 8 - Evolução dos custos assistenciais nos planos de saúde no Brasil nos últimos 10 anos



Fonte: Fonte: Elaboração própria a partir de dados do SIB/ANS/MS (2022).

Figura 9 - Custo médio mensal por beneficiário no período de 2012-2021



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do SIB/ANS/MS (2022)

Em relação ao número de beneficiários, as duas com maior enfoque financeiro, cooperativa médica e medicina de grupo, possuem o maior quantitativo de vidas, logo o custo médio por beneficiário acaba sendo menor que de outras modalidades. Seguradora especializada em saúde e autogestão possuem o maior custo médio por beneficiário (FIGURA 9).

Em se tratando de autogestão, sem fins lucrativos, cujo intuito é prestar assistência médica aos trabalhadores de uma empresa, ocorre uma maior liberação de procedimentos com custos elevados para seus beneficiários, por outro lado, em seguradoras especializadas em Saúde, com fins lucrativos, o consumidor do seguro tem um contrato (apólice) que define as condições e os limites de reembolso, bem como a cobertura e a abrangência geográfica dos serviços.

A variação de custo Médico Hospitalar (VCMH) reflete a variação dos custos das operadoras de planos de saúde levando em consideração, internação, consultas, terapias e exames. Diferentemente do IPCA ou do IPCA Saúde, o VCMH não é apenas calculado com base na variação dos preços, mas também considerando a frequência com que um serviço é utilizado (IESS, 2022).

A análise da VCHM considera a variação dos custos das operadoras e planos de saúde a partir da comparação de dois períodos consecutivos de doze meses anteriores e, para definir, é considerado custo médico-hospitalar per capita. Segundo o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), órgão que regulariza o índice, é

selecionado uma amostra total de beneficiários dos planos de saúde para avaliar os custos das operadoras (OSORIO, 2022).

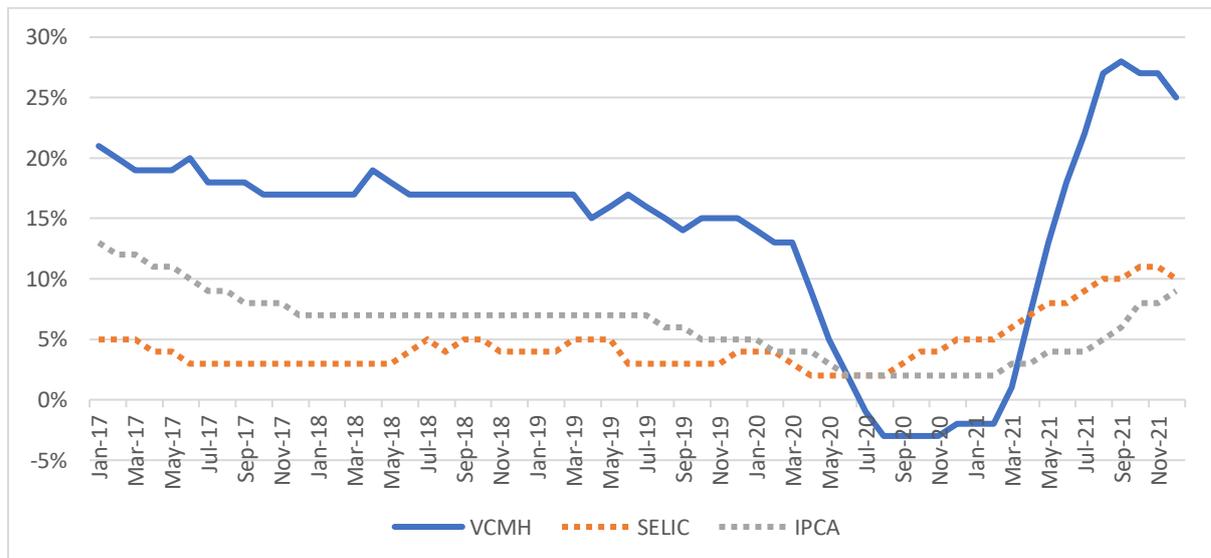
Tabela 2 - VCMH/IESS por item de despesa

Geral	dez/16	dez/17	dez/18	dez/19	dez/20	dez/21
Consulta	13,9	8,8	12,3	10	-28	22,8
Exames	11	10,4	9,9	11,3	-17	29
Internação	22,4	15,9	16,5	12,2	0,8	24,4
Terapia	25,9	25,6	31,3	26,2	7,6	13,5

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do IESS (2022)

A Figura 10 evidencia como o índice se revelou maior que a inflação considerando o período analisado.

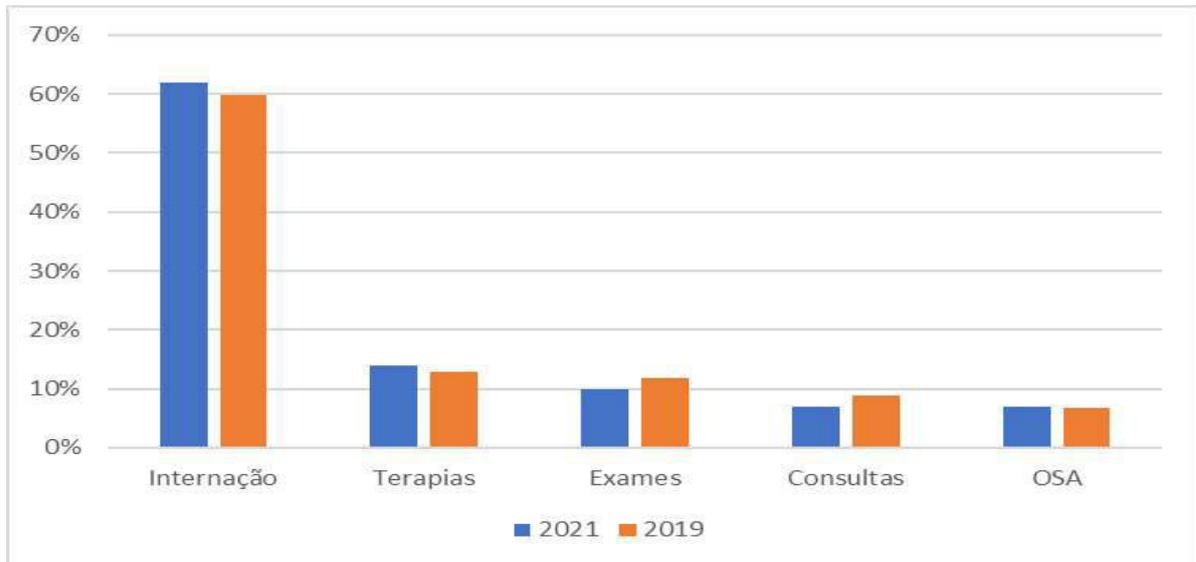
Figura 10 - Variação do índice VCMH em relação a SELIC e IPCA



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do IESS (2022)

A Figura 11 expõe os pesos do cálculo da VCMH. Em relação ao ano de 2021, internações foram responsáveis pelo maior peso (63%), seguidas por terapias (12%), exames complementares (10%), consultas (2%), e outros serviços ambulatoriais - OSA (8%). A VCMH é muito afetada pela variação das despesas com internações, composição diferente da de 2019, ano inicial da pandemia, onde internações apresentava 60%, terapias, 13%, exames, 12%, consulta, 9% e OSA, 7% (IESS, 2022).

Figura 11 - Variação peso VCMH 2019-2021



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do IESS (2022)

No Brasil, ainda não existem muitos estudos com foco em avaliar o gasto das operadoras de planos de saúde com seus prestadores de atenção à saúde de seus beneficiários, o gasto com a compra de um produto ou gastos com qualquer outro serviço que gere desembolso.

Em geral, as operadoras contratam os prestadores acordando com eles remuneração de seus serviços médico-hospitalares separados em tabelas de honorários e procedimentos médicos. Algumas das tabelas presentes nas negociações são as Tabela de Honorários e Serviços Médicos (THSM), Tabela de Serviços Hospitalares (TSH), Revista Brasíndice (guia que abrange assuntos farmacêuticos e hospitalares) e a Revista Simpro Hospitalar (que abarca informações e soluções em saúde). Os hospitais também podem possuir suas próprias tabelas para valores de diárias, separadas por clínicas, cirurgias e outras taxas (RIBEIRO; SANCHO; LAGO, 2015).

2.3 Covid 19

Em 31 de dezembro de 2019, em Wuhan na China, foi descoberto a partir de amostras em um grupo de pessoas com pneumonia sem causas conhecidas o primeiro caso de um novo agente do coronavírus, o sétimo da família com capacidade de infectar humanos. O novo agente do coronavírus, o SARS-COV-2, causador da COVID-19, com a taxa de infecção superior aos anteriores, fez com que em dois

meses depois da sua descoberta, a Organização Mundial de Saúde (OMS) decretasse estado de pandemia (ZHU *et al.*, 2020).

Conformes dados da WHO (2020), os sintomas podem ser divididos de acordo com o descrito no Quadro 1.

