



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

LARISSE MAIA MESQUITA

CARACTERÍSTICAS DOS BENEFICIÁRIOS COM TRANSTORNO DO
ESPECTRO AUTISTA NA CARTEIRA DE UMA OPERADORA DE PLANO
DE SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO

FORTALEZA

2022

LARISSE MAIA MESQUITA

CARACTERÍSTICAS DOS BENEFICIÁRIOS COM TRANSTORNO DO
ESPECTRO AUTISTA NA CARTEIRA DE UMA OPERADORA DE PLANO
DE SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO

Monografia apresentada à Faculdade de
Economia, Administração, Atuária e
Contabilidade, como requisito parcial
para obtenção do título 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)

M544c Mesquita, Larisse Maia.

Características dos beneficiários com transtorno do espectro autista na carteira de uma operadora de plano de saúde : um estudo de caso / Larisse Maia Mesquita. – 2022.
65 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, 2022.

Orientação: Profa. Ma. Alana Katielli Nogueira Azevedo.

1. Transtorno do espectro autista. 2. Operadoras de planos de saúde. 3. Autismo. 4. Saúde Suplementar. I. Título.

CDD 368.01

LARISSE MAIA MESQUITA

CARACTERÍSTICAS DOS BENEFICIÁRIOS COM TRANSTORNO DO
ESPECTRO AUTISTA NA CARTEIRA DE UMA OPERADORA DE PLANO
DE SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO

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

Aprovada em ___/___/___.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Ms. Alana Katielli Nogueira Azevedo
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a. Dra. Alane Siqueira Rocha
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Cláudio Bezerra Leopoldino
Universidade Federal do Ceará (UFC)

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e pelas bênçãos que recaem sobre mim e minha família.

Agradeço imensamente a todos os meus familiares, em especial meus pais, Naide e Marcos, por toda dedicação à nossa família, amor dado e atenção direcionada para a minha educação. Sou grata a todo apoio que foi dado por todos os caminhos que decidi seguir.

A minha irmã, Letícia, por toda amizade, apoio, pelas conversas, por me acompanhar em cada passo importante e por estimular minha criatividade.

Ao meu namorado, Carlos Germano, por todo o companheirismo, carinho, paciência e por todo o suporte em momentos de cansaço, agradeço pelas risadas que me foram proporcionadas.

A todos os meus amigos da vida, da graduação em biotecnologia e da graduação em atuária, por todo companheirismo, a vida acadêmica foi melhor com vocês ao meu lado.

A todos os professores, que desempenharam com dedicação as aulas ministradas, contribuindo para a minha formação. Em especial à profa. Alana, pela orientação deste trabalho e a profa. Alane e prof. Cláudio, por aceitarem participar da banca.

A todos meus colegas da Gerência de Informações Estratégicas e Atuariais, é um prazer trabalhar com vocês. Agradeço ao Nazareno por toda a motivação e incentivo dado.

À Universidade Federal do Ceará, por proporcionar um ensino público de qualidade. Agradeço também à coordenação do curso de Ciências Atuariais e a todos os funcionários dessa instituição.

Enfim, agradeço a todos aqueles que passaram pela minha vida e que contribuíram de forma direta ou indireta para minha formação pessoal e profissional.

RESUMO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um distúrbio do neurodesenvolvimento que afeta o desenvolvimento e comportamento, evidenciando a presença de padrões restritivos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. Na literatura, há uma à escassez de informações desses beneficiários nos planos de saúde. Este trabalho teve como objetivo analisar o perfil demográfico, assistencial e econômico-financeiro da população com transtorno do espectro autista na carteira de uma Operadora de Plano de Saúde (OPS). O trabalho se caracteriza como uma pesquisa exploratória e para sua realização foram levantadas as informações dos beneficiários que realizaram algum procedimento na rede credenciada especializada para o TEA do período de janeiro de 2018 a setembro de 2022 no banco de dados da operadora analisa. As demais informações cadastrais e de custo foram extraídas a partir de janeiro de 2015 para verificar a evolução desses beneficiários. Foi possível verificar que na operadora analisada o quantitativo os beneficiários TEA evolui de forma crescente e acelerada anualmente, com uma incidência de 1 a cada 124 beneficiários da faixa etária 00 a 18 anos em 2015, em 2018 passou para 1 a cada 50, incidência similar aos dados informados pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos. Em setembro/22 a incidência aumentou para 1 a cada 31 beneficiários. A representatividade dos beneficiários é maior sexo masculino na primeira faixa etária (00-18 anos), com uma idade média de 6 anos. A maioria dos beneficiários aderem ao plano de saúde no tipo de contratação individual (52%), como titulares (51%). Ao escolher um produto é dado a preferência aos produtos sem coparticipação e com a acomodação de enfermaria. O levantamento dos procedimentos realizados indica que mais de 60% dos procedimentos realizados são referentes a terapias, representando mais de 80% dos custos desses beneficiários e percebe-se uma evolução nas terapias ABA a partir do ano de 2021. A análise econômico-financeira desses beneficiários para a operadora releva que durante todo o período há um déficit crescente, atingindo o patamar de 465% de sinistralidade em 2022.

Palavras-chave: transtorno do espectro autista; operadoras de planos de saúde; autismo; saúde suplementar.

RESUMÉ

Le trouble du spectre autistique (TSA) est un trouble neurodéveloppemental qui affecte le développement et le comportement, mettant en évidence la présence de schémas de comportement, d'intérêts ou d'activités restrictifs et répétitifs. Dans la littérature, il y a peu d'informations sur ces bénéficiaires dans la complémentaire santé. Cette étude visait à enquêter sur le profil des bénéficiaires avec un trouble du spectre autistique (TSA) dans une entreprise dans la modalité coopérative médicale, en termes quantitatifs de prévalence des bénéficiaires et en termes financiers pour l'entreprise. Le travail est caractérisé comme une recherche exploratoire et pour sa réalisation, des informations ont été collectées auprès des bénéficiaires qui ont effectué une procédure dans le réseau spécialisé pour TSA de janvier 2018 à septembre 2022 dans la base de données de l'entreprise. D'autres informations d'inscription et de coût ont été extraites à partir de janvier 2015 pour vérifier l'évolution de ces bénéficiaires. Il a été possible de vérifier que le nombre de bénéficiaires de TSA évolue de manière croissante et accélérée chaque année, avec une incidence de 1 bénéficiaire sur 124 dans la tranche d'âge de 00 à 18 ans en 2015, en 2018 il est passé à 1 sur 50, incidence similaire aux données rapportées par les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis. En septembre 2022, l'incidence est passée à 1 bénéficiaire sur 31. Les bénéficiaires sont plus représentatifs des garçons dans la première tranche d'âge (00-18 ans), avec une moyenne d'âge de 6 ans. La plupart des bénéficiaires adhèrent dans le type de contrat individuel (52%), en tant que titulaires (51%). Lors du choix d'un produit, la préférence est donnée aux produits sans ticket modérateur et avec hébergement en chambre commune. L'enquête sur les actes réalisés indique que plus de 60% des actes pratiqués sont liés à des thérapies, représentant plus de 80% des coûts de ces bénéficiaires et une évolution des thérapies ABA peut être constatée à partir de l'année 2021. L'impact économique et financier l'analyse de ces bénéficiaires pour l'entreprise révèle que tout au long de la période il y a un déficit croissant, atteignant le niveau de 465% des sinistres en 2022. Il est nécessaire de surveiller ces données dans les périodes à venir, en raison des résolutions normatives qui sont instituées de manière récurrente.

Mots-clés: troubles du spectre autistique; opérateurs de plan de santé; autisme; complémentaire santé.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Número de atendimentos nos CAPS Infantis em Fortaleza (Ceará).....	26
Figura 2 - Classificações gerais dos planos de saúde e operadoras de planos de saúde	32
Figura 3 - Total de Operadoras de Plano de Saúde ativas por modalidade.....	33
Figura 4 - Evolução da Quantidade de Beneficiários por modalidade de Operadora	34
Figura 5 - Quantitativo de Beneficiários por Tipo de Contratação	34
Figura 6 - Pirâmide Etária dos Beneficiários Ativos por Dependência	35
Figura 7 - Evolução das Receitas e Despesas Operadoras de Plano de Saúde (Em bilhões).....	37
Figura 8 - Crescimento das Despesas Assistenciais da Saúde Privada no Brasil vs. PIB	37
Figura 9 - Despesa assistencial por modalidade de operadora - 2012 vs. 2021 (Em bilhões).....	38
Figura 10 - Evolução das Variáveis Saúde x IPCA	39
Figura 11 - Série Histórica do VCMH/IESS por item de despesa.....	39
Figura 12 - Representatividade dos Beneficiários TEA por agrupamento	47

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Níveis de Severidade do Transtorno Espectro Autista	15
Quadro 2 - Classificação do TEA na Classificação Internacional de Doenças	16
Quadro 3 - Possíveis fatores associados às causas do Autismo	17
Quadro 4 - Características Clínicas de Crianças com Risco para TEA.....	18

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Evolução dos beneficiários ativos por sexo.....	48
Tabela 2 - Evolução dos beneficiários ativos por tipo de contratação.....	48
Tabela 3 - Evolução dos beneficiários ativos por titularidade.....	49
Tabela 4 - Evolução dos beneficiários ativos por acomodação.....	49
Tabela 5 - Evolução dos beneficiários ativos por fator moderador.....	49
Tabela 6 - Custo Assistencial Total x Custo nas Clínicas TEA.....	51
Tabela 7 - Evolução do Custo Per Capita Médio.....	51
Tabela 8 - Sinistralidade por agrupamento	53
Tabela 9 - Quantitativo de sessões realizadas por tipo de terapia	55
Tabela 10 - Evolução do quantitativo médio mensal de sessões por beneficiário.....	55

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Prevalência do Autismo – Estimativas da Rede de Monitoramento de Deficiências de Desenvolvimento e Autismo (ADDM).....	20
Gráfico 2 -Evolução do utilizadores nas clínicas especializadas.....	44
Gráfico 3 - Evolução dos beneficiários ativos e Prevalência na Carteira da OPS.....	45
Gráfico 4 - Pirâmide Etária 00-25 anos dos Beneficiários TEA.....	48
Gráfico 5 - Evolução dos beneficiários por tempo de permanência.....	50
Gráfico 6 - Evolução do Custo per capita por tempo de inclusão.....	52
Gráfico 7 - Evolução das Receita e Despesas por ano.....	53
Gráfico 8 - Representatividade de utilização por tipo de item.....	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABA	Análise do Comportamento Aplicada
AIT	Integração auditiva
AMA	Associação dos Amigos dos Autistas
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APAE	Associação dos Pais e Amigos Excepcionais
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CDC	Centros de Controle e Prevenção de Doenças
CEDECA	Centro de Defesa da Criança e do Adolescente
CID	Classificação Internacional de Doenças
CSA	Comunicação Suplementar Alternativa
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
M-CHART-R	Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPS	Operadora de Plano de Saúde
RN	Resolução Normativa
SAPS	Secretaria de Atenção Primária da Saúde
SI	Integração Sensorial
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TEA	Transtorno do Espectro do Autismo
TEACCH	Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com Déficits Relacionados à Comunicação
TID	Transtornos Invasivos de Desenvolvimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
2.1 Transtorno do Espectro Autista (TEA)	13
2.1.1 Diagnóstico e Características do TEA	17
2.1.2 Prevalência do TEA.....	19
2.1.3 Tratamento do TEA	20
2.1.4 Saúde Mental no Sistema Pública	23
2.1.5 Saúde Mental na Rede Privada.....	27
2.2 Aspectos Gerais do Mercado de Saúde Suplementar	28
2.2.1 Classificação dos Planos Privados de Assistência à Saúde.....	30
2.2.2 Dados da Saúde Suplementar.....	33
2.2.3 Custo Assistencial	36
3 METODOLOGIA	40
3.1 Fonte de dados	40
3.2 Base de Dados	40
3.3 Indicadores de Análise.....	41
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	44
4.1 Prevalência e Evolução Quantitativa dos Beneficiários TEA	44
4.2 Custo Assistencial Total x Custo Clínicas Especializadas	50
4.3 Sinistralidade	52
4.5 Itens assistenciais e Quantitativo de sessões.....	54
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS.....	58
APÊNDICE A – NORMATIZAÇÕES DE REFERÊNCIA PARA A ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO	66
ANEXO A - CHECKLIST MODIFICADO PARA AUTISMO EM CRIANÇAS PEQUENAS: VERSÃO REVISADA E CONSULTA DE SEGUIMENTO (M-CHAT-R/F)™	67

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um distúrbio do neurodesenvolvimento que afeta o desenvolvimento e comportamento, causando inúmeros prejuízos sociais na vida dos portadores (MORSA *et al.*, 2022). No Brasil estima-se que existem dois milhões de pessoas com TEA, porém o número é incerto e não foi oficializado (FOLHA WEB, 2022). Os dados do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) indicaram que é contínua a linha de crescimento de diagnósticos de autismo em crianças.

Por evidenciar um transtorno com índices de prevalência em crescimento, o TEA passa a ser alvo de discussões e estudos, tanto no campo da etiologia, como nas técnicas de treinamento e do suporte assistencial oferecido na rede pública e privada. Em 2022, o TEA vem sendo debatido na esfera pública e privada a respeito da cobertura dos tratamentos pelas Operadoras de Plano de Saúde (OPS), dessa forma, é importante a análise da evolução dos pacientes TEA visto a necessidade de políticas públicas e privadas de assistência à saúde.

O objetivo geral deste trabalho é analisar o perfil demográfico, assistencial e econômico-financeiro da população com transtorno do espectro autista na carteira de uma operadora de plano de saúde. Como objetivos específicos serão analisados a prevalência e evolução quantitativa dos beneficiários TEA, a evolução dos utilizadores das clínicas especializadas em autismo, o predomínio dos beneficiários por agrupamento (sexo, tipo de contratação, dependência, acomodação e fator moderador), a sinistralidade dos beneficiários para a operadora, o total de sessões de terapias realizadas e os itens assistenciais de maior representatividade de uso pelos beneficiários.

Além desta seção, esta monografia será composta por referencial Teórico, que aborda a literatura acerca do TEA e conceitos no ramo da saúde suplementar; metodologia, que apresenta as fontes de dados e as informações coletadas; resultados, no qual são expostos os resultados encontrados; e, por fim, as considerações finais, na qual são apresentadas as conclusões deste trabalho.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo apresenta a literatura que auxiliou na elaboração deste estudo, dividindo-se em duas seções, o Transtorno do Espectro Autista, com sua caracterização, classificações, características dos autistas, prevalência do autismo, as formas de tratamento e como é abordado no Sistema de Saúde Pública e Privada e a Saúde Suplementar, abordando-se conceitos e dados do setor.

2.1 Transtorno do Espectro Autista (TEA)

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma síndrome do neurodesenvolvimento que se caracteriza por uma combinação de prejuízos na comunicação e nas interações sociais, e a presença de padrões restritivos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (MORSA *et al.*, 2022). A Lei Benenice Piana (nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012) classifica, em seu Art. 1º, §1º, pessoa com transtorno do espectro autista “aquela portadora de síndrome clínica caracterizada” com:

- I – Deficiência Persistência e clinicamente significativa da comunicação e da interação sociais, manifestada por deficiência marcada de comunicação verbal e não verbal usada para interação social; ausência de reciprocidade social; falência em desenvolver e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento;
- II - Padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, manifestados por comportamentos motores ou verbais estereotipados ou por comportamentos sensoriais incomuns; excessiva aderência a rotinas e padrões de comportamento ritualizados; interesses restritos e fixos (BRASIL, 2012).

O termo “autismo” deriva do “*autós*”, que significa “de si mesmo” e foi utilizado pela primeira vez em 1911 pelo psiquiatra suíço Paul Eugen Bleuler para descrever um sintoma de esquizofrenia definido como “desligamento da realidade combinado com a predominância relativa ou absoluta da vida interior” (BLEULER, 1911 *apud* DURVAL, 2011). O autor entendia a existência de mundo interno (autista) no qual o doente com esquizofrenia se retiraria do mundo real e perderia o contato com a realidade exterior.

Em 1943, o psiquiatra austríaco Leo Kanner publicou “As perturbações autísticas do contato afetivo” na revista *Nervous Child* (KANNER, 1943). Nesse artigo, Kanner descreveu 11 crianças que apresentavam comportamentos similares, como “isolamento extremo desde o início da vida” e um “desejo obsessivo pela

preservação da constância”. Embora Bleuler tenha usado o termo “autismo” pela primeira vez para descrever um sintoma associado à esquizofrenia, o artigo de Kanner é considerado como a primeira descrição clínica do transtorno do autismo como um conceito único distinto da esquizofrenia (COHMER, 2014).

Os manuais de diagnósticos e estatísticas de transtornos mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM*) foram documentos editados pela Associação Americana de Psiquiatria (*American Psychological Association – APA*) desde 1952 para padronizar os critérios diagnósticos das desordens que afetam a mente e as emoções, servindo como referências para a prática clínica, de ensino e pesquisa.

A primeira versão foi desenvolvida a partir dos sistemas de coleta de recenseamento e estatística de hospitais psiquiátricos e do manual do Exército dos Estados Unidos (FERNANDES; TOMAZELLI; GIRIANELLI, 2020). Nas duas primeiras versões, o autismo era considerado como uma forma de esquizofrenia infantil e classificado dentro da categoria de psicoses (APA, 1952 e 1968 *apud* MESQUITA; PINTO, 2019). Em 1980 foi lançado o DSM-III, constituindo-se uma mudança de paradigma da psiquiatria, que era regida principalmente pela psicanálise (MARTINHAGO; CAPONI, 2019).

A autismo passou a ter a designação própria como “Transtorno Autista”, sendo incluído nos Transtornos Invasivos de Desenvolvimento (TID). O DSM-IV, publicado em 1994, incluiu o termo “qualitativo” para descrever as deficiências dentro da tríade de manifestações clínicas, definindo a extensão das doenças, considerando que a presença ou ausência absoluta de um comportamento seria insuficiente para satisfazer o critério diagnóstico (FERNANDES; TOMAZELLI; GIRIANELLI, 2020).

Na classificação do DSM-IV (APA, 1994) os “transtornos globais do desenvolvimento” incluíam cinco subtipos comportamentais: Transtorno autista, Transtorno de Asperger, Transtorno desintegrativo da infância (síndrome de Heller), Transtorno de Rett e Transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação (TGD-SOE).

Com a publicação do DSM-V, em 2013, o autismo se confirmou como um transtorno de neurodesenvolvimento, figurando ao lado dos transtornos motores, da aprendizagem, da comunicação e da atenção. As cinco subcategorias da DMS-IV foram suprimidas, com exceção do Transtorno de Rett e instaurou-se o título de

“Transtorno do Espectro Autista” (TEA) com três níveis de comprometimento, trazendo prejuízos na comunicação social e comportamentos restritos e repetitivos, como mostrado no Quadro 1 (MESQUITA; PINTO, 2019).

Esses sintomas estão presentes desde o início da infância e limitam ou prejudicam o funcionamento diário, as manifestações do transtorno variam muito dependendo da gravidade da condição autista, do nível de desenvolvimento e da idade cronológica, por isso é utilizado o termo “espectro” (PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Quadro 1 - Níveis de Severidade do Transtorno Espectro Autista

NÍVEL DE GRAVIDADE	COMUNICAÇÃO SOCIAL	COMPORTAMENTOS RESTRITOS E REPETITIVOS
Nível 1 – Leve “Exigindo apoio”	<ul style="list-style-type: none"> Sem apoio, déficits na comunicação social causam prejuízos notáveis. Dificuldade ou interesses reduzidos para interações sociais, respostas atípicas ou sem sucesso a aberturas sociais dos outros. <p><i>Exemplo: uma pessoa que consegue falar frases completas e envolver-se na comunicação, embora apresente falhas na conversação com os outros e cujas tentativas de fazer amizades são estranhas e comumente malsucedidas.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Inflexibilidade de comportamento causa interferência significativa no funcionamento em um ou mais contextos. Dificuldade em trocar de atividade. Problemas para organização e planejamento são obstáculos à independência.
Nível 2 – Moderado “Exigindo apoio substancial”	<ul style="list-style-type: none"> Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal. Prejuízos sociais aparentes mesmo na presença de apoio. Limitação em dar início a interações sociais e resposta reduzida ou anormal a aberturas sociais que partem de outros. <p><i>Exemplo: uma pessoa que fala frases simples, cuja interação se limita a interesses especiais reduzidos e que apresenta comunicação não verbal acentuadamente estranha.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Inflexibilidade do comportamento. Dificuldade de lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos aparecem com frequência suficiente para serem óbvios ao observador casual e interferem no funcionamento em uma variedade de contextos. Sofrimento e/ou dificuldade de mudar o foco ou as ações.
Nível 3 – Severo “Exigindo apoio muito substancial”	<ul style="list-style-type: none"> Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal causam prejuízos graves de funcionamento. Grande limitação em dar início a interações sociais e resposta mínima a aberturas sociais que partem de outros. <p><i>Exemplo: uma pessoa com fala inteligível de poucas palavras que raramente inicia as interações e, quando o faz, tem abordagens incomuns apenas para satisfazer a necessidades e reage somente a abordagens sociais muito diretas.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Inflexibilidade de comportamento Extrema dificuldade em lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos interferem acentuadamente no funcionamento em todas as esferas. Grande sofrimento/dificuldade para mudar o foco ou as ações.

Fonte: Elaborada pela autora adaptada de (PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014)

Em janeiro de 2022, entrou em vigor o nova Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11), lançada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e que assim como o DSM-V, permite os profissionais de saúde compartilhar informações padronizadas em todo o mundo.

Na versão anterior, a CID-10 trazia vários diagnósticos dentro dos Transtornos Globais de Desenvolvimento (código F84), como: Autismo Infantil (F84.0), Autismo Atípico (F84.1), Transtorno Desintegrativo da Infância (F84.3),

Transtorno com Hipercinesia Associada a Retardo Mental e a Movimentos Estereotipados (F84.4), Síndrome de Asperger (F84.5), Outros TGD (F84.8) e TGD sem Outra Especificação (F84.9).

Com a intenção de facilitar o diagnóstico e simplificar a codificação para o acesso ao serviço da saúde, na CID-11 o Transtorno do Espectro do Autismo é identificado pelo código 6A02 em substituição ao F84.0 e as subdivisões passam a ser relacionadas com a presença ou não de deficiência intelectual e/ou comprometimento da linguagem funcional, conforme mostrado no Quadro 2 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

Quadro 2 - Classificação do TEA na Classificação Internacional de Doenças

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO
6A02	Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)
6A02.0	Transtorno do Espectro do Autismo sem deficiência intelectual (DI) e com comprometimento leve ou ausente da linguagem funcional;
6A02.1	Transtorno do Espectro do Autismo com deficiência intelectual (DI) e com comprometimento leve ou ausente da linguagem funcional;
6A02.2	Transtorno do Espectro do Autismo sem deficiência intelectual (DI) e com linguagem funcional prejudicada;
6A02.3	Transtorno do Espectro do Autismo com deficiência intelectual (DI) e com linguagem funcional prejudicada;
6A02.4	Transtorno do Espectro do Autismo sem deficiência intelectual (DI) e com ausência de linguagem funcional;
6A02.5	Transtorno do Espectro do Autismo com deficiência intelectual (DI) e com ausência de linguagem funcional;
6A02.Y	Outro Transtorno do Espectro do Autismo especificado;
6A02.Z	Transtorno do Espectro do Autismo, não especificado.

Fonte: Elaborada pela autora adaptada de (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

A etiologia do transtorno do espectro autista ainda permanece desconhecida. Evidências científicas apontam que não há apenas uma causa específica, mas sim a interação de fatores genéticos e ambientais. Os fatores ambientais podem aumentar ou diminuir o risco de TEA em pessoas geneticamente predispostas. O Quadro 3 apresenta alguns estudos que indicam alguns fatores que podem estar associados ao autismo, como fatores ambientais e fármacos, como exposição à poluentes, pesticidas, metais pesados e uso de certas substâncias e também a fatores pré-natais, perinatais e neonatais, além de fatores genéticos (FIGUEREDO *et al.*, 2021).

Quadro 3 - Possíveis fatores associados às causas do Autismo

Fatores ambientais e fármacos
Poluentes e pesticidas: exposição à pesticidas e ao N ₂ O ambiental (SHELTON et al., 2014; FLUEGGE, 2016)
Metais pesados: especialmente o mercúrio e chumbo (SAGHAZADEH et al., 2017)
Uso de ácido valpróico, talidomida e misoprostol (SANTOS, 2015; SANCHES et al., 2010)
Fatores pré-natais, perinatais e neonatais
Associação com epilepsia em 30% casos: mesma neurofisiopatologia (PEREIRA et al., 2012; CASANOVA et al., 2002)
Obesidade e diabetes gestacional (MENGYING et al., 2016; KONG et al., 2020; RIVERA et al., 2015; XIANG, 2018; VENEGAS, 2019)
Pré-eclâmpsia e insuficiência placentária (WALKER et al., 2015)
Alta exposição fetal a esteróides sexuais (BARON-COHEN et al., 2015; FERRI et al., 2018; NANDI et al., 2014)
Infecção e ativação imunológica: inflamação, desregulação de citocinas e autoanticorpos anti-cerebrais (MELTZER, 2017)
Infecção pelo vírus da toxoplasmose (MARTYNOWICZ et al., 2019; HAMPTON, 2015)
Infecção por rubéola (FADDA et al., 2016)
Idade avançada dos pais e gestações múltiplas (WANG et al., 2017; GUPTA, STATE, 2006)
Exposição ao tabaco (ALBUQUERQUE et al., 2004)
Neuroinflamações (RUSSO et al., 2017)
Fatores genéticos
Anormalidades cromossômicas citogeneticamente visíveis: deleções, duplicações e rearranjos equilibrados (LOUIS et al., 2018)
Varição no número de cópias (CNV): deleções e duplicações submicroscópicas (LOUIS et al., 2018)
Distúrbios de um único gene: aletrações no gene MECP2, expansão do gene FMR1 e alterações no gene PTEN (LOUIS et al., 2018)

Fonte: Elaborada pela autora adaptada de (FIGUEREDO et al., 2021).

2.1.1 Diagnóstico e Características do TEA

O diagnóstico de TEA é essencialmente clínico e multidisciplinar, feito a partir das observações da criança, entrevistas com os pais e aplicação de instrumentos específicos, envolvendo profissionais de diferentes áreas como fonoaudiologia, psicologia, psiquiatria, neuropediatria, dentre outras.

O TEA pode se manifestar já nos primeiros meses de vida ou após o período de desenvolvimento infantil, a princípio normal, mas que regride, o que ocorre em cerca de 30% dos casos (DUARTE, 2016). Normalmente, o diagnóstico é feito a partir dos 3 anos de idade, pois muitos especialistas afirmam que é difícil diagnosticar com certeza antes dessa idade, pois grande parte dos sintomas e características observadas até os 24 meses também estão presentes em outras condições e podem estar associados apenas aos comportamentos característicos típicos de crianças em desenvolvimento (ARVIGO, 2020).

Porém, há estudos que comprovam que podem ser observados sinais de autismo antes mesmo dos 12 meses, ficando mais evidente entre os 18 e 24 meses de vida (ALCKMIN-CARVALHO et al., 2014).

As principais características comportamentais do TEA tendem a se manifestar ou se estabilizar aos 3 e 4 anos, em especial nos quadros com o nível de gravidade leve (Quadro 1). Existe uma vasta quantidade de características diagnósticas e associadas que uma pessoa com TEA pode apresentar, dentre elas

há uma grande dificuldade de manter contato visual (KANNER, 1943). Além disso, muitos indivíduos têm déficits de linguagem, como por exemplo, apresentando ausência total da fala, atrasos na linguagem, compreensão reduzida na fala, fala em eco ou até mesmo linguagem explicitamente literal ou afetada.