Quadro 1 - Sintomas Covid-19

Sintomas mais comuns:
Febre
Tosse
Cansaço
Perda de paladar ou olfato
Sintomas menos comuns:
Dor de garganta
Dor de cabeça
Dores e dores
Diarreia
Erupção cutânea na pele ou descoloração dos dedos das mãos ou dos pés
Olhos vermelhos ou irritados
Sintomas graves:
Dificuldade em respirar ou falta de ar
Perda de fala ou mobilidade, ou confusão
Dor no peito

Fonte: Elaboração própria

Durante a pandemia, o mundo assistiu o vírus assolando a China e as medidas tomadas com intuito de combater o vírus, colocando pessoas em isolamento, tirando crianças das escolas e adultos dos seus postos de trabalho, causou mortes, danos emocionais e financeiros (ZHANG, 2020). Mesmo com todos os esforços tomados para a não proliferação do vírus, em 26 fevereiro de 2020 foi confirmado o primeiro caso de COVID-19 no Brasil, um brasileiro de 61 anos vindo da Itália (CAVALCANTE *et al.*, 2020).

Em menos de um mês após a confirmação do primeiro caso, já era visto transmissões comunitárias. No dia 17 de março de 2020, houve o primeiro óbito relacionado a COVID-19, um idoso de São Paulo/SP que apresentava hipertensão e diabetes e sem histórico de viagem ao exterior. Em 22 de março de 2020, todas as Unidades Federativas já tinham reportado casos da doença (CAVALCANTE *et al.*, 2020).

Com a evolução dos casos em um curto espaço de tempo, em 06 de fevereiro de 2020 foi sancionada a Lei nº 13.979 que dispõe sobre as medidas para o enfrentamento da emergência pública decorrente do coronavírus. Em 11 de março de 2020 foi publicada a Portaria nº 356 que regulamenta o disposto na Lei nº 13.979.

No que diz respeito as medidas dispostas na Lei nº 13.979 (BRASIL, 2020), o Art. 3º ressalta que:

Art. 3º Para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, poderão ser adotadas, entre outras, as seguintes medidas:

- I - Isolamento;
- II - Quarentena;
- III - determinação de realização compulsória de:
 - a) exames médicos;
 - b) testes laboratoriais;
 - c) coleta de amostras clínicas;
 - d) vacinação e outras medidas profiláticas; ou
 - e) tratamentos médicos específicos;

Sobre os termos de isolamento e quarentena, o artigo o Art. 2º fala que:

Art. 2º Para fins do disposto nesta Lei, considera-se:

I - Isolamento: separação de pessoas doentes ou contaminadas, ou de bagagens, meios de transporte, mercadorias ou encomendas postais afetadas, de outros, de maneira a evitar a contaminação ou a propagação do coronavírus; e

II - Quarentena: restrição de atividades ou separação de pessoas suspeitas de contaminação das pessoas que não estejam doentes, ou de bagagens, contêineres, animais, meios de transporte ou mercadorias suspeitos de contaminação, de maneira a evitar a possível contaminação ou a propagação do coronavírus (BRASIL, 2020).

Mesmo com as medidas governamentais, sua elevada transmissibilidade, inclusive a partir de casos assintomáticos, aliada a ausência de imunidade prévia, inexistência de vacinas ou tratamentos reconhecidamente eficazes, além da vulnerabilidade brasileira, a proliferação do vírus se manteve em larga escala como pode ser visto na Figura 12 (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

A ANS também tomou medidas com o intuito de priorizar o combate à Covid-19, diante da necessidade de reduzir a sobrecarga das unidades de saúde, além de evitar exposição de indivíduos ao vírus, sem prejudicar o atendimento aos consumidores, priorizando aqueles que não podem ter seus tratamentos adiados ou interrompidos (BRASIL, 2020).

Desta forma, em reunião extraordinária realizada em 25 de março de 2022, ficaram prorrogados os prazos de atendimento para a realização de exames, terapias, consultas e cirurgias sem caráter de urgência, sendo suspensos também os prazos de atendimento em regime de Hospital-dia e atendimento de internação eletiva. Os tratamentos que não poderiam sofrer interrupções ou serem adiados, o que colocaria em risco a vida do paciente, ficariam mantidos os prazos já estabelecidos na Resolução Normativa nº 259 (BRASIL, 2020).

Além das medidas tomadas, a ANS recomendou que as operadoras se adequassem, priorizando a disponibilização de atendimento de forma remota, utilizando principalmente recursos de tecnologia de informação e comunicação conforme prevista nas resoluções dos conselhos de profissionais de saúde (BRASIL, 2020).

Os pacientes enquadrados nos casos citados abaixo, continuariam com o mesmo prazo estabelecido na Resolução Normativa nº 259, sem sofrer alterações.

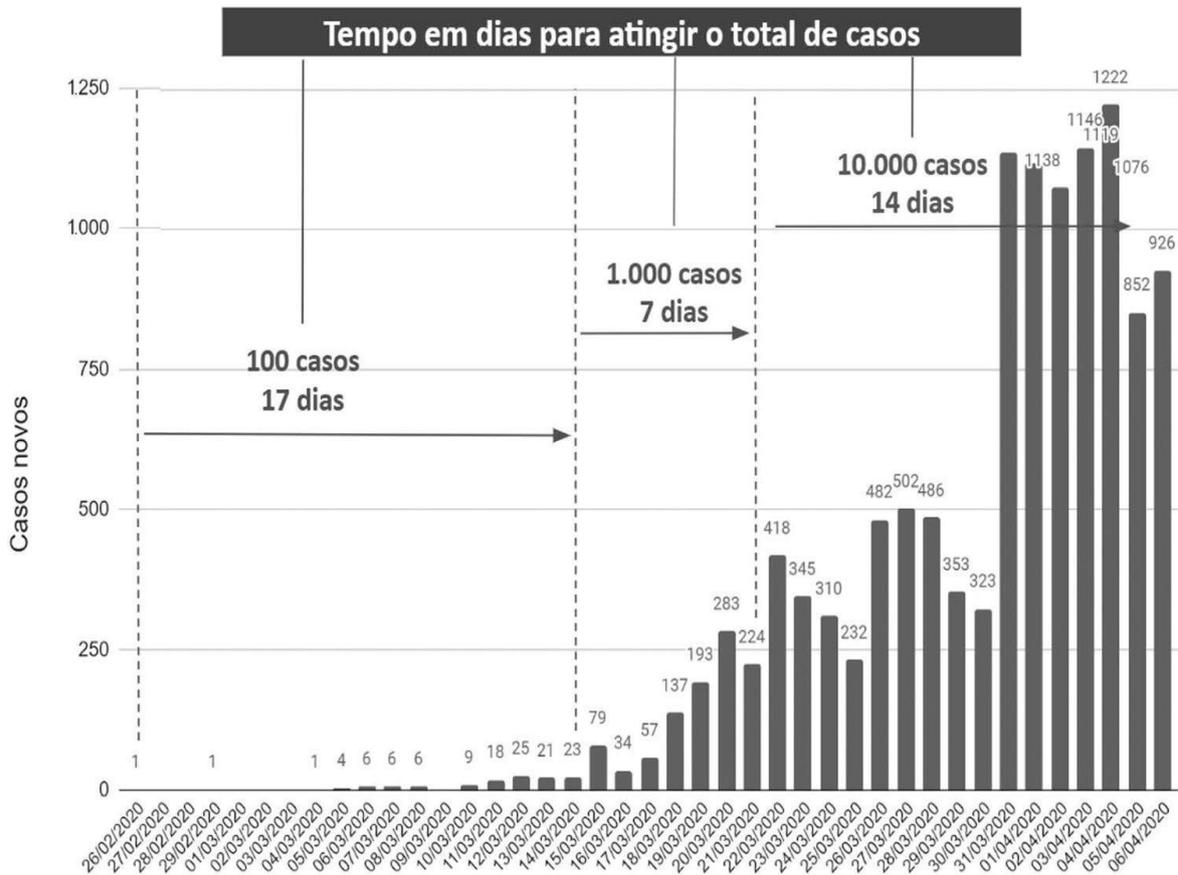
- a) atendimentos relacionados ao pré-natal, parto e puerpério;
- b) doentes crônicos; tratamentos continuados;
- c) revisões pós-operatórias;
- d) diagnóstico e terapias em oncologia;
- e) psiquiatria;
- f) tratamentos cuja não realização ou interrupção coloque em risco o paciente, conforme declaração do médico assistente (atestado).

Quadro 2 - Ampliação dos prazos de atendimento da RN 259

Serviços	Prazos máximos de atendimento (em dias úteis)	Prazos excepcionais em razão da Covid-19 (em dias úteis)
Consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia	07 (sete)	14
Consulta nas demais especialidades	14 (catorze)	28
Consulta/ sessão com fonoaudiólogo	10 (dez)	20
Consulta/ sessão com nutricionista	10 (dez)	20
Consulta/ sessão com psicólogo	10 (dez)	20
Consulta/ sessão com terapeuta ocupacional	10 (dez)	20
Consulta/ sessão com fisioterapeuta	10 (dez)	20
Consulta e procedimentos realizados em consultório/ clínica com cirurgião-dentista	07 (sete)	14
Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	03 (três)	6
Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	10 (dez)	20
Procedimentos de alta complexidade (PAC)	21 (vinte e um)	42
Atendimento em regime de hospital-dia	10 (dez)	Prazo suspenso
Atendimento em regime de internação eletiva	21 (vinte e um)	Prazo suspenso
Urgência e emergência	Imediato	Prazo mantido

Fonte: BRASIL (2020)

Figura 12 - Evolução da COVID-19 a partir do primeiro caso até 6 de abril de 2020



Fonte: OLIVEIRA *et al.* (2020)

À medida que os números de casos aumentavam em todo o país, o mesmo acontecia com a demanda por serviços hospitalares, levantando preocupações quanto à capacidade do hospital para atender todas as demandas.