Outros déficits apresentados são os de reciprocidade socioemocional, ou seja, dificuldade ou incapacidade de envolvimento com outras pessoas e compartilhamento de ideias e sentimentos (APA, 2014). Andar de pontas dos pés, sensibilidade em sentidos, como audição e tato, ser sistemático e apegado a rotinas, apresentar comportamento estereotipados ou repetitivos (ex: estalar os dedos, girar moedas etc.), ecolalia (repetição atrasada ou imediata de palavras ouvidas) são mais algumas das inúmeras características que podem fazer parte da vida de um autista e podem se intensificar, caso não seja tratada por profissionais (SCIOLI; GHEDINI, 2022).

O Quadro 4 apresenta algumas das características Clínicas com Risco para o Transtorno do Espectro Autista segmentadas por meses de vida (6 a 8 meses, 12 a 14 meses e por volta de 8 meses).

Quadro 4 - Características Clínicas de Crianças com Risco para TEA

De 6 a 8 meses	De 12 a 14 meses	Por volta de 18 meses
Não apresentam iniciativa em começar, provocar e sustentar interações com os adultos próximos (Por exemplo: ausência da relação olho a olho)	Não respondem claramente quando são chamadas pelo nome	Não se interessam por jogos de faz-de-conta
Não se interessam pelo prazer que podem provocar no outro	Não demonstram atenção compartilhada	Ausência da fala ou fala sem intenção comunicativa
Silenciamento de suas manifestações vocais, ausência do balbúcio, principalmente em resposta ao outro	Ausência do apontar protodeclarativo, na intenção de mostrar algo a alguém	Desinteresse por outras crianças: preferem ficar sozinhas e, se ficam sozinhas, não incomodam ninguém
Ausência de movimentos antecipatórios em relação ao outro	Não há ainda as primeiras palavras ou os primeiros esboços são de palavras estranhas	Caso tenham tido o desenvolvimento da fala e interação, podem começar a perder essas aquisições
Não se viram na direção da fala humana a partir dos quatro primeiros meses de vida	Não imitam pequenos gestos ou brincadeiras	Já podem ser observados comportamentos repetitivos e interesses restritos e estranhos (Por: por ventiladores, rodas de carrinhos, portas de elevadores)
Não estranham quem não é da família mais próxima, como se não notassem a diferença	Não se interessam em chamar a atenção das pessoas conhecidas e nem em demonstrar gracinhas	Pode aumentar seu isolamento

Fonte: Adaptado de Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

O Ministério da Saúde recomenda, atualmente, que toda criança, mesmo que não esteja sob suspeita de TEA ou outros transtornos, seja submetida a uma triagem para o TEA na consulta de 18 meses através da aplicação da escala M-CHAT-R, podendo ser repetido em intervalos regulares de tempo. Em casos de suspeita recomenda-se a aplicação antecipada na consulta de 16 meses de idade.

O Checklist Modificado para Autismo em crianças pequenas, versão revisada e com consulta de seguimento (M-CHAT-R/F) é um instrumento de triagem em dois estágios, baseado nos relatos dos pais, que auxilia na identificação de pacientes com idade entre 16 e 30 meses com risco de TEA. O questionário (Anexo A) é de rápida aplicação, podendo ser aplicado por qualquer profissional da área da saúde.

A avaliação pela M-CHAT-R é obrigatória para crianças em consultas pediátricas de acompanhamento realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), segundo a Lei nº 13.438, de 26 de abril de 2017 (BRASIL, 2017). A Soma dos pontos da Escala indica a possibilidade de autismo, mas não confirma o diagnóstico, sendo necessária a avaliação e acompanhamento de um especialista e de uma equipe multidisciplinar para guiar a intervenção.

2.1.2 Prevalência do TEA

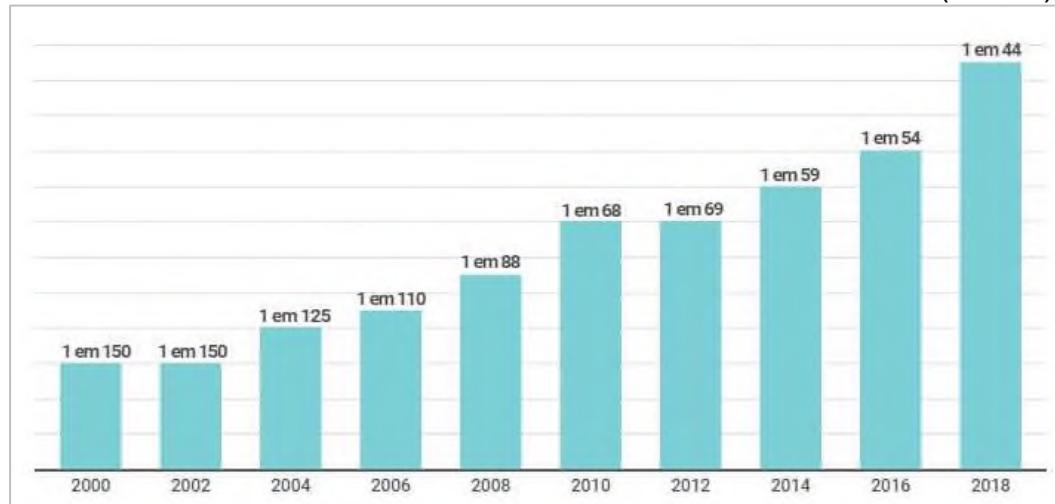
A prevalência do autismo está aumentando, aparentemente de forma acelerada (Gráfico 1). De acordo com os dados estatísticos norte-americanos dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (Centers of Disease Control and Prevention – CDC), órgão ligado ao governo dos Estados Unidos, a prevalência do TEA aumentou de 1 em cada 150 crianças em 2000-2002 para 1 em cada 88 em 2008 e alcançou a representatividade de 1 a cada 44 crianças em 2018 (SCIOLI; GHEDINI, 2022).

Os dados mostram que a maioria dos diagnósticos é relativa aos meninos, o número era de 4 meninos para cada menina, mas a proporção foi atualizada para 3,55 meninos para cada menina, dos 410 diagnósticos avaliados no estudo, foram 320 homens para 90 mulheres (MAENNER *et al.*, 2021).

No Brasil estima-se que existem dois milhões de pessoas com Transtorno do Espectro de Autismo, porém esse número é incerto e para a confirmação desses dados, foi sancionada a Lei nº 3.861, de 8 de julho de 2019, que altera a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, para incluir a partir de 2019 as

especificidades inerentes ao Transtorno do Espectro Autista nos censos demográficos. Segundo o site da Agência Câmara de Notícias, o objetivo da norma é direcionar as políticas públicas para que os recursos sejam corretamente aplicados em prol dos autistas.

Gráfico 1 - Prevalência do Autismo – Estimativas da Rede de Monitoramento de Deficiências de Desenvolvimento e Autismo (ADDM)



Fonte: Elaborada pela autora adaptado de *Centers for Disease Control and Prevention*.

Ainda não está claro se as taxas mais altas e esse crescimento reflete a expansão dos critérios de diagnósticos do DSM-IV, incluindo, dessa forma casos sublimiares, ou se devido à uma maior conscientização, diferenças na metodologia dos estudos ou se é devido um aumento real na frequência do TEA (APA, 2014). Uma das explicações para esse aumento do número de casos pode ser justamente não pelo fato de haver mais autistas, mas sim porque as famílias têm identificado as características relativas ao TEA e, ao buscar ajuda médica, obtêm o diagnóstico relativo ao TEA (SCIOLI; GHEDINI, 2022).

2.1.3 Tratamento do TEA

Segundo o manual Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde, publicado pelo Ministério da Saúde, em 2015, não há uma única abordagem a ser privilegiada no atendimento de pessoas no espectro. Recomenda-se que a escolha entre as diversas abordagens existentes

considere sua efetividade e segurança, e seja tomada de acordo com a singularidade de cada caso. Para lidar com quadros relativos ao TEA, a medicina evidenciou a necessidade de terapias comportamentais que reduzam os danos ao indivíduo, como Comunicação Suplementar Alternativa (CSA), Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), Análise do Comportamento Aplicada (*Applied Behavior Analysis* – ABA), método TEACCH, Integração auditiva (AIT), Integração Sensorial (SI), “*Relation Play*”, acompanhamento terapêutico, além do uso de psicofármacos, quando necessário (SOUSA SILVA, 2022; PIRES; SOUZA, 2013).

Além da técnica, a forma de abordagem também é variada, podendo ser individual ou em grupo e realizadas por profissionais especializados em uma área específica ou por equipes multidisciplinares compostas por médicos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos, entre outros.

Pessoas com autismo que apresentam déficit na comunicação necessitam da utilização de Comunicação Suplementar e/ou Alternativa, pois quando apresentam a fala, normalmente não é funcional, sendo ecológica, ou com emissões vocálicas desprovida de sentido. A CSA traz possibilidades comunicativas para os portadores de TEA através do uso integrado de símbolos, recursos, estratégias e técnicas. Denomina-se como comunicação suplementar quando o usuário a utiliza como apoio, apenas complementando a comunicação oral. E ela é alternativa, quando ele possui alguma impossibilidade para se comunicar oralmente, então utiliza-se somente outro meio de comunicação, sendo que qualquer método de comunicação pode ser utilizado como alternativo ou suplementar (FERREIRA, 2011).

A Terapia Cognitivo-Comportamental é baseada na reestruturação cognitiva, através da mudança de crenças e pensamentos disfuncionais e comportamentos consequentes. No modelo cognitivo, acredita-se que os pensamentos dirigem nossa vida, impactando a forma que interpretamos o que acontece conosco, dessa forma um pensamento gera uma emoção, que gera um comportamento (BECK, 2013).

O ABA, “método” mais reconhecido e aplicado atualmente, consiste em tratamento comportamental. A intervenção baseada no ABA tipicamente envolve identificação de comportamentos e habilidades que precisam ser melhorados, como por exemplo, a comunicação entre pais e professores, interação social com outras pessoas etc. Após a identificação desses pontos, são estabelecidos métodos

sistemáticos de selecionar e escrever objetivos para, posteriormente, delinear uma intervenção envolvendo estratégias comportamentais estudadas e comprovadamente efetivas (FERNANDES, 2013). Pretende-se ensinar à criança, aptidões as quais não possui, através da introdução por etapas de novas habilidades (CARAMICOLI, 2013).

O ABA é caracterizado também pela coleta de dados antes, durante e depois da intervenção para analisar o progresso individual da criança e auxiliar na tomada de decisões em relação às melhores estratégias que promovem uma melhor resposta para desenvolver habilidades necessárias para cada criança (FERNANDES, 2013).

O Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com Déficits Relacionados à Comunicação (TEACCH, na sigla em inglês) é uma técnica bastante utilizada atualmente, baseada na organização do ambiente físico através de sistemas de trabalho e rotinas, adaptando o ambiente, tornando-o demais fácil compreensão para a criança. O objetivo da técnica é tornar independente e desenvolver as habilidades de convívio social da criança. (BRITO,2021)

O objetivo da Integração Auditiva (AIT) é ajudar a pessoa com TEA a se adaptar para sons intensos. Nessa técnica, a criança é colocada para ouvir música no fone de ouvido, com alta frequência de som emitido através de filtros, durante meia hora todas as noites por 10 dias (PIRES; SOUZA, 2013).

Um dos sintomas do autismo é a dificuldade em processar informações sensoriais, como texturas, gostos, cheiros, brilho, etc. A integração social é uma técnica desenvolvida para ajudar as crianças com dificuldades sensoriais. Através de brincadeiras envolvendo o equilíbrio, sensações táteis e movimentos, a técnica almeja integrar as informações que chegam até o corpo da criança (PIRES; SOUZA, 2013).

O “*Relation Play*” ou “Jogo das relações” é um método que objetiva desenvolver o autoconhecimento da criança por meio da conscientização do seu corpo e do espaço que a cerca, do autoconhecimento e da autoconfiança, da interação social e comunicação por meio de movimentos conscientes, como linguagem corporal, mímica, expressões faciais, toque e contato visual. (CAMPOS, 2010).

Atualmente, não existem medicamentos aprovados para o manejo dos sintomas centrais do TEA; entretanto, uma abordagem psicofarmacológica pode

trazer benefícios no tratamento de sintomas que podem impactam negativamente a vida de uma pessoa com TEA. Existem dois medicamentos aprovados pela *Food and Drug Administration* (FDA) dos EUA, a risperidona e o aripiprazol, para o controle da irritabilidade associada ao TEA. No entanto, outros fármacos são utilizados na prática clínica para controle da agressividade, da agitação e da impulsividade nestes pacientes (STEPANOVA, 2022).

Ainda há outras terapias, como musicoterapia (relaxamento através de músicas para controle da hipersensibilidade), equoterapia (uso do contato com o cavalo para desenvolver a biopsicossocial dos autistas) e hidroterapia (terapia com a água para trabalhar os músculos e amenizar a ansiedade), que juntamente com os métodos já citados são o conjunto de métodos mais usados e conhecidos no Brasil, tornando-se importantes e essenciais para o desenvolvimento físico, cognitivo, social e familiar do portador de TEA, independente do grau ser leve, moderado ou severo (JORGE; CUNHA; SANTOS, 2021).

2.1.4 Saúde Mental no Sistema Pública

A Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988, determina, em seu artigo 196, que a saúde é um direito universal e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Após a promulgação da Constituição de 1988, foi sancionada em 19 setembro de 1990 a Lei 8.080, que implantou e regulamentou o Sistema Único de Saúde (SUS), constituído por um 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.

O SUS é uma política pública que possui, segundo a Lei 8.080, quatorze princípios, dentre eles a **universalidade**, para garantir o acesso a todos os níveis de assistência, a **integralidade** de assistência, compreendida como o conjunto de ações e serviços exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, e a **equidade** ou igualdade da assistência, voltado à questão de evitar qualquer preconceito ou privilégios na assistência e acesso aos serviços da saúde. Diante desse contexto, que estabelece um sistema universal, que garante

assistência integral e igualitária, é levantado o desafio da realidade dos sujeitos com Transtornos Globais de Desenvolvimento no SUS (FURTADO, 2014).

As iniciativas governamentais direcionadas diretamente ao acolhimento das pessoas diagnosticadas com o Transtorno do Espectro Autista desenvolveram-se de forma tardia no Brasil. Até o surgimento e desenvolvimento de uma política pública para saúde mental de crianças e adolescentes, a população encontrava atendimento em instituições filantrópicas, como a Associação Pestalozzi (Fundada em 1948 pela educadora Helena Antipoff) e a Associação dos Pais e Amigos Excepcionais (A APAE, estabelecida em 1954 por Beatrice Bemis), ou em instituições não governamentais, como o caso das instituições assistências estruturadas por familiares de autistas, por exemplo a Associação dos Amigos dos Autistas (AMA), fundada em 1983, antes da criação do SUS (CAVALCANTE, 2003).

A AMA foi a pioneira na defesa da causa do autismo e influenciou a criação de outras associações como a Fundação Mundo Azul, a Associação Brasileira para Ação por Direitos das Pessoas com Autismo (ABRAÇA), entre outras (OLIVEIRA, 2015).

Paralelamente, na década de 80, desenvolvia-se no Brasil o Movimento da Reforma Psiquiátrica, inspirado pelas ideias e práticas do psiquiatra italiano Franco Basaglia. A Reforma Psiquiátrica foi um processo político e social complexo, envolvendo instituições e forças de diferentes origens, incidindo em vários territórios, como nos organismos públicos (federal, estadual, municipal), nas universidades, nos conselhos profissionais, nas associações e nos movimentos sociais (BRASIL, 2015).

A Reforma objetivava promover a reestruturação da assistência psiquiátrica, rever criticamente o papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico, defender os direitos civis, humanos e a dignidade pessoal e construir uma rede comunitária para o cuidado em liberdade (HIRDES, 2007).

Em 6 de abril de 2001 foi promulgada a Lei nº 10.216, também conhecida como Lei Paulo Delgado, que garante os direitos das pessoas com transtornos mentais e propõe, no âmbito do SUS, um novo modelo assistencial, assegurando o direito ao cuidado em serviços comunitários de saúde mental. Por ação da Reforma Psiquiátrica e da promulgação da Lei nº 10.216/01, a saúde mental consolidou-se anos depois como política de Estado, sob o marco da Atenção Psicossocial (OLIVEIRA, 2015).

Após a promulgação da Lei Paulo Delgado, houve um avanço considerável em relação à implantação da rede de serviços comunitários/territoriais de saúde mental. A partir desse marco, passou-se a privilegiar a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, como as redes de atenção à saúde mental, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, oficinas terapêuticas e residências terapêuticas (HIRDES, 2007). O Quadro 5 traz um resumo da legislação desde a promulgação da Lei do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) até a promulgação da Lei nº 12.764 de 2012, também conhecida como Lei Berenice Piana, marco importante para o TEA, pois foi essa lei que instituiu os direitos dos autistas e suas famílias em diversas esferas sociais. Por meio dessa legislação, as pessoas no espectro são consideradas pessoas com deficiência para todos os efeitos legais e, portanto, possuem os mesmos direitos assegurados.

No final de 2011, foi instituída, pela Portaria nº 3.088, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que integra o SUS. A Raps organiza e estabelece os fluxos para atendimento de pessoas com problemas mentais, desde os transtornos mais graves até os menos complexos. Desde sua criação, é composta por serviços e equipamentos variados, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e as Unidade de Acolhimento (UAs).

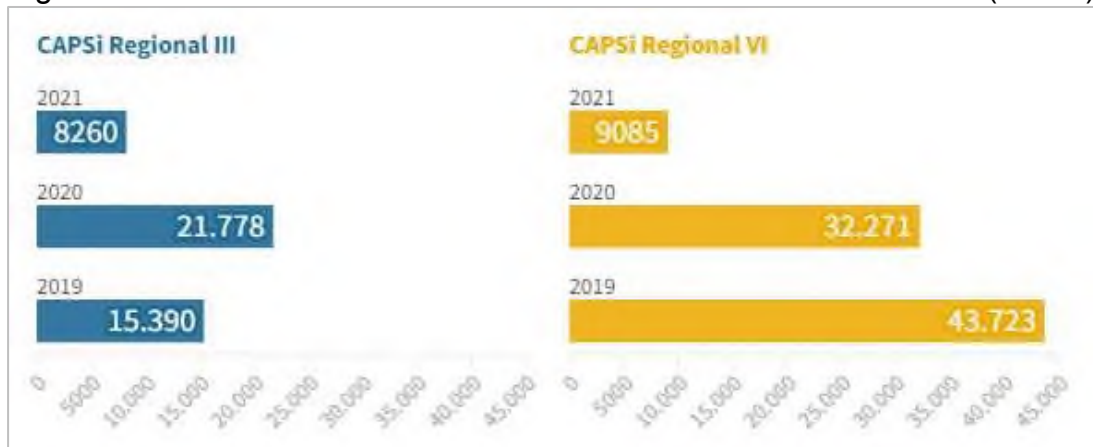
Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são espaços para acolher pacientes com transtornos mentais, em tratamento não hospitalar. Eles têm como função prestar assistência psicológica e médica, visando a reintegração dos pacientes à sociedade (ALVES, [s.d.]). Os CAPS, normatizados pela Portaria Nº 336/2002, podem constituir-se nas modalidades CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS Infanto-Juvenil, CAPS AD, CAPAS AD III e CAPS AD IV, devendo cumprir a mesma função, sendo definidas por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional (BRASIL, 2002). No SUS, o ambiente responsável para o acolhimento de pacientes e familiares de pessoas com autismo é o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi).

Segundo dados da Secretaria de Atenção Primária da Saúde (SAPS) do Ministério da Saúde, o Brasil conta com 2.836 Caps habilitados, distribuídos em 1.910 municípios em todos os Estados e no Distrito Federal. Dentre esses, apenas 285 são para o público infanto-juvenil, distribuídos em região há: 156 no Sudeste,

58 no Nordeste, 54 no Sul, 10 no Centro-oeste e 7 no Norte. No Ceará há 11 CAPSi, com somente dois na capital Fortaleza (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

O Centro de Defesa da Criança e do Adolescente (Cedeca) realizou no primeiro semestre de 2021 um diagnóstico sobre a situação da Rede de Atenção Psicossocial para crianças. A partir do cálculo da população do documento, deveria haver 39 CAPS em Fortaleza, sendo 9 gerais; 20 para Álcool e Drogas e 10 infantis, aponta o documento. Hoje há apenas 15 Centros: 6 gerais, 7 AD e 2 infantis. Um dos efeitos disso é a superlotação, com longas esperas para atendimento especializado, situação vivenciada por várias famílias, como relatado em matéria do Diário do Nordeste em 2021. O Tempo de espera em uma das unidades varia de 60 a 90 dias para casos não agudos, devido ao montante de 5 mil pacientes vinculados a uma equipe de apenas 20 profissionais. Na Segunda unidade, há cerca de 8 mil pacientes de 0 a 17 anos para 15 profissionais. A Figura 1 mostra o total de atendimentos realizados nos CAPS infantis de 2019 a abril de 2021 (DIÁRIO DO NORDESTE, 2021).

Figura 1 - Número de atendimentos nos CAPS Infantis em Fortaleza (Ceará)



Fonte: Centro de Defesa da Criança e do Adolescente (Cedeca Ceará)

(*) Dados de 2021 abrangem até abril

Devido à alta demanda e a baixa oferta do serviço no serviço público, parte da população busca auxílio médico-hospitalar em instituições privadas, aderindo à planos de saúde e utilizando da rede própria ou credenciada dessas instituições.

2.1.5 Saúde Mental na Rede Privada

A atenção aos transtornos mentais era desconsiderada de quase todos os contratos das operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde no Brasil até o ano de 1998. Com a regulamentação do setor, a partir da promulgação da Lei 9.656/98, a cobertura passou a ser obrigatória a todos os contratos celebrados a partir de janeiro de 1999 ou nos planos anteriores a essa data, mas que foram adaptados à Lei (SILVA, 2011).

Com a finalidade de cumprir o estabelecido na Lei 9.656/98, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é incumbida da criação e desenvolvimento de uma lista de consultas, exames e tratamentos, denominada Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que os planos de saúde são obrigados a oferecer, conforme cada tipo de plano de saúde (ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia, referência ou odontológico).

Quanto ao rol de procedimentos, existiam divergências doutrinárias (FONSECA; REIS, 2021) e jurisprudenciais: se este seria taxativo, ou seja, os tratamentos e procedimentos não previstos em sua relação não precisam ser cobertos pelas operadoras ou se seria meramente exemplificativo, ou seja, com uma cobertura mínima e que não teria limitações definidas.

A regulamentação da cobertura para os transtornos mentais foi implantada através da Resolução do Conselho de Saúde Suplementar de nº 11 (CONSU 11) de 03 de novembro de 1998. No segmento hospitalar foi estabelecido um limite de cobertura de 30 dias de internação por ano de contrato em hospital psiquiátrico ou em hospital geral. Ultrapassado o limite, as operadoras poderiam estabelecer mecanismos de coparticipação crescentes. A partir de janeiro de 2012, a coparticipação para internações psiquiátricas que excediam o limite foi limitada a 50% do valor (BRASIL, 2011).

A assistência em hospital-dia teve sua cobertura ampliada em 2010, quando foram suprimidos os limites de duração de tratamento, desde que fossem preenchidos os critérios de diagnóstico estipulados, como os transtornos globais do desenvolvimento (SILVA, 2011).

No segmento ambulatorial, até junho de 2010, além do atendimento médico por psiquiatra, a cobertura mínima estava restrita a 12 sessões de Psicoterapia por ano e seis sessões de terapia ocupacional. Na emergência, as

sessões de psicoterapias de crise eram limitadas a duração máxima de 12 semanas e a 12 sessões por ano de contrato (SILVA, 2011). A atualização do rol de procedimentos implementada pela ANS em 2010 elevou o número mínimo de consultas por psicólogos e terapeutas ocupacionais para 40 por ano de contrato para alguns transtornos, como o autismo.

Através da RN nº 469/2021, os beneficiários de plano de saúde com TEA adquiriram o direito a número ilimitado de sessões com psicólogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos para o tratamento do autismo (CELEPAR, 2021). Em 2022, a Diretoria Colegiada da ANS aprovou a RN nº 539, ampliando as regras de cobertura assistencial para usuários de planos de saúde com TEA. Dessa maneira, a partir de 1º de julho de 2022, a cobertura para qualquer método ou técnica indicado pelo médico assistente para o tratamento do paciente com algum dos transtornos enquadrados na CID F84 passou a ser obrigatória, além de estabelecer que as sessões ilimitadas com fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais englobem todos os transtornos globais de desenvolvimento.

2.2 Aspectos Gerais do Mercado de Saúde Suplementar

No Brasil, a saúde pode ser prestada de três formas distintas e não excludentes: a) saúde pública, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípios a universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação social; b) a saúde complementar, que possibilita a prestação de serviços de saúde pelo Poder Público através de pessoa jurídica de direito privado, atuando de acordo com as diretrizes do sistema público, e c) a saúde suplementar, que consiste na prestação de serviços médico-hospitalares diretamente por profissionais da iniciativa privada ou por intermédio de operadoras de planos privados de assistência à saúde (MACHADO, 2022).

O mercado dos planos privados de assistência à saúde está relacionado, desde seu início, à urbanização, à industrialização do país, à renda e ao emprego formal. Pouco se conhece sobre o crescimento do mercado de saúde suplementar, em âmbito nacional, até o ano de 2000, devido à ausência ou fragmentação das fontes de informação anteriores a esse ano, já que esse segmento não era regulado no âmbito da saúde.

A regulamentação das Operadoras de Planos de Saúde (OPS) iniciou-se com o surgimento da Lei nº 9.656/98, que dispõe sobre os planos e seguros

privados de assistência à saúde, e aprofundou-se com a lei nº 9.961/00, com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Antes desse período, as OPS atuavam no atendimento aos beneficiários a partir de critérios próprios do mercado, possuindo uma livre atuação no que se refere a oferecimento, financiamento e operação dos serviços de saúde (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008; SALVATORI, VENTURA, 2012).

A ANS foi instituída como instância de regulação do setor, com autonomia financeira e decisória, assemelhando-se às demais agências reguladoras quanto à estrutura organizacional (SANTOS, 2008). Segundo a Lei nº 9.656/98, alterada pela Medida Provisória 177-44 de 24/08/2001, em seu Art. 1º, conceitua-se:

I - **Plano Privado de Assistência à Saúde:** prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;

II - **Operadora de Plano de Assistência à Saúde:** pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo;

III - **Carteira:** o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos.

Na vigência das leis, foram estabelecidas regras, tendo como objetivos básicos: garantir aos beneficiários dos planos privados de assistência à saúde cobertura assistencial integral, de acordo com a segmentação do plano contratado, definir as regras de entrada, manutenção e saída das OPS, da transparência e garantir a integração do setor de saúde suplementar ao Sistema Único de Saúde (SUS), e o ressarcimento dos gastos gerados por usuários de planos privados de assistência à saúde no sistema público; e definir, normatizar e fiscalizar o setor de saúde suplementar como um todo (SALVATORI, VENTURA, 2012).

2.2.1 Classificação dos Planos Privados de Assistência à Saúde

Os planos privados de assistência à saúde possuem duas grandes segmentações: planos de assistência médica (que podem incluir assistência hospitalar, ambulatorial e odontológica) e planos exclusivamente odontológicos. Além disso eles podem ser classificados como individual ou coletivo, dependendo do seu tipo de contratação. O plano individual é aquele diretamente pelo beneficiário, com ou sem seu grupo familiar. O plano coletivo é aquele celebrado entre uma pessoa jurídica e a OPS para assistência aos empregados, funcionários e dependentes, podendo estar ativos ou inativos, ou de sindicalizados e associados da pessoa jurídica contratante (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008).

Os planos coletivos dividem-se em empresarial e coletivo por adesão. Os empresariais são contratados em decorrência de vínculo empregatício para seus funcionários e por empresário individual. Os coletivos por adesão são contratados por pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial para seus vinculado, por exemplo, associados ou sindicalizados. Na contratação desses planos pode haver a participação de Administradoras de Benefícios (ANS, 2022). Quanto à época de contratação, os planos podem ser posteriores à Lei nº 9.656/98, chamados de planos novos e/ou regulamentado, e podem ser antigos, ou seja, anteriores à regulamentação e com diferenças quanto ao escopo da regulação realizada pela ANS.