Mesmo se tratando de um país híbrido quando se fala de oferecimento de serviços médicos, Sistema Único de Saúde - SUS e Saúde Suplementar – Setor privado, cerca de 80% da população do Brasil depende exclusivamente do SUS, número que sofre grande variação em todo país, refletindo as desigualdades. Em dezembro de 2019, 67% dos leitos hospitalares e 48% dos leitos de UTI disponíveis, foram ofertados na rede pública. Distribuição desigual, com 9 e 21 leitos por 100.000 habitantes das regiões Norte e Sudeste, respectivamente (CASTRO *et al.*, 2020).

Nos países em desenvolvimento, enfrentar à pandemia de COVID-19 se tornou ainda mais desafiador devido a elevada taxa de pobreza, instabilidade política, violência, analfabetismo, laboratórios de diagnóstico deficientes e outras doenças infecciosas. As condições socioeconômicas, de habitação e de acesso à infraestrutura

contribuem para ampliar a vulnerabilidade demandando medidas específicas para as diferentes porções do território (BARBOSA *et al.*, 2020).

A mortalidade na pandemia em adultos mais velhos chamou a atenção pela maior taxa de letalidade, principalmente nos que possuíam comorbidades como hipertensão, doenças cardiovasculares, diabetes, doenças respiratórias crônicas e doença renal crônica (DRC). Relatório sobre 355 pacientes com SARS-CoV-2 evidenciou que a idade média dos pacientes que não resistiram ao vírus foi de 79,5 anos (SHAHID *et al.*, 2020).

Dados sobre a COVID-19 indicam uma maior mortalidade entre pessoas com 80 anos ou mais, onde 14,8% dos infectados morreram, comparados a 8,0% entre os indivíduos de 70 a 79 anos e 8,8% entre os de 60 a 69 anos, taxa 3,82% maior que a média geral. Os idosos estão no centro da discussão da pandemia e carecem de atenção especial de saúde e enfermagem para minimizar os efeitos (HAMMERSCHMIDT; SANTANA, 2020).

Ao observar a população brasileira nos casos e óbitos por COVID-19 nos estados brasileiros, é possível notar uma maior mortalidade entre os idosos. Conforme a Tabela 3, os óbitos dos idosos representam quase 70% do total de mortes, enquanto o número de casos representa apenas 11,34%.

Tabela 3 - Número de óbitos por COVID-19 nos estados brasileiros e características populacionais. Brasil, 2020.

Estado	Casos Totais	Óbitos Totais	Casos Idosos	Óbitos Idosos	% Casos	% Óbitos	Pop. Total	Pop. Idosos
São Paulo	82161	6163	-	4495	-	72,94%	45.919.049	6.993.969
Rio de Janeiro	39298	4105	5823	2801	14,82%	68%	17.264.943	2.893.098
Ceará	35947	2330	6896	1602	19,18%	69%	9.132.078	1.148.430
Pernambuco	27759	2200	4546	1853	16,38%	84%	9.557.071	1.213.174
Amazonas	29867	1758	2091	662	7,00%	38%	4.144.597	311.473
Pará	26077	2375	5830	1673	22,36%	70%	8.602.865	763.716
Maranhão	22786	784	4063	560	17,83%	71%	7.075.181	722.295
Bahia	13899	460	542	306	3,90%	67%	14.873.064	1.919.264
Espirito Santo	10007	447	1678	327	16,77%	73%	4.018.650	566.931
Paraíba	7823	272	-	174	-	63,97%	4.018.127	546.557
Santa Catarina	6696	105	919	74	13,72%	70%	7.164.788	1.043.218
Minas Gerais	6668	226	1091	171	16,36%	76%	21.168.791	3.315.874
Rio Grande do Sul	6470	180	1151	152	17,79%	84%	11.377.239	2.069.569
Distrito Federal	5902	98	795	74	13,47%	76%	3.015.268	328.379
Alagoas	6214	316	1087	215	17,49%	68%	3.337.357	370.746
Sergipe	5314	93	507	59	9,54%	63%	2.298.696	253.134
Rio Grande do Norte	4709	184	779	118	16,54%	64%	3.506.853	445.618
Piauí	3550	110	644	77	18,14%	70%	3.273.227	411.268
Paraná	3212	153	595	106	18,52%	69%	11.433.957	1.712.479
Rondônia	3201	121	359	73	11,22%	60%	1.777.225	169.913
Goiás	2518	96	401	66	15,93%	69%	7.018.354	836.663
Roraima	2514	86	198	43	7,88%	50%	605.761	41.240

Fonte: BARBOSA *et al.* (2020)

Os idosos costumam ser mais vulneráveis a doenças infectocontagiosas como o coronavírus. Com a idade há a deterioração do sistema imunológico, o corpo pode não reagir de forma suficiente, sendo incapaz de combater a doença provocada pelo vírus, além de oferecer a possibilidade de ter resposta exagerada, prejudicando o organismo.

Segundo Médici (2020), uma série de fatores colaboram para que esse grupo seja mais afetado do que a população em geral, a saber:

- a) O sistema imunológico dos idosos costuma ser deficiente por causa da idade;
- b) As vacinas tomadas na juventude já não são tão eficazes, assim, há menos anticorpos no organismo;
- c) Os pulmões e mucosas tornam-se mais frágeis e vulneráveis a doenças virais;
- d) O idoso costuma engasgar e aspirar mais, inclusive levando mais a mão à boca, aumentando o risco de contágio;
- e) Ele também vai a hospitais com mais frequência, ficando mais exposto a micro-organismos.

Considerando o perfil de saúde da população idosa no Brasil, a gravidade da COVID-19 se torna de alto risco, já que a prevalência de doenças crônicas é alta. Hipertensão, diabetes, doenças respiratórias crônicas, doenças do coração ou câncer, estão diretamente associadas ao risco de severidade do coronavírus (ROMERO *et al.*, 2021). Na pandemia, o maior desafio é proporcionar uma abordagem diferenciada com intervenções adequadas às pessoas idosas, considerando as diversidades de estados funcionais e as características de saúde específicas dessa população.

3 METODOLOGIA

Por se tratar de uma temática recente, existem poucos estudos relacionando o impacto da pandemia em uma autogestão e para ampliar a discussão foram desenvolvidas pesquisas documentais de normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), União Nacional Instituições Autogestão em Saúde (UNIDAS), entre outros.

Este trabalho desenvolve também um estudo descritivo a partir de uma base de dados de uma operadora de autogestão com 37.859 beneficiários, grupo formado por profissionais, seus dependentes e agregados, com atendimento majoritariamente no nordeste do país, com o intuito de verificar o comportamento dos custos assistenciais em época de pandemia. Sem a identificação dos seus usuários.

Atualmente a empresa conta com 2 planos de saúde destinados aos funcionários, aposentados e pensionistas das entidades patrocinadoras e aos seus dependentes do núcleo familiar básico.

Para a análise do custo assistencial em época pandêmica foi considerado o período de janeiro de 2019 a agosto de 2022. A seleção desse intervalo de tempo é justificada pela intenção de se analisar os custos assistenciais pré, durante e pós pandemia.

A população de beneficiários é dividida em titulares, dependentes e agregados, segmentados por faixa etária e sexo. Serão apresentadas as distribuições percentuais, durante os anos selecionados, para cada uma das categorias.

No que se refere as faixas etárias, foi considerado o padrão disposto na Resolução Normativa nº 63/2003, a saber:

I - 0 (zero) a 18 (dezoito) anos; II - 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos; III - 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos; IV - 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos; V - 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos; VI - 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos; VII - 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos; VIII - 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos; IX - 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos; X – 59 (cinquenta e nove) anos ou mais (BRASIL, 2003).

4 RESULTADOS

4.1 Beneficiários

Pesquisa realizada pela União Nacional Instituições Autogestão em Saúde (UNIDAS) em 2021 com participação de 53 operadoras, que totalizam 2.654.328 beneficiários e representam 82,46 % da população total das autogestões, mostra que a faixa etária que possui a maior representatividade de beneficiários é a de 59 anos ou mais, representando cerca de 25% no ano de 2020 e 27% no ano de 2021. A proporção de idosos de autogestão representa (25,83%), índice maior que da saúde suplementar (14,24%).

A quantidade de centenários do sexo feminino representa quase 3 vezes a quantidade de centenários do sexo masculino, com maior incidência na região sudeste, seguida pelas regiões nordeste, sul, centro-oeste e norte para o ano de 2021 (UNIDAS, 2022).

Tabela 4 - Distribuição de vidas por Faixa Etária, Plano de Autogestão 2019, 2020 e 2021

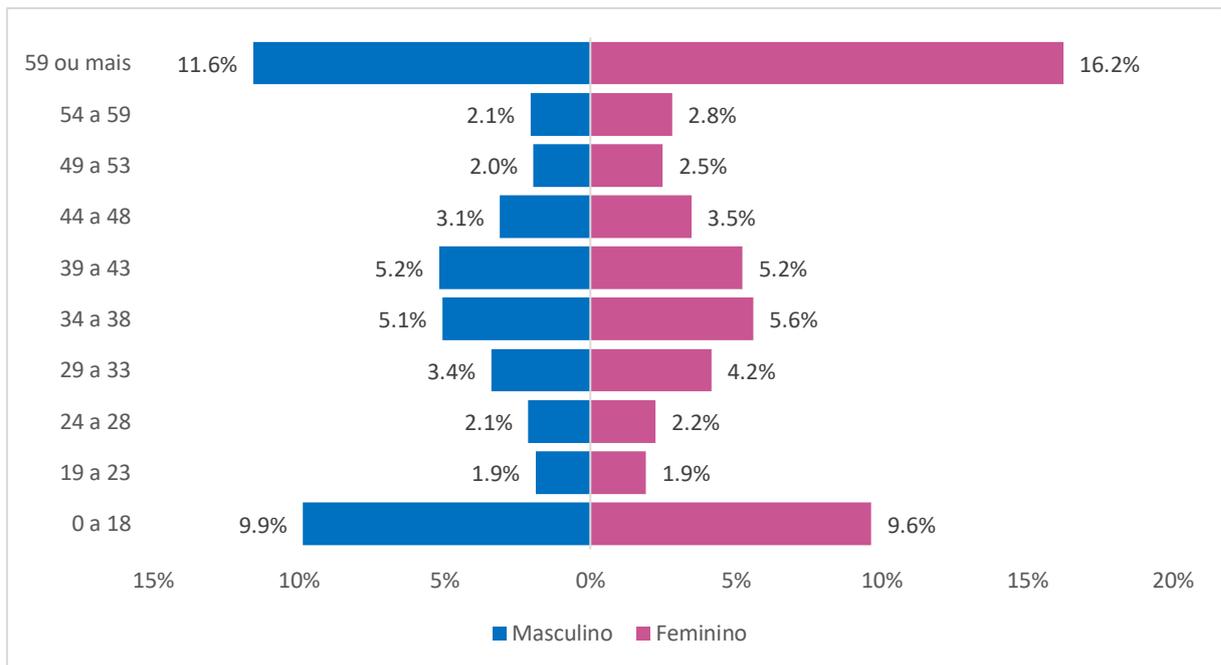
Faixa Etária	2019	Varição anual %	2020	Varição anual %	2021
00 - 18	7.162	2%	7.304	0%	7.335
19 - 23	1.527	-6%	1.442	-1%	1.425
24 - 28	1.992	-8%	1.842	-11%	1.641
29 - 33	3.286	-6%	3.077	-8%	2.840
34 - 38	4.334	-2%	4.240	-5%	4.012
39 - 43	3.444	8%	3.718	5%	3.918
44 - 48	2.076	7%	2.211	12%	2.468
49 - 53	1.706	-2%	1.676	0%	1.670
54 - 58	1.823	2%	1.862	-2%	1.828
59 +	10.246	1%	10.393	1%	10.453
Total Geral	37.596	0,45%	37.765	-0,46%	37.590

Fonte: Elaboração própria

Considerando a empresa analisada e o período considerado, a distribuição das vidas se manteve estável sem grandes alterações (Tabela 4). Há uma predominância de mulheres na maioria das faixas e as idades médias para os anos de 2019, 2020 e 2021 foram, respectivamente, 41, 42 e 43 anos. A operadora em 01.09.2022 apresentava 53,86% dos beneficiários do sexo feminino.

Analisando o cenário das vidas na data de 31.12.2021 a empresa já apresentava maior quantidade de vidas no sexo feminino, como observado na Figura 13, a partir da faixa 44 a 48 anos a uma predominância do sexo feminino em todas as faixas etárias. Também é possível observar que considerando todas as vidas ativas na empresa na data analisada, os beneficiários do sexo feminino na última faixa etária representam 16,2% de todas as vidas.

Figura 13 - Distribuição do sexo por faixa etária



Fonte: Elaboração própria

4.2 Custo assistencial

Foi observada a diminuição de 18,16% no custo total, considerando todos os beneficiários cobertos no plano no período de 2019-2020. Essa redução foi homogeneamente distribuída entre as categorias de beneficiários, com redução em todos os planos e faixas etárias. As mulheres são a maioria em todas as categorias e também as que apresentam maior custo ao plano.

Tabela 5 - Despesa assistencial bruta, plano de autogestão (2019 – 2021)

Faixa etária	2019	Variação %	2020	Variação %	2021
00 - 18	R\$ 10.550.834	-20%	R\$ 8.399.466	21%	R\$ 10.164.560

19 - 23	R\$ 3.850.439	-29%	R\$ 2.715.786	49%	R\$ 4.049.668
24 - 28	R\$ 5.634.980	-20%	R\$ 4.519.071	18%	R\$ 5.330.145
29 - 33	R\$ 11.189.962	-23%	R\$ 8.613.157	21%	R\$ 10.416.564
34 - 38	R\$ 14.489.112	-11%	R\$ 12.838.053	30%	R\$ 16.693.002
39 - 43	R\$ 13.094.696	-14%	R\$ 11.320.756	57%	R\$ 17.765.544
44 - 48	R\$ 8.442.506	-11%	R\$ 7.499.568	66%	R\$ 12.449.601
49 - 53	R\$ 7.374.685	-23%	R\$ 5.699.092	54%	R\$ 8.780.729
54 - 58	R\$ 12.504.429	-37%	R\$ 7.830.820	47%	R\$ 11.534.734
59 +	R\$ 123.964.216	-3%	R\$ 120.711.938	30%	R\$ 157.376.165
Total Geral	R\$ 211.095.862	-10%	R\$ 190.147.711	34%	R\$ 254.560.717

Fonte: Elaboração própria

Considerando o custo assistencial *per capita* por faixa etária, no período analisado é possível verificar que houve uma redução em todas as faixas observadas do ano de 2019 para 2020. Já para o ano de 2021 houve um acréscimo em relação ao ano de 2020.

Tabela 6 - Despesa custo médio per capita, plano de autogestão (2019 – 2021)

Faixa Etária	2019	Variação anual %	2020	Variação anual %	2021
00 - 18	R\$ 122,76	-22%	R\$ 95,43	21%	R\$ 115,48
19 - 23	R\$ 210,13	-24%	R\$ 158,82	49%	R\$ 236,82
24 - 28	R\$ 235,73	-3%	R\$ 229,49	18%	R\$ 270,68
29 - 33	R\$ 283,78	-11%	R\$ 252,73	21%	R\$ 305,65
34 - 38	R\$ 278,59	-4%	R\$ 266,66	30%	R\$ 346,73
39 - 43	R\$ 316,85	-24%	R\$ 240,79	57%	R\$ 377,86
44 - 48	R\$ 338,89	-25%	R\$ 253,23	66%	R\$ 420,37
49 - 53	R\$ 360,23	-21%	R\$ 284,39	54%	R\$ 438,16
54 - 58	R\$ 571,60	-38%	R\$ 356,98	47%	R\$ 525,84
59 +	R\$ 1.008,23	-5%	R\$ 962,34	30%	R\$ 1.254,63

Fonte: Elaboração própria

4.3 Custo assistencial por estado

Dada a massa populacional da empresa se concentrar principalmente no Nordeste, analisou-se a distribuição dos custos da autogestão segundo a unidade federativa. Observou-se que o Ceará possui o maior custo do país devido a maior concentração de beneficiários na localidade em todos os anos analisados 39,96%, 39,26% e 39,05% respectivamente, seguido por Pernambuco e Bahia.

Tabela 7 - Custo por Unidade Federativa, Plano de Autogestão 2019, 2020 e 2021

UF	2019	2020	2021
CEARÁ	R\$ 84.352.540,76	R\$ 74.652.317,75	R\$ 99.403.141,89
PERNAMBUCO	R\$ 29.707.865,32	R\$ 26.876.148,72	R\$ 38.576.669,10
BAHIA	R\$ 25.078.990,79	R\$ 22.761.665,24	R\$ 31.400.372,85
PARAÍBA	R\$ 12.301.591,19	R\$ 10.013.725,16	R\$ 14.533.749,84
SERGIPE	R\$ 10.196.183,50	R\$ 11.742.627,26	R\$ 14.860.124,49
RIO GRANDE DO NORTE	R\$ 9.093.219,37	R\$ 8.418.997,22	R\$ 12.129.227,11
MINAS GERAIS	R\$ 7.390.529,10	R\$ 7.746.308,51	R\$ 8.639.173,14
MARANHÃO	R\$ 6.071.081,66	R\$ 6.345.523,46	R\$ 9.434.607,66
ALAGOAS	R\$ 6.798.764,18	R\$ 5.092.203,50	R\$ 7.420.493,17
PIAUI	R\$ 6.841.832,62	R\$ 4.252.113,82	R\$ 5.145.690,83
SÃO PAULO	R\$ 5.228.843,00	R\$ 4.955.262,43	R\$ 4.849.342,22
DISTRITO FEDERAL	R\$ 3.682.247,76	R\$ 3.535.420,89	R\$ 5.628.650,05
RIO DE JANEIRO	R\$ 2.729.952,33	R\$ 2.325.589,72	R\$ 1.199.565,45
TOCANTINS	R\$ 899.259,81	R\$ 886.572,11	R\$ 652.652,40
ESPIRITO SANTO	R\$ 267.064,17	R\$ 183.306,38	R\$ 492.898,47
GOIÁS	R\$ 286.641,19	R\$ 171.967,21	R\$ 109.766,51
SANTA CATARINA	R\$ 72.523,14	R\$ 142.284,26	R\$ 35.280,00
RIO GRANDE DO SUL	R\$ 74.970,01	R\$ 15.454,44	R\$ 28.597,42
PARANÁ	R\$ 21.762,85	R\$ 30.223,02	-
PARÁ	-	-	R\$ 20.715,00
Total Geral	R\$ 211.095.862,75	R\$ 190.147.711,10	R\$ 254.560.717,60