As operadoras de planos de saúde podem ser divididas segundo a sua modalidade de funcionamento para analisar a maximização da sua função utilidade. Elas estão organizadas nas modalidades: Autogestão, Cooperativa Médica, Filantropia, Seguradora Especializada em Saúde, Medicina de Grupo e Administradoras de Benefícios (SATO, 2007).

As operadoras classificadas como autogestão são pessoas jurídicas de direito privado e sem fins lucrativos que operam um plano de saúde, criada por empresas, associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de categorias profissionais ou assemelhados, com o objetivo de prestar assistência à saúde exclusivamente a seus funcionários, ex-funcionários, administradores, ex-administradores, associados e dependentes do grupo familiar até o quarto grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco

por afinidade, criança ou adolescente sob guarda ou tutela, curatelado, cônjuge ou companheiro dos beneficiários (FENASAÚDE, 2019).

As regras de funcionamento para as operadoras de autogestão foram estabelecidas em 2006 , pela RN nº 137/06 da ANS e atualizadas no ano seguinte pela RN nº 148/07. Pela sua natureza, elas estão impedidas de comercializar planos de saúde para o público em geral, devendo manter o foco em um grupo fechado de pessoas.

A cooperativa médica, regulamentada pela Lei nº 5.764/71 (Lei das Cooperativas), é uma sociedade sem fins lucrativos, caracterizada pela composição de um grupo de pelo menos 20 pessoas que se unem voluntariamente em uma sociedade coletiva e de interesse comum. As operadoras enquadradas nessa modalidade podem comercializar planos de assistência médico-hospitalar para pessoas físicas ou jurídicas, constituir uma rede de serviços própria ou contratar terceiros. A cooperativa odontológica comercializa planos exclusivamente odontológicos (FENASAÚDE, 2019).

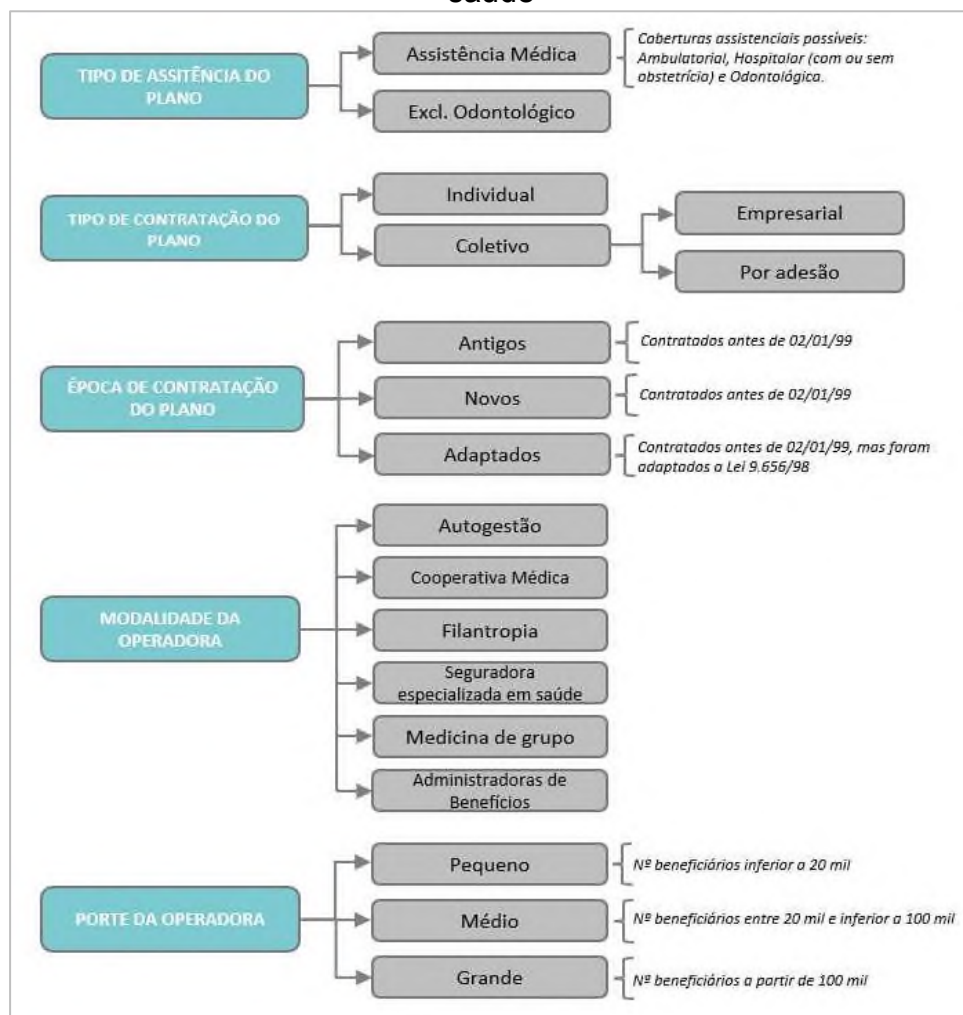
As operadoras classificadas como filantropia são entidades hospitalares sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde, e que obtiveram o certificado de entidade beneficente de assistência social emitido pelo Ministério competente, dentro do prazo de validade, bem como a declaração de utilidade pública junto ao Ministério da Justiça, ou junto aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais, na forma da regulamentação normativa específica vigente. Exemplos dessas entidades são as Santas Casas da Misericórdia (FENASAÚDE, 2019).

As seguradoras especializadas em saúde são sociedades com fins lucrativos que comercializam seguros de saúde e oferecem aos beneficiários reembolso das despesas médico-hospitalares ou odontológicos, de acordo com os limites estabelecidos na apólice. Conforme determina a Lei nº 10.185/01, elas somente serão autorizadas a operar planos de saúde se estiverem constituídas como seguradoras especializadas nesse tipo de seguro. As seguradoras não possuem rede própria, mas referenciam uma rede de serviços e pagam a utilização dos serviços pelos clientes, diretamente aos prestadores de serviços integrantes da rede. Também são obrigadas a prever a livre escolha, onde os segurados podem escolher estabelecimentos ou profissionais de saúde não referenciados pela seguradora (FENASAÚDE, 2019).

Uma administradora de benefício é uma pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos, desenvolvendo atividades previstas em regulamentação específica. Em resumo, elas são responsáveis apenas pela administração de planos de saúde financiados por outras operadoras.

De acordo com os termos da RDC nº 39/00, as demais empresas ou entidades que operam planos privados de assistência à saúde cujas características não se adequam às outras modalidades definidas anteriormente são classificadas como medicina de grupo (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008).

Figura 2 - Classificações gerais dos planos de saúde e operadoras de planos de saúde



Fonte: Elaborado pela autora.

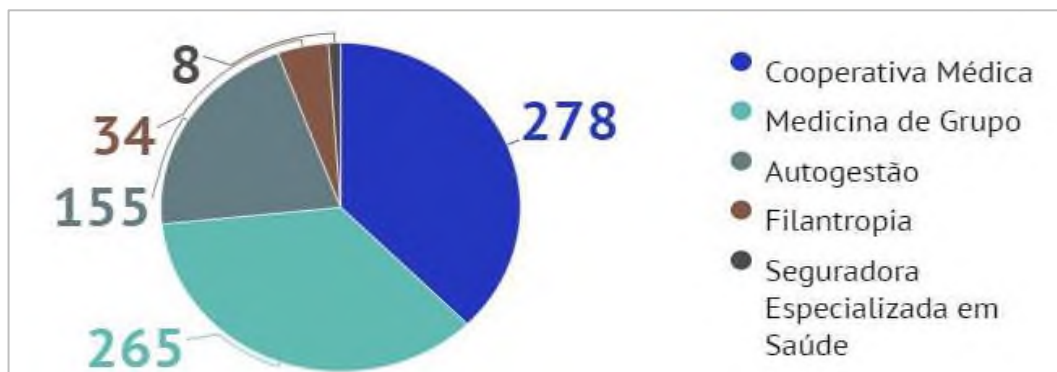
De acordo com os termos da RDC nº 39/00, as demais empresas ou entidades que operam planos privados de assistência à saúde cujas características não se adequam às outras modalidades definidas anteriormente são classificadas como medicina de grupo (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008).

Figura 2 apresenta um resumo geral das variadas classificações que planos de saúde e operadoras de planos de saúde podem receber.

2.2.2 Dados da Saúde Suplementar

De acordo com a listagem do relatório “Dados cadastrais das Operadoras Ativas na ANS” (Relatório cadop), extraído em setembro de 2022, o Brasil possui 740 operadoras ativas. Dentre as modalidades médico hospitalares há 278 cooperativas médicas, seguido de 265 operadoras classificadas como medicina de grupo e 155 autogestão, representando um total de 38%, 36% e 21%, respectivamente (Figura 3). Além dessas, há 169 administradoras de benefícios e em relação às modalidades odontológicas, existem 102 cooperativas odontológicas e 169 odontologias de grupo.

Figura 3 - Total de Operadoras de Plano de Saúde ativas por modalidade

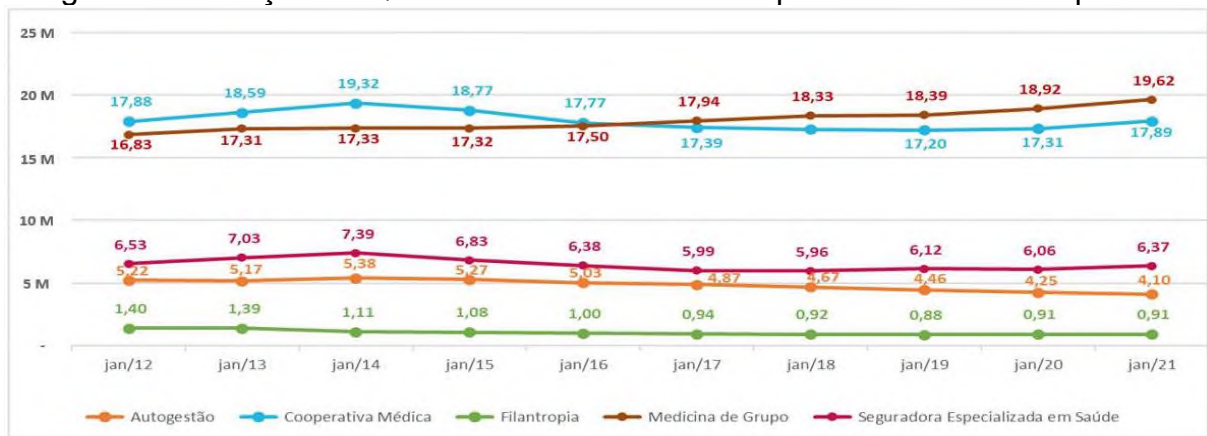


Fonte: Adaptado do Relatório de Operadoras Ativas na ANS (setembro de 2022)

A Figura 4 mostra a evolução da quantidade de beneficiários ativos em Operadoras de Planos de Saúde na segmentação de assistência médica do período de dez/12 a dez/21 de acordo com as informações fornecidas pela TABNET ANS. Analisando os valores absolutos, o número de pessoas que possuía planos de assistência à saúde em 2012 somava aproximadamente 47,8 milhões de pessoas, segundo os dados da ANS, já em 2021 o número passou para 48,9 milhões, isto significa um aumento de 2,18% em 9 anos.

A partir da análise com a segmentação por modalidade, observa-se uma redução de beneficiários na autogestão (-21,39%), filantropia (-34,97%) e seguradora especializada em saúde (-2,39%). As cooperativas médicas tiveram uma redução de 2016 a 2019 e posteriormente um aumento em 2020 e 2021, variando apenas 0,1% desde 2012. A modalidade medicina em grupo foi a que apresentou uma maior evolução em relação ao número de beneficiários, um total de 15,57% no período analisado, superando, em 2017, o total de beneficiários nas cooperativas médicas.

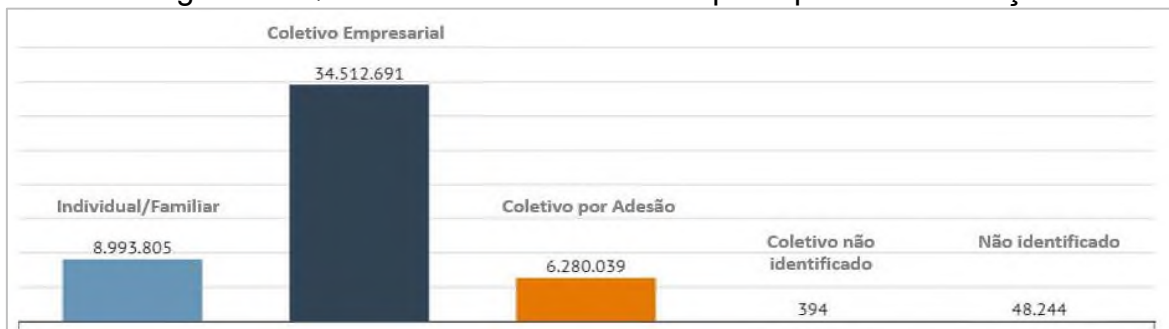
Figura 4 - Evolução da Quantidade de Beneficiários por modalidade de Operadora



Fonte: Adaptado de TABNET ANS

Em julho de 2022 a saúde suplementar possuía 49,8 milhões de beneficiários em operadoras da segmentação de assistência médica, no qual 69% referentes ao tipo de contratação coletivo empresarial e 18% ao tipo individual ou familiar, 12,6% ao tipo coletivo por adesão e a parcela restante não são identificados o tipo de contratação, conforme mostra a **Erro! Fonte de referência não encontrada.**