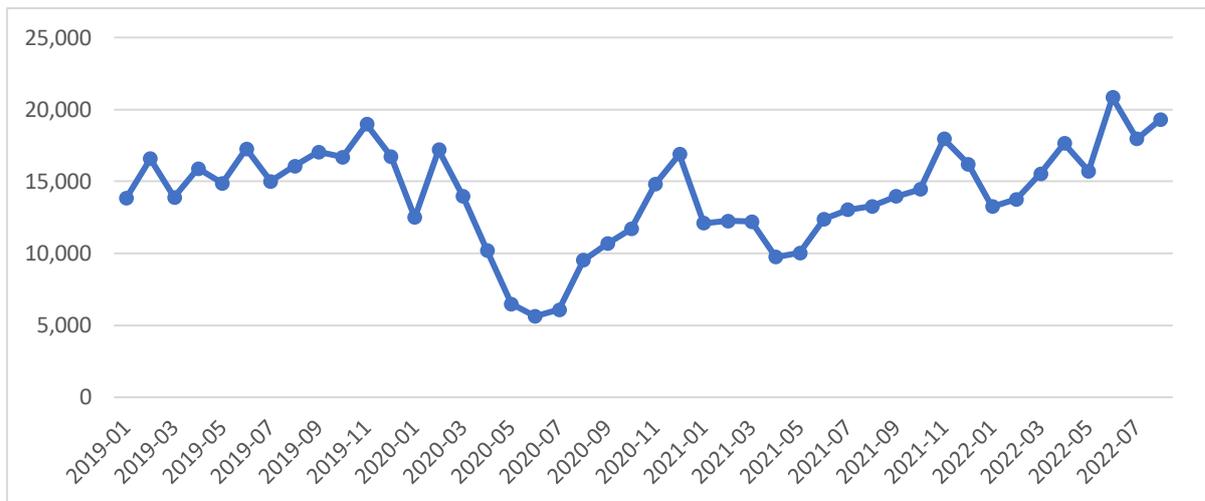
Fonte: Elaboração própria

4.4 Evolução do número de consultas

Durante o período analisado, é possível observar uma redução no número de consultas durante o ano de 2020. No ano de 2019 foram realizados um total de 192.860 consultas (155.304 em consultório, 31.881 em pronto socorro e 5.675 em forma de pacote já preestabelecido com o prestador). No ano de 2020 foram

realizadas 135.654 consultas (110.031 foram realizadas em consultório, 22.054 em pronto socorro, 2.716 em pacotes e 853 não identificadas). Já durante o ano de 2021 foram realizadas 157.579 consultas (131.444 em consultório, 22.089 em pronto socorro, 2.952 em pacotes e 1094 não identificadas). Conforme Figura 14 o número de consultas realizadas após a redução de 2020 já apresenta mesmo patamar das realizadas em 2019, com alguns picos em 2022.

Figura 14 - Evolução número de consultas realizadas.



Fonte: Elaboração própria

Com a redução do número de consultas é possível notar uma redução no custo com consultas. Seguindo a mesma linha vista na redução, do ano de 2019 para o ano de 2020 é observado uma diminuição no custo com consulta em R\$ 5.224.519,66 (29,05%). Já para o ano de 2021 é observado um acréscimo de R\$ 2.428.772,00 (19,04%) em relação ao ano anterior. Em valores mensais, o ano de 2021 possui um custo médio mensal de R\$ 1.265.676,33, enquanto o custo médio mensal de 2022 totalizou R\$ 1.575.348,75 (24,47% maior). Caso se mantenha a média mensal no ano de 2022, será o ano com maior custo com consultas desde 2019.

Figura 15 - Custo assistencial por mês.

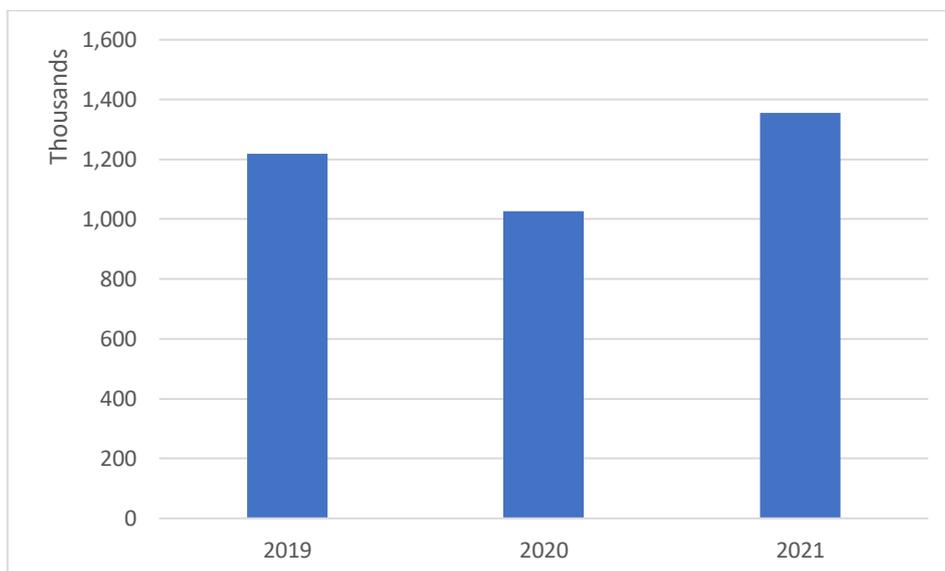


Fonte: Elaboração própria

4.5 Evolução no número de exames

Assim como o número de consultas, a quantidade de exames realizados no período sofreu grandes alterações, com uma redução observada no ano de 2020 de 1.218.250 para 1.026.451, diminuição de 15,74%. Para o ano de 2021 foi constatado valores superiores aos anos de 2019, com 1.355.282 exames realizados, 32,03% a mais quando comparado a 2020 e 11,24% a mais quando comparado a 2019. Considerando o ano de 2022, em oito meses completos, o número de exames realizados já totaliza 914.496.

Figura 16 - Quantidade de exames realizados



Fonte: Elaboração própria

Considerando todos os exames realizados no período é possível separar em 6 tipos de principais, a saber: laboratoriais, radiológicos, anatomias patológicas, endoscopias, medicina nuclear e outros exames. É apresentado a seguir a evolução quantitativa e de custo para cada um dos tipos aqui categorizados.

Para os exames Laboratoriais citam-se como exemplos: exames de Glicemia, exames de urina, colesterol, hemograma e Transaminases. Os exames laboratoriais fornecem informações que podem ser utilizadas para um diagnóstico ou prognóstico, auxiliando a prevenção de inúmeras doenças que podem aparecer de forma silenciosa, além de possivelmente evitar procedimentos mais invasivos.

Tabela 8 - Evolução exames laboratoriais

EXAMES LABORATORIAIS	2019	2020	2021
Quantidade	954.097	750.178	994.140
Custo Médio	R\$ 13,01	R\$ 13,00	R\$ 14,00
Exames por beneficiário	25	20	26
Exames por consulta	5	5,53	6,31

Fonte: Elaboração própria

Os exames de radiologia são utilizados para diagnosticar doenças através de exames de imagem de forma não invasiva para o corpo humano, permitindo diagnosticar e dimensionar fraturas em ossos, tumores, doenças neurológicas, lesões musculares, entre outras. Entre os exames mais realizados estão a ressonância magnética, tomografia computadorizada, ultrassom, mamografia e raio-X.

Tabela 9 - Evolução exames radiológicos

EXAMES RADIÓLOGICOS	2019	2020	2021
Quantidade	117.717	79.408	104.680
Custo Médio	R\$ 170,09	R\$ 173,00	R\$ 181,00
Exames por beneficiário	3,13	2	3
Exames por consulta	0,61	0,59	0,66

Fonte: Elaboração própria

A anatomia patológica é o ramo da patologia que estuda as alterações orgânicas causadas por doenças. O diagnóstico é feito através de avaliação nas alterações macroscópica e microscópica de tecidos e células. Exemplos de exames considerados de anatomia patológica são a punção de tireoide e análise de células cancerígenas retirando amostra do tecido através biopsia, aspiração, punção ou cirurgia.

Tabela 10- Evolução exames de anatomia patológica

EXAMES ANATOMIA PATOLÓGICA	2019	2020	2021
Quantidade	22.874	16.014	20.756
Custo Médio	R\$ 70,90	R\$ 74,00	R\$ 75,00
Exames por beneficiário	0,6	0,42	1
Exames por consulta	0,12	0,12	0,13

Fonte: Elaboração própria

Endoscópicos são exames voltados a obter imagens médicas diagnósticas utilizando um endoscópio. Entre os exames realizados tem-se a broncoscopia, exame realizado para analisar e avaliar detalhadamente toda região da traqueia, dos brônquios e parte do pulmão; colonoscopia, exame realizado para visualização de toda região interna do colón; cistoscopia, exame urológico que busca identificar alterações na região da bexiga e endoscopia digestiva alta, realizado para descobrir causas de problemas digestivos, como dores abdominais, refluxo e queimação.

Tabela 11 - Evolução dos exames endoscópicos

EXAMES ENDOSCÓPICOS	2019	2020	2021
Quantidade	11.412	7.257	9.147
Custo Médio	R\$ 359,18	R\$ 371,00	R\$ 392,00
Exames por beneficiário	0,3	0,19	0,24
Exames por consulta	0,06	0,05	0,06

Fonte: Elaboração própria

São denominados de medicina nuclear exames que utilizam uma diversidade de radionuclídeos em compostos específicos para a realização do exame, avaliando a fisiologia e o metabolismo do corpo com o registro de radioatividade, tem

como objetivo analisar tecidos e órgãos. Exames realizados nessa modalidade são: cintilografia óssea, gamagrafia com gálio, tomografia por emissão de pósitrons e gamagrafia de tireoide.