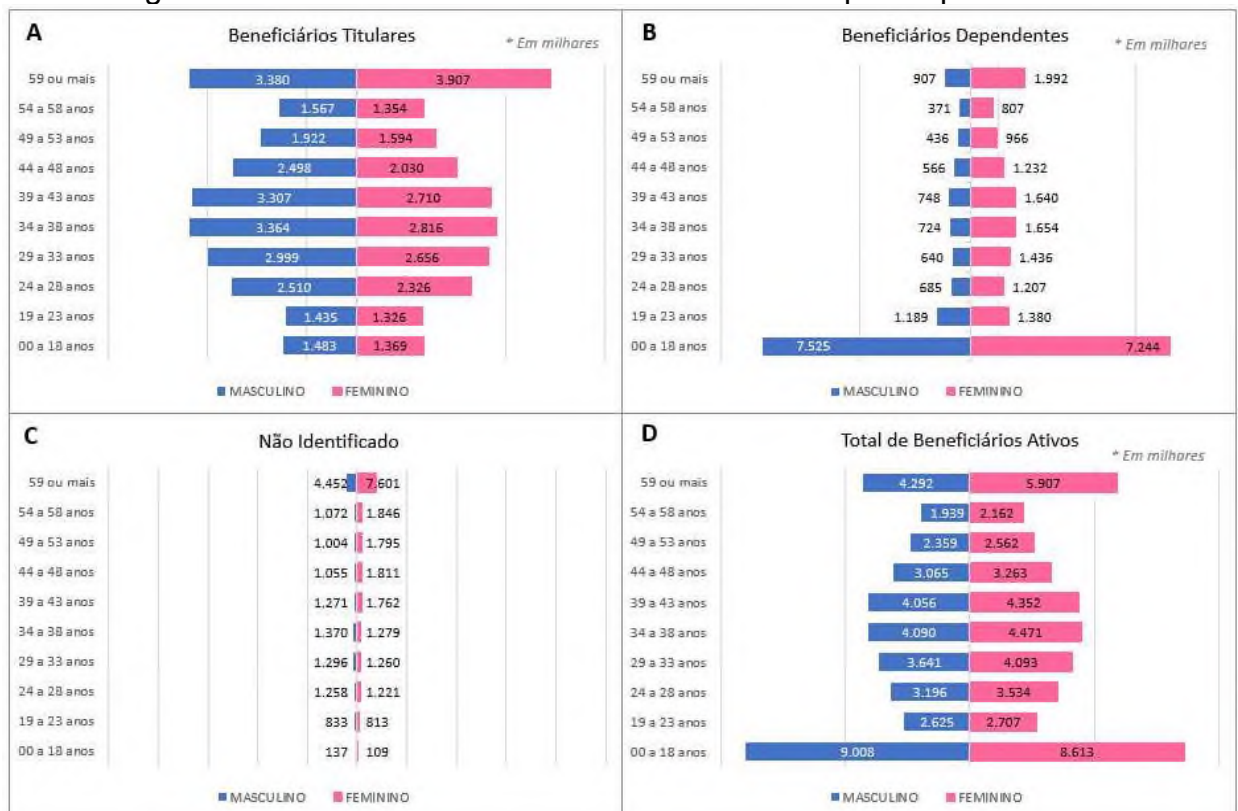
Figura 5 - Quantitativo de Beneficiários por Tipo de Contratação



Fonte: Adaptado de Sala de Situação ANS. Quantitativo de beneficiários ativos em operadoras da segmentação de assistência médica por tipo de contratação em jul/22.

A Resolução Normativa nº 63 de 22 de setembro de 2003 definiu a adoção de dez faixas etárias pelas operadoras de saúde, são elas: 0 a 18 anos, 19 a 23 anos, 24 a 28 anos, 29 a 33 anos, 34 a 38 anos, 39 a 43 anos, 44 a 48 anos, 49 a 53 anos, 54 a 58 anos e 59 anos ou mais. Pode-se observar na Figura 6 que a estrutura etária dos beneficiários nas operadoras tem maior concentração na base e no topo, com uma representatividade de 37,9% na primeira faixa e 21,9% na última. Ao segmentar por titularidade nota-se que os dependentes são predominantemente jovens (31,7% na primeira faixa), enquanto os titulares estão predominantemente localizados nas faixas 59 ou mais, 34 a 38 anos e 39 a 43 anos, com 15,7%, 13,3% e 12,9% de representatividade, respectivamente.

Figura 6 - Estrutura Etária dos Beneficiários Ativos por Dependência



Fonte: Adaptado de Sala de Situação ANS. Pirâmides Etárias dos Beneficiários nas operadoras de planos de saúde da segmentação de assistência médica por tipo de dependência em jul/22. (A) Beneficiários titulares (B) Beneficiários Dependentes (C) Beneficiários com a titularidade não preenchida ou preenchida incorretamente (D) Total de beneficiários Ativos nas Operadoras.

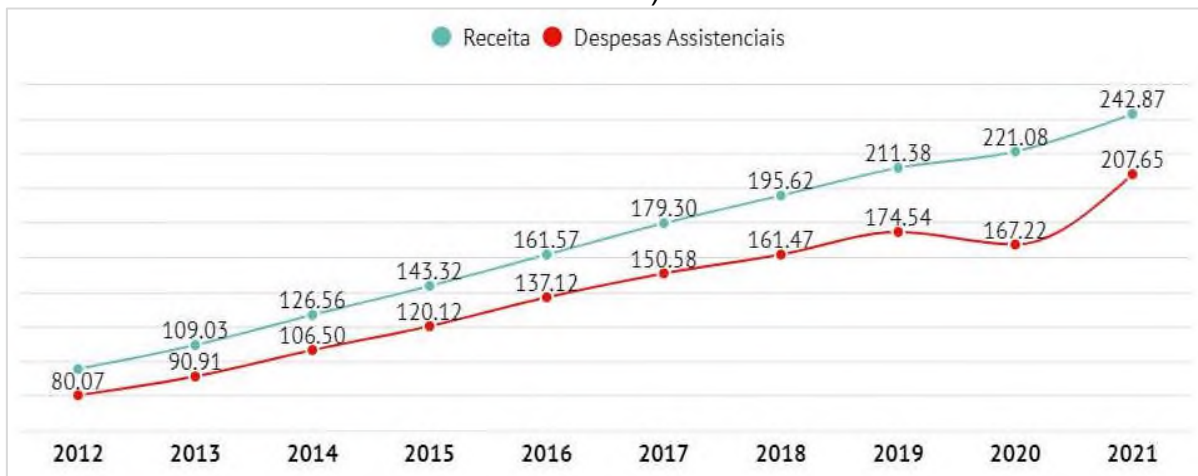
2.2.3 Custo Assistencial

Dentre as principais discussões na área da saúde suplementar, destaca-se a importância da avaliação dos custos com a assistência à saúde. Os custos assistenciais correspondem aos valores gastos com a assistência à saúde e são classificados, basicamente, em consultas, exames, terapias, materiais, medicamentos, gastos com internações e procedimentos odontológicos (ZUCCHI; NERO; MALIK, 2000).

Uma outra segmentação para classificar os custos assistenciais é: custos ambulatoriais, custos hospitalares, custos gerados por urgência/emergência e terapias. Custos ambulatoriais são aqueles que não são provenientes de uma urgência, como por exemplo consultas eletivas, com hora marcada. Os custos hospitalares são provenientes da composição dos custos com os honorários médicos, os materiais hospitalares e medicamentos, além disso engloba também exames realizados durante uma internação, além de diárias de internação, substâncias gasosas, como oxigênio e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME). Intervenções emergenciais, curativos, medicamentos, além dos honorários das consultas são exemplos de fatores que geram os custos gerados por urgência. Por fim, as terapias englobam algumas áreas, como custos com fisioterapia, nutrição e tratamento psicológico, que envolvem terapias seriadas, um dos principais custos assistências em planos de saúde (SHARECARE, 2020).

Um dos grandes desafios da saúde, pública ou privada, no Brasil e no mundo é o controle dos custos assistenciais. De acordo com dados da ANS, disponíveis no *ANS Tabnet*, houve um crescimento acentuado nas despesas assistenciais nos últimos anos, como mostra a Figura 7, que contém os resultados das despesas assistenciais das operadoras (Nas modalidades cooperativa médica, medicina de grupo, seguradora especial, autogestão, filantropia, odontologia de grupo e cooperativa odontológica) no período de 2012 a 2021, é possível verificar um crescimento de 159% nessas despesas, correspondendo a uma representatividade de 82% das receitas de contraprestações e apresentando um crescimento mais rápido do que o Produto Interno Bruto (PIB) do Brasil, como observado na Figura 8.

Figura 7 - Evolução das Receitas e Despesas Operadoras de Plano de Saúde (Em bilhões)



Fonte: Adaptado de ANS TAB NET. Total de contraprestações e despesas assistenciais das modalidades: cooperativa médica, medicina de grupo, seguradora especial, autogestão, filantropia, odontologia de grupo e cooperativa odontológica de 2012 a 2021.

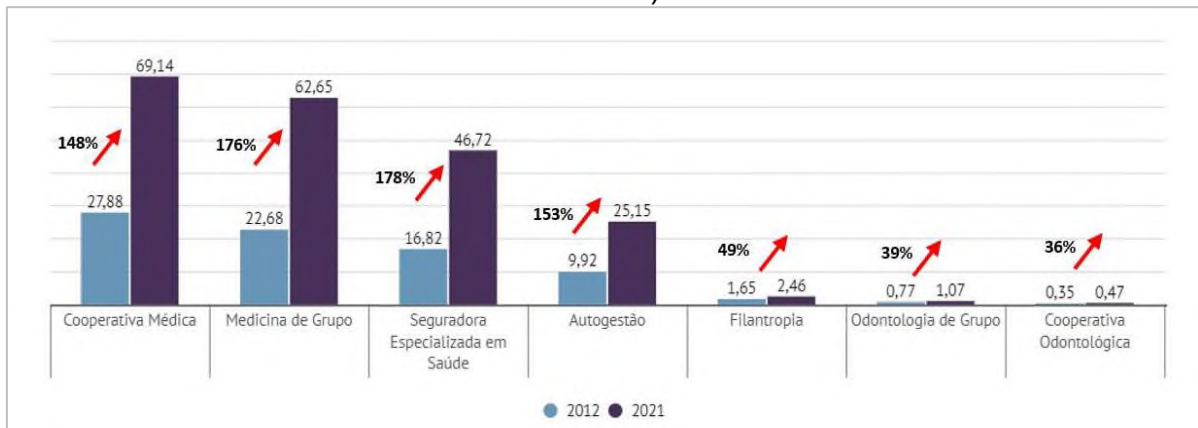
Figura 8 - Crescimento das Despesas Assistenciais da Saúde Privada no Brasil vs. PIB

Ano	Despesa Assistencial*	% cresc.	Produto Interno Bruto (PIB)*	% cresc.
2012	80,11		4.810	
2013	90,93	13,50%	5.330	10,81%
2014	106,50	17,12%	5.770	8,26%
2015	120,12	12,79%	5.990	3,81%
2016	137,12	14,16%	6.260	4,51%
2017	150,58	9,82%	6.280	0,32%
2018	161,47	7,23%	7.040	12,10%
2019	174,54	8,09%	7.100	0,85%
2020	167,22	-4,19%	7.400	4,23%
2021	207,65	24,18%	8.700	17,57%

Fonte: Adaptado do TabNet da ANS e IBGE. * Em bilhão (R\$).

A modalidade que apresentou um maior crescimento dos custos foi a Seguradora Especializada em Saúde (178%), seguidos da Medicina em Grupo (176%), Cooperativa Médica (148%) e Autogestão (153%). As modalidades Filantropia, Odontologia de Grupo e Cooperativa Odontológica apresentaram um crescimento menor, com 49%, 39% e 36%, respectivamente (Figura 9).

Figura 9 - Despesa assistencial por modalidade de operadora - 2012 vs. 2021 (Em bilhões)



Fonte: Adaptado de ANS TAB NET. Despesa assistencial do ano de 2012 vs. ano de 2021 nas modalidades: cooperativa médica, medicina de grupo, seguradora especial, autogestão, filantropia, odontologia de grupo e cooperativa odontológica.

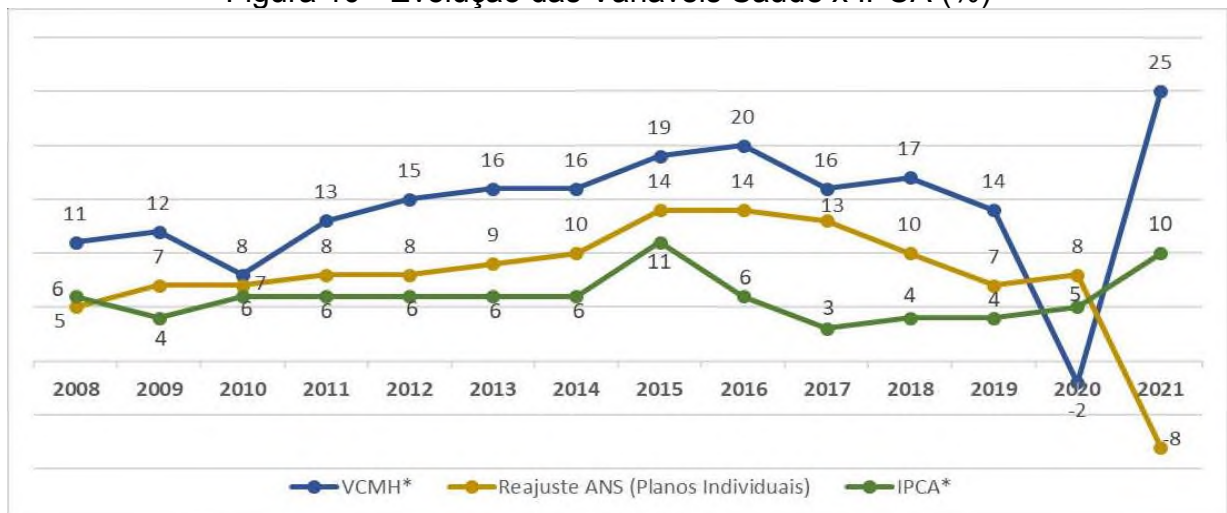
A VCMH (Variação de Custo Médico-Hospitalar) é uma medida da variação do custo médico-hospitalar per capita incorrido pelas operadoras de planos e seguros de saúde com a assistência a seus beneficiários. A VCMH é sob responsabilidade do IESS (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar) e é calculada considerando o custo médio por exposto em um período de 12 meses em relação às despesas médias dos doze meses anteriores. O cálculo da VCMH é feito para um conjunto de planos individuais (antigos e novos) de operadoras de abrangência nacional através de uma média ponderada de acordo do padrão de plano (básico, intermediário, superior e executivo).