Tabela 12 - Evolução dos exames de medicina nuclear

EXAMES MEDICINA NUCLEAR	2019	2020	2021
Quantidade	1.266	786	1.030
Custo Médio	R\$ 863,46	R\$ 942,00	R\$ 892,00
Exames por beneficiário	0,03	0,02	0,027401
Exames por consulta	0,01	0,01	0,01

Fonte: Base de dados da autogestão em estudo, 2022.

Além das modalidades já citadas, tem-se outros exames realizados que não se enquadram em nenhum dos tipos citados anteriormente, porém, possuindo elevada taxa de utilização por usuário ao longo dos anos com custo médio sofrendo variação entre R\$ 65,87 à R\$ 67,00 no período analisado, um acréscimo maior que 2% no período analisado, sofrendo maior variação na quantidade de exames realizados, influenciada pelo aumento das consultas no período.

Tabela 13 - Variação de outros exames

EXAMES OUTROS	2019	2020	2021
Quantidade	110.884	77.890	104.353
Custo Médio	R\$ 65,87	R\$ 67,00	R\$ 67,00
Exames por beneficiário	2,9	2	3
Exames por consulta	0,57	0,57	0,66

Fonte: Base de dados da autogestão em estudo, 2022.

Considerando as incidências dos 8 primeiros meses de 2022, é esperado uma maior quantidade de exames em relação aos anos anteriores, um reflexo da demanda reprimida no principal ano de pandemia em que a quantidade total de exames teve uma redução em todos os tipos de exames.

5 DISCUSSÃO

5.1 Redução das consultas presenciais e crescimento das teleconsultas.

No ano de 2020 foi observada uma redução no custo assistencial em todas as modalidades de saúde suplementar, na empresa analisada a redução foi de 9,92% em relação ao ano anterior. Um dos pontos se deve a redução no número de consultas eletivas no período. Conforme publicado no relatório anual (UNIDAS, 2022), o número médio de consultas em autogestões por beneficiário reduziu de 5,29 para 3,96. Na empresa analisada essa redução foi de 5,12 para 3,59.

Na pandemia houve impacto a nível global nos atendimentos médicos, em muitos países os serviços de saúde foram reduzidos ou até mesmo cancelados, interrompendo serviços clínicos, cancelamento de adiamento de consultas médicas ou cirurgias eletivas. Uma das estratégias adotadas para o atendimento de beneficiários foi a tele consulta, alterando o fluxo de atendimento principalmente em atendimentos e procedimentos médicos não associados a COVID-19 (CAETANO *et al.*, 2020).

Mesmo antes da chegada da COVID-19 a teleconsulta já estava sendo utilizada, principalmente para atendimento em especialidades em que os médicos não estão facilmente disponíveis, como em países onde certas especialidades são escassas, principalmente longe dos grandes centros. No caso da COVID-19, foi adotado para tratamento rápido e sem risco de contaminações dos profissionais diretamente envolvidos no combate e que possuíam risco de infecção e adoecimento. Em vários países foi grande o número de profissionais afastados para ficar de quarentena o que afetou a força de trabalho (CAETANO *et al.*, 2020).

No Brasil, houve a regulamentação, em março de 2020, da modalidade de teleconsulta que ficou em evidência no período. A Câmara dos Deputados aprovou o Projeto de Lei nº 696/2020 que visava liberar o uso da telemedicina de forma emergencial enquanto durar a crise ocasionada pela pandemia. O Projeto de Lei foi sancionado em 15 de abril de 2020 com número 13.989/2020, com dois vetos.

O artigo 2º validava as receitas médicas digitais, desde que tivessem assinatura com certificação digital e o artigo 6º transferia para o Conselho Federal de Medicina a regulamentação da telemedicina após o fim da pandemia (BRASIL, 2020a).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) autorizou a teleconsulta de enfermagem, por meio da Resolução nº 634/2020, como estratégia para o combate a

pandemia pelo novo coronavírus (2019-nCoV ou SARS-CoV-2), com a finalidade de esclarecer para a população quaisquer dúvidas, orientar e fazer encaminhamentos (DA COSTA PEREIRA; CORREIA, 2020).

Com a redução de consultas eletivas houve a redução de 22,62% no custo total de exames no período e 15,74% na quantidade de exames realizados, realizadas majoritariamente por beneficiários do sexo feminino em todos os anos, alterações também presenciadas no relatório anual da UNIDAS no ano de 2022. Em 2020 o número de consultas representou uma redução de 21%, o número de consultas realizadas por beneficiários do sexo feminino se apresentou maior que o número referente aos beneficiários do sexo masculino, assim como os exames realizados (UNIDAS, 2022).

5.2 Redução no número de cirurgias realizadas.

No Brasil, o número de cirurgias eletivas reduziu consideravelmente durante a pandemia. Em todo território nacional, em 2020, houve uma redução de 41,5% do total de cirurgias eletivas. Com a redução da oferta de cirurgias por conta da pandemia acabou gerando atrasos para realização, ocasionando agravamento de condições preexistentes, piora do prognóstico do paciente, aumento da mortalidade e maior impacto financeiro para os sistemas de saúde (GOIÁIS *et al.*, 2021).

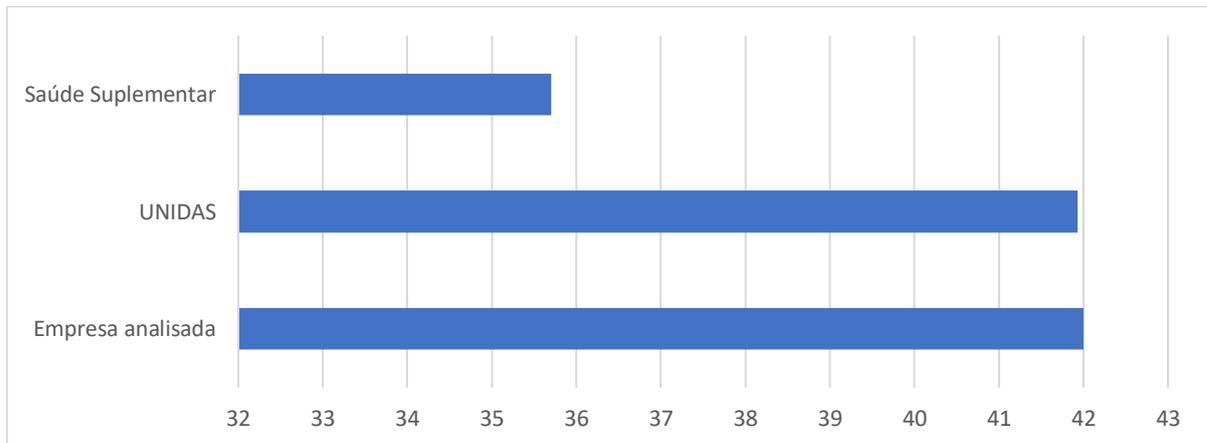
Respostas rígidas de políticas governamentais estão associadas diretamente ao aumento nos atrasos de cirurgias eletivas e das reduções das cirurgias de emergência. O grande acúmulo eletivo também compreende intervenções cirúrgicas proveniente de tratamento de câncer ou de outras condições que sem um tratamento no momento adequado pode piorar a condição do paciente significativamente (TRUCHE *et al.*, 2021).

É necessária uma retomada de forma gradual das cirurgias eletivas uma vez que a pandemia da COVID-19 sofreu bastante o impacto pelos cancelamentos. É importante que esse retorno seja de forma gradual, priorizando pacientes que apresentam maiores necessidades e que possuem maiores graus de complexidade (JORGE *et al.*, 2022).

5.3 Envelhecimento da população coberta e suas consequências.

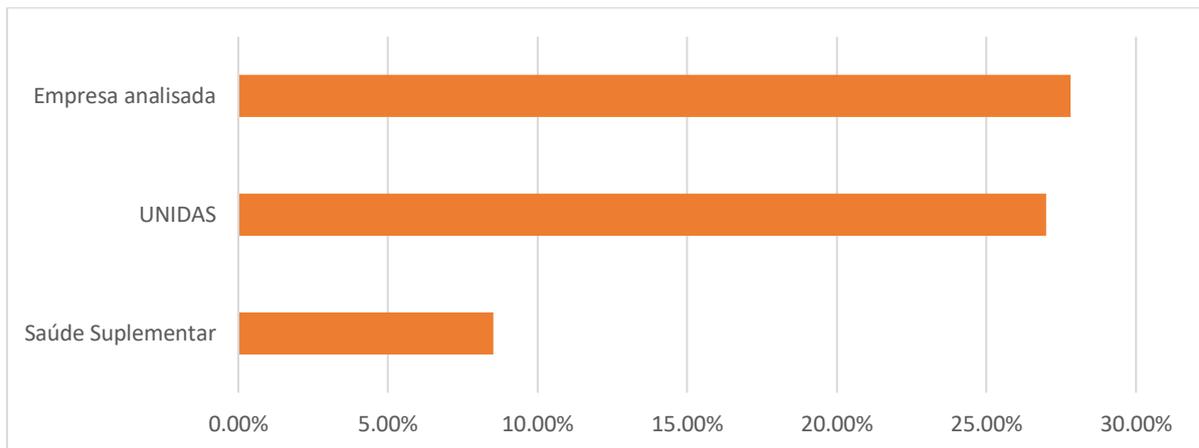
A idade média em 2021 da operadora analisada era de 42 anos, ao passo que a idade média em das autogestões é de 41,93, enquanto que ao se considerar todo setor de saúde suplementar no Brasil, conforme a ANS, esta média está em 35,7 anos. A população idosa (acima de 60 anos) representava 22,73% da população total do estudo, 0,81% maior que a média das autogestões (UNIDAS, 2022) e 12,78% maior que a média do setor suplementar (ANS, 2021).

Figura 17 - Idade média em relação as autogestões e a ANS



Fonte: Elaborada pelo Autor.

Figura 18 - Porcentagem de beneficiários superiores a 60 anos



Fonte: Elaborada pelo Autor.

Como visto, a modalidade de autogestão possui a maior porcentagem de beneficiários superiores a 60 anos, além de possuir uma idade média elevada em comparação as outras modalidades, muito se deve ao modelo presente na

modalidade, por ser um plano privado de uma empresa, a adesão se deve somente pessoas ligadas direta ou indiretamente à entidade.

Com o envelhecimento é inevitável um declínio funcional, de modo progressivo e irreversível, diversas áreas perdem funcionalidade e não volta à condição inicial. Com o declínio surge a principal problemática, a fragilidade, uma condição que coloca o organismo em risco, um idoso não sofre de uma doença por ser idoso e sim o risco de surgir está aumentado em relação a uma pessoa jovem (CARVALHO; MARTINS, 2016).

O declínio funcional pode ser visto em várias habilidades, físicas ou mentais, com o envelhecimento do indivíduo vários pontos podem ser destacados como, envelhecimento cerebral, alterações anatômicas, envelhecimento cardiovascular, do aparelho respiratório, do aparelho digestório, do sistema urinário e do sistema imunológico (CARDOSO, 2009).

Ainda conforme Cardoso (2009), entre as habilidades reduzidas citam-se os exemplos abaixo:

- a) Envelhecimento cerebral: Com o envelhecimento o adulto tem mais dificuldades de assimilar novas informações com a habilidade de raciocínio diminuída;
- b) Alterações anatômicas: Após os 50 anos de idade, começa-se uma atrofia óssea, perda da massa óssea que poderá levar a fraturas;
- c) Envelhecimento cardiovascular: A função cardiovascular fica prejudicada, com a diminuição da resposta de frequência cardíaca ao estímulo, ocorre maior prevalência de hipertensão Arterial sistólica isolada, ocasionando maior risco de eventos cardiovasculares;
- d) Envelhecimento do aparelho respiratório: A musculatura da respiração se altera, enfraquecendo a medida do envelhecimento, resultando na redução das pressões máximas inspiratórias e expiratórias, gerando um grau maior de dificuldade para conseguir executar a dinâmica respiratória;
- e) Envelhecimento do aparelho digestório: No reto e no ânus são observadas alterações com espessamento e alterações do colágeno além da redução da força do musculo, que acabam diminuindo a capacidade de retenção fecal;

- f) Envelhecimento do sistema urinário: Aos 80 anos de idade ocorre uma diminuição da função renal em cerca de 50%;
- g) Envelhecimento do sistema imunológico: com o envelhecimento ocorre diminuição gradual das funções do sistema imunológico, podendo desenvolver as patologias infecciosas e alguns tipos de câncer.

Algumas patologias possuem maior incidência, como, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), doenças cardiovasculares, respiratórias, osteomusculares, neuropsiquiátricas e algumas neoplasias. Pode-se minimizar o risco de surgimento através do estilo de vida levado pelos idosos, fatores como alimentação saudável, prática de atividade física, relacionamento interpessoal e comportamento preventivo (MEDEIROS, 2017).

Na pandemia da COVID-19, com a propagação do vírus SARS-CoV-2 o grupo de risco é composto principalmente pelos idosos e pessoas que possuem outras condições de saúde subjacentes, como hipertensão arterial sistêmica diabetes mellitus, doenças respiratórias crônicas e doenças cerebrovasculares (ZHOU; ZHANG; QU, 2020), condições de saúde que necessitam de assistência contínua e que por sua vez possuem maior prevalência na população mais idosa. No ano de 2020 com a redução de consultas e exames o acompanhamento para prevenção ou controle das patologias acabaram sendo adiados para os anos seguintes.

No ano de 2021 houve um aumento no custo assistencial de 33,88% em relação ao ano de 2020 e 20,59% em comparação a 2019, elevação que já era esperada com a redução dos custos no ano de 2020. Nessa perspectiva de crescimento do custo assistencial, o superintendente executivo da ANS, Marcos Novais, ponderou que “esse é um ciclo da pandemia. A pandemia gerou uma distorção nas nossas despesas. As despesas em um momento caem e, em um outro momento, que é ano passado, elas explodem” (RIOS, 2022).

Durante a pandemia de Covid-19 houve um grande impacto geral no diagnóstico de doenças, durante a pandemia médicos alertaram sobre riscos com exposição a outras doenças, conforme a Associação Brasileira de Medicina Diagnostica (ABRAMEDE) cerca de 165 milhões de exames diagnósticos deixaram de ser realizados no ano inicial da pandemia (MACHADO, 2022).

O câncer é uma das principais doenças que necessitam de um diagnóstico rápido pela necessidade de tratamento urgente mediante ao risco da doença à saúde do indivíduo e a sua rápida evolução. Levantamento feito pelo Instituto Oncoguia, em

parceria com a farmacêutica Roche, mostra que houve uma redução de um pouco menos que 40% na quantidade de biópsias realizadas durante o ano de 2020, conforme dados do DATASUS. Além disso, considerando somente os dois primeiros meses de pandemia a estimativa da Sociedade Brasileira de Patologia (SBP) e da Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica (SBCO) conclui que 50 mil novos casos não foram diagnosticados no Brasil (MACHADO, 2022).

A retomada de consultas e exames foram vistas em doenças crônicas, conforme pesquisa feita pelos associados da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC) mais de 74% dos entrevistados tiveram um ou mais pacientes que interoperam ou adiaram o tratamento durante a pandemia e Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), com o resultado apresentado em julho de 2020 informando que aproximadamente 90% dos participantes informaram que houve redução igual ou maior a 50% nas cirurgias eletivas (CFM, 2021).

No ano de 2016 as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) foram responsáveis por 41 milhões das 57 milhões de mortes no mundo (71%), as principais DCNT responsáveis por aumentar o número de mortes são: as de doenças cardiovasculares (17,9 milhões de óbitos 44% das mortes de DCNT e 31% de todas as mortes no mundo); câncer (9 milhões de óbitos 22% das mortes de DCNT e 16% das mortes globais); doenças respiratórias crônicas (3,8 milhões de mortes, 9% de todas as mortes por DCNT e 7% de todas as mortes globais); e por fim diabetes (1,6 milhão de mortes, 4% de todas as mortes por DCNT e 3% de todas as mortes globais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Considerando o cenário nacional, no ano de 2019, ocorreu 738.371 mortes ocorridas no território nacional foram causadas por DCNT 54,7% do total de óbitos, além de registrar 11,5% de mortes devido aos agravos das comorbidades. Do total, 41,8% das mortes com DCNT ocorreram de forma prematura, entre 30 e 69 anos de idade (BRASIL, 2021).

O aumento das doenças crônicas não transmissíveis estão relacionadas principalmente aos altos níveis de fatores evitáveis, considerando as quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes) estão ligadas a fatores como uso de tabaco, uso nocivo de álcool, sedentarismo e dietas não saudáveis levando a problemas como aumento da pressão arterial, sobrepeso/obesidade e aumento da glicose no sangue (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Os custos socioeconômicos associados com as DCNT têm impacto direto na economia dos países, estimado em US\$ 7 trilhões durante o período de 2011-2025 em países de baixa renda e média renda. Além disso, conforme avaliado pela OMS as pessoas com DCNT possuem uma situação de pobreza agravada pelos maiores gastos dos familiares com a doença, além do gasto com a procura de serviços, dentre outros (MALTA *et al.*, 2017).

Por serem doenças com progressões lentas e de longa duração, costumam evoluir com o acúmulo de comorbidades no passar do tempo, assim, resultando maior impacto na população idosa necessitando de maior recurso financeiro para tratamento, tanto por parte do beneficiário como por parte da operadora. Conhecer os portadores de DNCT dentre os beneficiários é fundamental para inibir a progressão da doença, sendo o principal meio para reduzir o custo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os custos assistências de uma operadora de autogestão são superiores quando comparados com outras modalidades, considerando a maior assistência para os beneficiários, maior flexibilidade na concessão dos procedimentos, maior gasto com rede terceirizada, além de possuir uma população com idade média elevada.

Em um plano de autogestão onde o foco é exclusivamente os beneficiários e que não possui fins lucrativos, geralmente os beneficiários possuem menos restrições de tratamentos, medicamentos, procedimentos, além de contar com uma grande gama de hospitais, clínicas de exames, clínicas especializadas, entre outros.

No ano de 2020 houve redução no custo assistencial, a redução foi mais visível nas consultas, exames e cirurgias eletivas, descontinuando tratamentos de doenças já preexistentes e afetando o descobrimento de doenças, retardando o início do tratamento adequado para a patologia.

Com público majoritariamente no Nordeste, 91,50% das vidas, e 39,05% no estado do Ceará o custo assistencial da operadora analisada se alterou, resultado dos decretos governamentais no período. A maioria dos estados do nordeste mantiveram o isolamento social acima de 40%, registrando reduções a partir da segunda metade de maio, com as maiores taxas de *lockdown* e distanciamento social sendo observado no estado do Ceará (KERR *et al.*, 2020).