Historicamente, a VCMH no Brasil sempre foi positiva, significando que as operadoras sempre tiveram um aumento nos gastos com o passar dos anos, com exceção do ano de 2020, no qual a VCMH foi negativa devido à pandemia de COVID-19, que ocasionou uma diminuição de consultas, exames e até mesmo procura de serviços de pronto socorro, reduzindo os custos dos planos de saúde com esses serviços, fazendo com que o ano 2021 se tornasse histórico ao apresentar um reajuste negativo para os planos de saúde da modalidade individual.

Figura 10 mostra a evolução da VCMH, em relação ao reajuste dos planos individuais calculado pela ANS e ao IPCA. A VCMH referente aos 12 meses encerrados em dezembro de 2021, comparado com os 12 meses anteriores foi de 25%. O levantamento incluiu uma carteira de 672,6 mil beneficiários de planos individuais e foi superior à inflação de preços IPCA, calculada pelo IBGE, que foi de

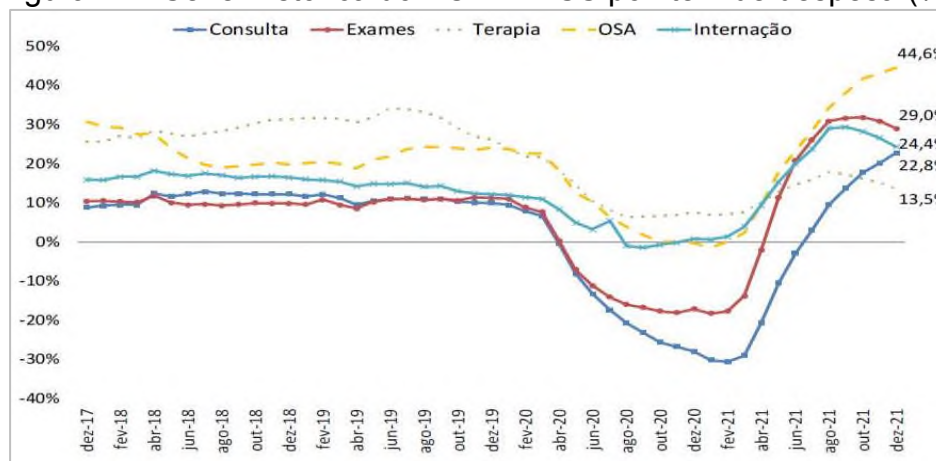
10% no mesmo período (IESS, 2022). Na Figura 9 percebe-se que durante todo o período, com exceção de 2020, o VCMH esteve acima do IPCA, uma das razões deve-se ao fato do VCMH ser composto tanto pela variação do preço médio por procedimento de saúde quanto pela variação da frequência de utilização desses procedimentos, enquanto a inflação é resultado apenas da variação de uma determinada cesta de produtos e serviços (REZENDE, 2022).

Figura 10 - Evolução das Variáveis Saúde x IPCA (%)



Fonte: Adaptado de DASA, 2022. Valores referentes às apurações de dezembro de cada ano, considerando o acumulado de 12 meses.

Figura 11 - Série Histórica do VCMH/IESS por item de despesa (%)



Fonte: IESS, 2022

O levantamento do IESS, revelou que todos os itens de despesas apresentaram uma variação positiva, indicando um crescimento per capita por período avaliado (Figura 11). A maior variação foi de 44,6% em Outros Serviços Ambulatoriais (OSA), seguido de 29% em exames, 24,4% em internações, 22,8% em consultas e 13,5% em terapias.

3 METODOLOGIA

Nesta seção são descritos os procedimentos metodológicos utilizados para a execução da pesquisa. Descrevem-se as características da população utilizada e os indicadores utilizados para análise dos dados.

Em termos metodológicos, este trabalho é caracterizado como uma pesquisa exploratória, tendo como estratégia de pesquisa o estudo de caso, representado pelo estudo dos beneficiários TEA na carteira de uma operadora de saúde da modalidade cooperativa médica.

3.1 Fonte de dados

Para o estudo, foram utilizados dados assistenciais da carteira dos contratos individuais, coletivo empresarial e coletivo por adesão da carteira de uma Operadora de Plano de Saúde de grande porte na modalidade cooperativa médica. A segmentação assistencial dos planos analisados é ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, com produtos com diferentes áreas de abrangência geográfica. A análise compreende o período de janeiro de 2015 a setembro de 2022.

Os dados pessoais foram anonimizados, de forma a impossibilitar o reconhecimento dos beneficiários. Todos os preceitos éticos estabelecidos foram respeitados no que se refere a zelar pela legitimidade das informações, privacidade e sigilo das informações.

3.2 Base de Dados

A partir da carteira, para identificar os beneficiários TEA, foi realizado um levantamento de todos os usuários nos prestadores da rede credenciada especializada em Transtorno do Espectro Autista a partir de janeiro/2018, ano no qual os prestadores especializados foram credenciados. A partir da listagem dos beneficiários obtida do período de jan/2018 a set/22, as demais informações foram geradas a partir de 2015, a fim de verificar o comportamento desses beneficiários antes do credenciamento dessas clínicas.

Para analisar dos beneficiários na carteira da OPS foram coletados os dados cadastrais para agrupar os beneficiários de acordo com:

- a) **Faixa Etária:** As faixas adotadas são semelhantes as consideradas para precificação dos planos de saúde segundo Art. 2º da Resolução Normativa nº 63/03 da ANS, a saber: 0 a 18 anos; 19 a 23 anos; 24 a 28 anos; 29 a 33 anos; 34 a 38 anos; 39 a 43 anos; 44 a 48 anos; 49 a 53 anos; 54 a 58 anos; e 59 anos ou mais. Uma segunda análise foi realizada, agrupando as idades em classes de acordo com a idade mínima e máxima encontradas para os beneficiários;
- b) **Sexo:** Masculino ou Feminino;
- c) **Tipo de contratação:** Individual, Coletivo Empresarial e Coletivo por Adesão;
- d) **Fator moderador do produto:** Sem ou com coparticipação;
- e) **Acomodação do produto:** enfermaria ou apartamento;
- f) **Titularidade:** Titular ou dependente;
- g) **Regulamentação do plano:** regulamentado ou não regulamentado.

Com os dados cadastrais coletados foi possível analisar a evolução quantitativa dos beneficiários durante o período considerando alguns dos agrupamentos, como sexo, tipo de contratação, fator moderador, acomodação e titularidade.

Foram extraídas informações de receita das contraprestações por beneficiário, coparticipação, quando existente, e custo assistencial por beneficiário e contrato para verificar por agrupamento a situação financeira econômica dos beneficiários na carteira da OPS, através do indicador de sinistralidade. Além dos dados cadastrais, de caracterização do produto e das informações financeiras, foram extraídas informações do quantitativo das sessões realizadas nas 4 clínicas da rede credenciada.

Os dados foram coletados e organizados, sendo tratados em planilhas do Excel para fins de cálculo dos indicadores escolhidos.

3.3 Indicadores de Análise

Para determinar a prevalência, ou seja, a proporção dos beneficiários na carteira da operadora que possuem o Transtorno do Espectro Autista foi utilizado a

seguinte fórmula, considerando a carteira total e considerando a faixa etária 00-18 anos:



(1)

Para verificar o **perfil dos produtos contratados** pelos beneficiários TEA na operadora foi verificada a representatividade de contratação por agrupamento (titularidade, fator moderador, acomodação e regulamentação do plano) de acordo com a fórmula:



(2)

Foi calculado o **tempo de permanência** do beneficiário na OPS, muitos beneficiários possuíam mais de uma data de inclusão, por conta da alteração da carteirinha do plano ou da mudança de contrato, então, para o cálculo do tempo de permanência do beneficiário na competência analisada foi considerada a seguinte fórmula:

$$\textit{Tempo de permanência} = \textit{mês de análise} - \textit{mês de inclusão inicial do beneficiário} \quad (3)$$

O tempo de permanência e tempo de início de tratamento foram agrupados com a seguinte amplitude: 0 a 11 meses, 12 a 23 meses, 24 a 35 meses, 36 a 47 meses, 48 a 59 meses e 60 ou mais meses.

Foi analisado a média custo per capita e a evolução deste no decorrer do período, sendo calculado pela fórmula abaixo:



(3)

Para analisar a situação econômico-financeira dos beneficiários TEA na carteira foi calculado a sinistralidade. Segundo Pires (2008), a **sinistralidade** é um índice calculado através da razão entre os sinistros realizados, ou seja, o somatório dos custos de assistência, e o somatório do prêmio ou receitas da assistência, medida em percentual. Quando o contrato possui coparticipação definida, o somatório dessa torna-se um redutor dos custos assistenciais.

A seguir, é apresentada a fórmula da sinistralidade de acordo com o respectivo agrupamento:



(4)

onde, n = número de contratos, t = número de meses e S_A = Sinistralidade do agrupamento.

Por meio da sinistralidade, é possível verificar a parcela das receitas que está sendo utilizada para o pagamento dos custos assistenciais líquidos da operadora. A apuração dos últimos 12 meses da receita versus despesa indica se o contrato é financeiramente compensador para as partes ou se o valor pago na mensalidade é coerente para manter a relação contratual em equilíbrio, considerando as despesas geradas com esse contrato (DE LIMA, 2019).

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

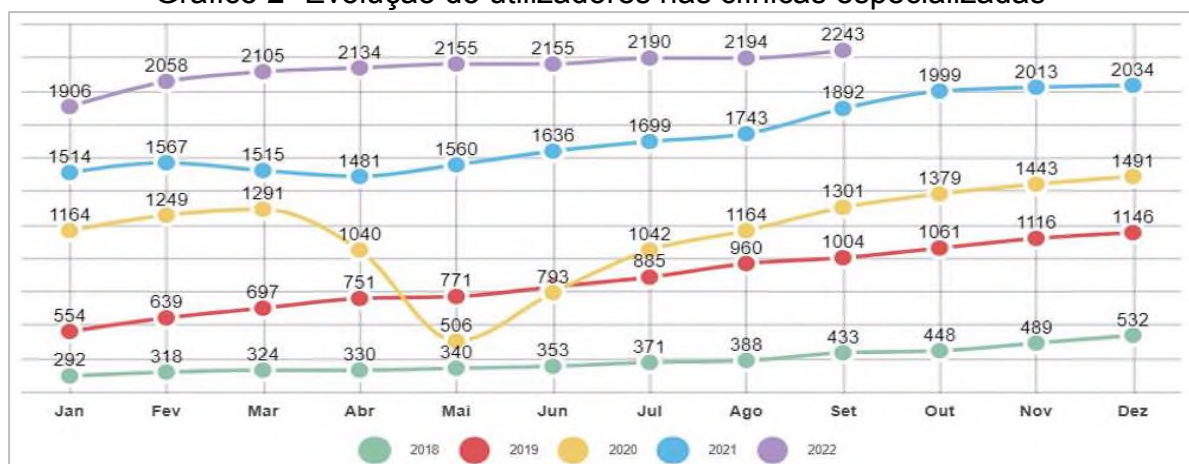
Nesta seção serão apresentados os resultados e discussões das análises realizadas.

4.1 Prevalência e Evolução Quantitativa dos Beneficiários TEA

Cabe ressaltar que, por motivos de registro, não foi possível utilizar a Classificação Internacional de Doenças (CID) para a seleção dos beneficiários TEA na carteira da OPS em questão, dessa forma foi realizado um levantamento quantitativo dos beneficiários de acordo com a utilização desses, em 4 prestadoras especializadas em autismo. Sabe-se que, dessa forma, alguns dados podem estar subestimados, tendo em vista que muitos beneficiários, além de poderem não ter sido diagnosticados ainda, os diagnosticados podem realizar procedimentos na rede própria da operadora ou em outras clínicas não especializadas.

O Gráfico 2 representa a evolução dos utilizadores nas clínicas especializadas, um utilizador em um mês, não necessariamente foi um utilizador nos demais meses. A partir das informações levantadas, pode-se verificar que no decorrer dos meses houve um crescimento dos utilizadores TEA na rede, com exceção dos períodos de março/20 a maio/20, com uma redução de 61%, onde se deu o início da primeira fase da pandemia de covid-19, e de fevereiro/21 a abril/21, início da terceira fase da pandemia, com uma redução de 5,5%. Durante esses períodos os governos estaduais e municipais adotaram medidas mais fortes de isolamento, a queda dos utilizadores indica uma redução de uso dos procedimentos eletivos nos prestadores (BARCELLOS,2022).

Gráfico 2 -Evolução do utilizadores nas clínicas especializadas



Fonte: Elaborado pela autora.

Ainda de acordo com o Gráfico 2, o ano de 2018 iniciou com 292 utilizadores na rede e finalizou o período de análise com 2243, um crescimento de 668%. O ano que apresentou um maior crescimento dos utilizadores foi o de 2019, uma variação de 106,86%.

Para verificar a variação do quantitativo de beneficiários TEA, foi feito um levantamento do total de ativos em dezembro de cada ano, com exceção de 2022, que foi considerado setembro/22, último mês com disponibilidade de informações para o desenvolvimento deste estudo. A listagem dos beneficiários foi feita a partir do janeiro/2018, período em que as clínicas especializadas foram credenciadas, apesar disso, foi realizado um levantamento anterior a esse período (a partir de janeiro/2015) para verificar se esses beneficiários já estavam na operadora antes do credenciamento e como seria a evolução no decorrer do período.

A partir do Gráfico 3 pode-se observar que no final de 2015 a operadora possuía 682 beneficiários TEA, crescendo em média 26% por ano até o ano de 2021, de dezembro/21 para setembro/22 houve um crescimento de apenas 1%, finalizando no final de período de análise com um total de 2665 beneficiários TEA.

Gráfico 3 - Evolução dos beneficiários ativos e Prevalência na Carteira da OPS



Fonte: Elaborado pela autora. Total de ativos em dezembro de 2015 a 2021 e total de ativos em setembro de 2022, com as prevalências na carteira total e na carteira de 00-18 anos da OPS analisada.