Durante o ano de 2020 as cirurgias eletivas ficaram suspensas na rede pública, medida que foi seguida por hospitais particulares, além de suspender o atendimento em ambulatórios de hospitais e laboratórios, públicos e privado.

Planos de saúde de autogestão utilizaram principalmente rede contratada, onde o serviço prestado pode ser conveniado ou terceirizado. Os atendimentos em rede contratada em 2021 representam 72,29% dos casos, contra 5,70% em rede própria e 22,02% em outros tipos (UNIDAS, 2022).

A empresa analisada possui apenas rede contratada, assim, os custos apresentados levam em consideração a rede credenciada, apresentando variação de reajuste nos exames, consultas, cirurgias e demais procedimentos. Outra característica peculiar desse tipo de operadora é o credenciamento e descredenciamento de prestadores, sempre priorizando a satisfação dos usuários, o que, por vezes, pode elevar os custos.

O principal desafio é organizar medidas com foco em promover a prevenção dos beneficiários, principalmente os mais idosos com predisposição a doenças crônicas que suspenderam suas consultas e exames de rotina durante o período, assim, conseguir amenizar o impacto deixado pela pandemia.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Sala de Situação. 2021. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao>. Acesso em: 01. julho. 2022.

ANS. Caderno de Informações da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Ano 13 (junho 2019), Rio de Janeiro: ANS. 2019. ISSN online 1981-0962

BAHIA, Lígia . Tese (Doutorado) - Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz Rio de Janeiro, 1999.

BARBOSA, I. R. et al. **Incidence of and mortality from COVID-19 in the older Brazilian population and its relationship with contextual indicators: an ecological study**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 23, n. 1, 2020.

BRASIL. **ANS adota medidas para que operadoras priorizem combate à Covid-19**. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/covid-19/ans-adota-medidas-para-que-operadoras-priorizem-combate-a-covid-19>. Acesso em: 12 outubro. 2022.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 1 setembro. 2022.

BRASIL, Lei 13.989 de 15 de abril de 2020. **Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2)**. Diário Oficial da União, Brasília, 16 de abril de 2020 a. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.989-de-15-de-abril-de-2020-252726328>. Acesso em 01. outubro.2022

BRASIL, Lei 13.979 de 06 de fevereiro de 2020. **Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019**. Diário Oficial da União, Brasília, 06 de fevereiro de 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.979-de-6-de-fevereiro-de-2020-242078735>. Acesso em 01. outubro.2022

BRASIL. LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, 19 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em 01.outubro.2022

BRASIL. LEI No 9.961 DE 28 DE JANEIRO DE 2000. **Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, 28 de janeiro de 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm. Acesso em 01. outubro.2022

BRASIL, Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil**. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf. Acesso em: 29 outubro 2022.

BRASIL. RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N° 63 DE, 22 DE DEZEMBRO DE 2003. **Define os limites a serem observados para adoção de variação de preço por faixa etária nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 2004**. Disponível em: https://www.normasbrasil.com.br/norma/resolucao-normativa-63-2003_99235.html. Acesso em 07 outubro. 2022.

BRASIL. RESOLUÇÃO NORMATIVA N° 137, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2006. **Dispõe sobre as entidades de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar**. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2006/res0137_14_11_2006.html. Acesso em 07 outubro. 2022.

CAETANO, R. et al. **Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro**. Cadernos de Saúde Pública, v. 36, n. 5, 2020.

CARDOSO, A. F. **Particularidades dos idosos: Uma revisão sobre fisiologia do envelhecimento**. Revista Digital, v. 13, n. 130, p. 1-1, 2009.

CARVALHO, M. S.; MARTINS, J. C. A. **Palliative Care for Institutionalized Elderly Persons: Experience of Caregivers**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 19, n. 5, p. 745–758, out. 2016.

CASTRO, M. C. et al. **Demand for hospitalization services for COVID-19 patients in Brazil**. 2020.

CAVALCANTE, J. R. et al. **COVID-19 no Brasil: evolução da epidemia até a semana epidemiológica 20 de 2020**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 29, n. 4, p. e2020376, 10. agosto. 2020.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Pandemia derruba quase 30 milhões de procedimentos médicos em ambulatórios do SUS**. 2021. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/pandemia-derruba-quase-30-milhoes-de-procedimentos-medicos-em-ambulatorios-do-sus>. Acesso em: 29. outubro. 2022.

DA COSTA PEREIRA, F. Á.; CORREIA, D. M. D. S. **Uso da Teleconsulta pelo enfermeiro a cardiopatas: uma reflexão durante pandemia por COVID-19 no Brasil**. Enfermagem em Foco, v. 11, n. 2.ESP, 18 dez 2020.

DATASUS. tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em 13 setembro. 2022.

DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT, Karina Silveira; SANTANA, Rosimere Ferreira. **Saúde do idoso em tempos de pandemia COVID-19**. Cogitare enfermagem, v. 25, 2020.

DUARTE, C. M. R. **UNIMED: história e características da cooperativa de trabalho médico no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, v. 17, n. 4, p. 999–1008, 2001.

FERREIRA, L. F. **Delimitação de mercados relevantes de planos de saúde e análise de concentração**. bibliotecadigital.fgv.br, 2020.

GRANDRA, A. **Beneficiários de planos de saúde somam quase 49 milhões, diz ANS**. 2022. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2022-01/beneficiarios-de-planos-de-saude-somam-quase-49-milhoes-diz-ans>. Acesso em: 15 setembro 2022.

IESS. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar **Variação do Custo Médico-Hospitalar (VCMH)**. 2022. Disponível em: <https://www.iess.org.br/temas-relevantes/variacao-do-custo-medico-hospitalar-vcmh> Acesso em 25 de setembro. 2022

KERR, L. et al. **COVID-19 no Nordeste brasileiro: sucessos e limitações nas respostas dos governos dos estados**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, n. suppl 2, p. 4099–4120, 2020.

MACHADO, R. **2022 deve ser o ano da retomada de exames e diagnósticos não relacionados à Covid**. 2022. Disponível em: <https://futurodasaude.com.br/2022-deve-ser-o-ano-da-retomada-de-exames-e-diagnosticos-nao-relacionados-a-covid/>. Acesso em: 29 outubro 2022.

MALTA, D. C. et al. **Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the National Health Survey in Brazil**. Revista de Saúde Pública, v. 51, n. suppl 1, 2017.

MEDEIROS, C. B. **Acolhimento à pessoa idosa: o olhar do usuário na atenção básica**. repositorio.ufrn.br, 2017.

OLIVEIRA, W. K. DE et al. **Como o Brasil pode deter a COVID-19**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 29, n. 0, maio 2020.

OSORIO, A. **O que é VCMH? Como calcular? Para que serve?**. 2022. Disponível em: <https://orienteme.com.br/blog/vcmh>. Acesso em: 25 setembro. 2022

RIBEIRO, M. G.; SANCHO, L. G.; LAGO, R. F. DO. **Gastos com internação do idoso em serviços privados de terapia intensiva em três capitais da região sudeste: São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte**. Cadernos Saúde Coletiva, v. 23, n. 4, p. 394–401, dez. 2015.

RIOS, Silvério. **Planos de saúde alegam “explosão” de despesas em 2021 e preveem reajuste de 16% neste ano - Notícias**. 2022. Disponível em: https://www.camara.leg.br/noticias/877138-planos-de-saude-alegam-explosao-de-despesas-em-2021-e-preveem-reajuste-de-16-neste-ano/?utm_source=Twitter&utm_medium=Link&utm_campaign=undefined. Acesso em: 27 outubro 2022.

ROMERO, D. E. et al. **Idosos no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho**. Cadernos de Saúde Pública, v. 37, n. 3, 2021.

ROSA, Tereza Cristina; RODRIGUES, José. **Gestão dos Planos de Saúde na modalidade de Autogestão: Estudo de caso em uma Autarquia Federal**. XII SEGeT, p. 1, 2015.

SATO, F. R. L. **A teoria da agência no setor da saúde: o caso do relacionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar com as operadoras de planos de assistência supletiva no Brasil**. Revista de Administração Pública, v. 41, n. 1, p. 49 a 62–49 a 62, 2007.

GOIAIS. (ESTADO) S. DE E. DA et al. **Covid-19: demanda reprimida de cirurgias eletivas**. pesquisa.bvsalud.org, p. 1–5, 2021.

SHAHID, Z. et al. **COVID -19 and Older Adults: What We Know**. Journal of the American Geriatrics Society, v. 68, n. 5, 2020.

TRUCHE, P. et al. **Association between government policy and delays in emergent and elective surgical care during the COVID-19 pandemic in Brazil: a modeling study**. The Lancet Regional Health - Americas, v. 3, p. 100056, 2021.

UNIDAS, autogestão em saúde. **Pesquisa Nacional 2022**. São Paulo, 2021. Disponível em: https://unidas.org.br/restrito/documentos/index.php/download/relatorio_2022. Acesso em 25 de agosto de 2022

VARELLA, Fernanda. **O colapso da saúde no Brasil**. 2022. Estadão. Disponível em: <https://politica.estadao.com.br/blogs/fausto-macedo/o-colapso-da-saude-no-brasil>. Acesso em 11 set. 2022.

WHO, World Health Organization. **Coronavirus**. 2020 Disponível em: https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_3. acesso em 20 de setembro de 2022

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Noncommunicable diseases country profiles 2018**. 2018.