Analisando esse quantitativo em relação ao total da carteira pode-se observar que a prevalência passou de 1 em cada 526 para 1 em cada 132 beneficiários TEA, em termos percentuais passou de 0,19% para 0,76% em 7 anos.

Apesar de inferior, esse percentual se aproxima ao valor de 1% de prevalência mundial do TEA relatado em algumas publicações (BONILLA, 2016).

Ao verificar a representatividade na primeira faixa etária (00-18 anos) da carteira da OPS, observa-se que em 2015 a prevalência de TEA era de 1 a cada 124, em 2018 passou para 1 em 50, prevalência um pouco inferior em comparação com os dados do Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos, no Gráfico 1. Em setembro/22 a prevalência apresentada foi de 1 beneficiário TEA a cada 31 beneficiários na primeira faixa etária, dessa forma percebe-se uma prevalência crescente dos beneficiários (Gráfico 3).

No momento da contratação de um plano de saúde, o consumidor deve preencher um questionário quanto a sua condição de saúde naquele momento, sendo vedado qualquer omissão quanto a problemas de saúde já conhecidos. De acordo com a Lei 12.764/2012, o autismo é uma deficiência, dessa forma não é considerada uma doença pré-existente, não sendo necessário incluir no questionário. Devido a isso, a princípio, não foi possível identificar se os beneficiários já foram inclusos nos planos já diagnosticados.

Na Figura 12 traz a representatividade dos beneficiários TEA na competência de setembro/2022 de acordo com alguns agrupamentos. Em relação ao sexo, percebe-se que há 78% dos beneficiários são do sexo masculino, onde para cada menina há 3,75 meninos com autismo (Figura 12A). Essa proporção na OPS é similar ao que é encontrado na literatura para a prevalência do TEA por sexo (ASSUMPÇÃO,2000; TAMANAHA, 2008; DE LIMA REIS,2019).

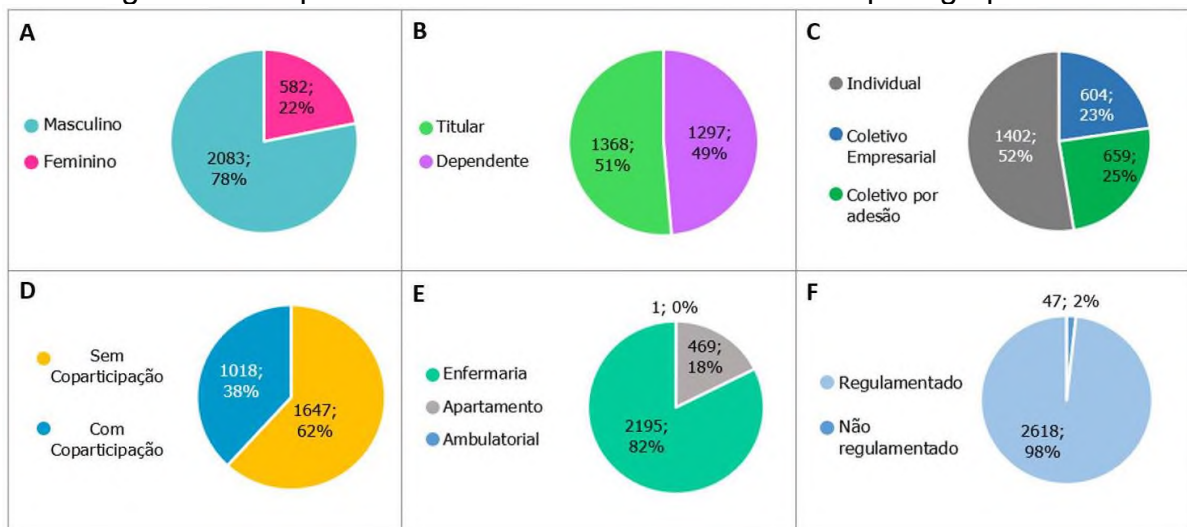
Em relação às classificações dos planos contratados, observa-se que em relação à titularidade, 51% dos beneficiários são titulares, indicando que essa porcentagem representa as famílias que incluem apenas as crianças nos planos de saúde, enquanto 49% entram nos planos como dependentes (Figura 12B). Em relação ao tipo de contratação (Figura 12C), a maioria dos beneficiários são provenientes da carteira individual ou familiar (52%), seguido por coletivo por adesão (25%) e coletivo empresarial (23%).

Em relação ao fator moderador, 62% dos pacientes possuem o plano sem coparticipação (Figura 12D). Possivelmente há um interesse maior em planos que não possuem coparticipação, pelo fato de que os beneficiários necessitem de um tratamento contínuo e em maior volume nos prestadores, dessa forma

financeiramente é mais vantajoso pagar um plano mais caro que não possua coparticipação.

A acomodação contratada predominante é a enfermaria (82%), apenas um dos beneficiários identificados não possuem um plano hospitalar, dessa forma ele ficou classificado nessa segmentação como “ambulatorial” (Figura 12E). 98% dos beneficiários possuem os planos regulamentados, apenas 2% possuem planos não regulamentados, porém não foi identificado se os planos foram adaptados ou não à Lei 9.656/98 (Figura 12F).

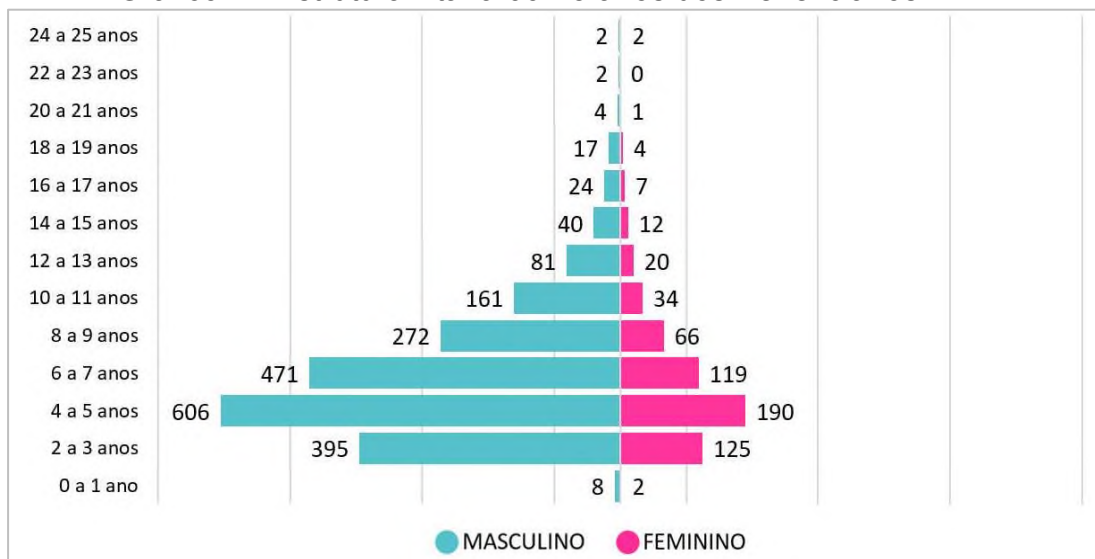
Figura 12 - Representatividade dos Beneficiários TEA por agrupamento



Fonte: Elaborado pela autora. Representatividade dos beneficiários TEA na OPS por sexo (A), titularidade (B), tipo de contratação do plano (C), fator moderador do plano (D), acomodação

Em relação a faixa etária, os beneficiários estão localizados na carteira apenas nas faixas 00-18 e 19-23, com 99,4% localizado na primeira faixa etária. As classes da pirâmide etária no Gráfico 4 foram elaboradas considerando até a idade máxima que foi observada (25 anos). Nela pode-se observar que a maioria dos beneficiários na competência de set/22 tinha entre 4 e 6 anos de idade. A idade média dos pacientes era de 6,31 anos.

Gráfico 4 - Estrutura Etária 00-25 anos dos Beneficiários TEA



Fonte: Elaborado pela autora.

As tabelas a seguir apresentam a evolução dos beneficiários ativos de acordo com alguns agrupamentos do ano de 2015 a 2022. Em relação à segmentação por sexo, em 2015 havia 543 meninos e 139 meninas nos planos, a quantidade de meninos aumentou 284%, enquanto de meninas aumentou 319%. Apesar do crescimento maior do número de mulheres, a proporção do sexo masculino em relação ao feminino mantém uma média de 4 para 1 no decorrer de cada ano (Tabela 1).

Tabela 1 - Evolução dos beneficiários ativos por sexo

Tipo de Contratação	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
MASCULINO	543	703	950	1.266	1.667	1.893	2.055	2.083
FEMININO	139	174	252	335	464	508	576	582
Total Geral	682	877	1.202	1.601	2.131	2.401	2.631	2.665

Fonte: Elaborado pela autora. Total de ativos em dezembro de 2015 a 2021 e em setembro de 2022.

O tipo de contratação que apresentou um maior crescimento no período foi o coletivo por adesão, com 499% de aumento (Tabela 2). O Coletivo Empresarial foi o único que apresentou uma redução dos beneficiários no último ano.

Tabela 2 - Evolução dos beneficiários ativos por tipo de contratação

Tipo de Contratação	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
INDIVIDUAL	365	475	649	829	1.118	1.286	1.355	1.402
COLETIVO POR ADESÃO	110	152	202	311	421	483	645	659
COLETIVO EMPRESARIAL	207	250	351	461	592	632	631	604
Total Geral	682	877	1.202	1.601	2.131	2.401	2.631	2.665

Fonte: Elaborado pela autora. Total de ativos em dezembro de 2015 a 2021 e em setembro de 2022.

O número de dependentes teve um aumento de 177% no período, porém houve uma redução de 2% no último ano, enquanto os titulares apresentaram um crescimento durante todos os períodos, comparando 2022 com 2015 houve um crescimento de 542% (Tabela 3).

Tabela 3 - Evolução dos beneficiários ativos por titularidade

Tipo de Contratação	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
DEPENDENTE	469	580	770	1.003	1.224	1.316	1.318	1.297
TITULAR	213	297	432	598	907	1.085	1.313	1.368
Total Geral	682	877	1.202	1.601	2.131	2.401	2.631	2.665

Fonte: Elaborado pela autora. Total de ativos em dezembro de 2015 a 2021 e em setembro de 2022.

A acomodação que apresentou maior crescimento foi a de enfermaria (375%). Nos últimos 2 anos houve uma redução nos planos com apartamento (Tabela 4).

Tabela 4 - Evolução dos beneficiários ativos por acomodação

Tipo de Contratação	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
ENFERMARIA	462	600	859	1.174	1.657	1.912	2.150	2.195
APARTAMENTO	220	277	343	427	473	488	480	469
AMBULATORIAL	0	0	0	0	1	1	1	1
Total Geral	682	877	1.202	1.601	2.131	2.401	2.631	2.665

Fonte: Elaborado pela autora. Total de ativos em dezembro de 2015 a 2021 e em setembro de 2022.

Os beneficiários nos planos com coparticipação tiveram uma redução nos últimos dois anos, enquanto os planos sem coparticipação tiveram crescimento em todo período, totalizando 447% (Tabela 5).

Tabela 5 - Evolução dos beneficiários ativos por fator moderador

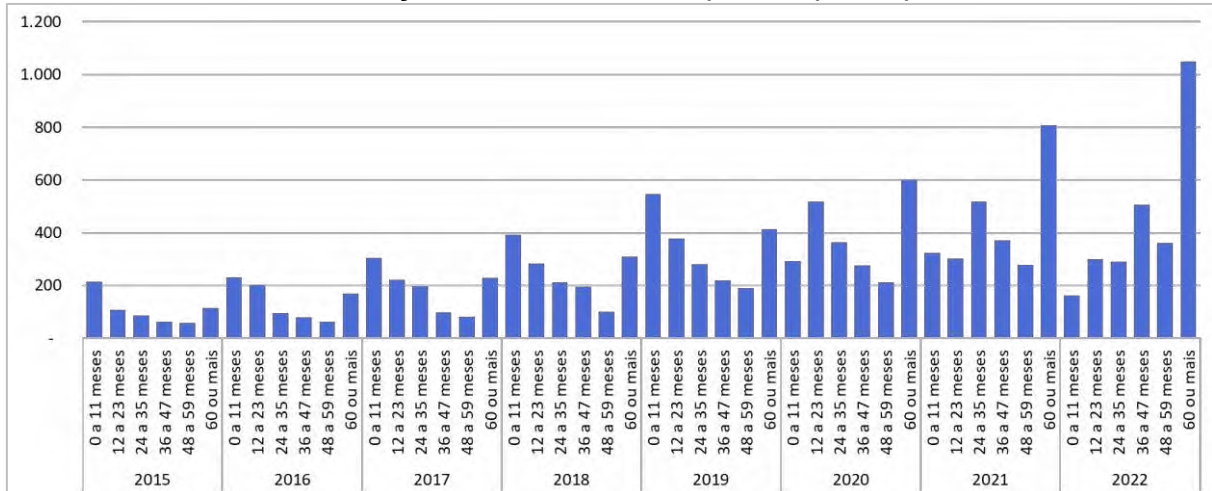
Tipo de Contratação	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
SEM COPARTICIPAÇÃO	301	391	511	664	1.018	1.211	1.533	1.647
COM COPARTICIPAÇÃO	381	486	691	937	1.113	1.190	1.098	1.018
Total Geral	682	877	1.202	1.601	2.131	2.401	2.631	2.665

Fonte: Elaborado pela autora. Total de ativos em dezembro de 2015 a 2021 e em setembro de 2022.

O Gráfico 5 permite verificar a permanência dos beneficiários no decorrer dos anos. Os dados consideram o tempo de permanência do beneficiário de acordo com a competência analisada, em 2015 os beneficiários que acabaram de entrar no plano encontram-se na faixa de 0 a 11 meses de permanência, no decorrer dos anos seguintes, esse mesmo beneficiário passa para outras faixas de permanência. Percebe-se que houve o período com maior quantidade de beneficiários novos no ano de 2019. Nota-se também que os beneficiários permanecem no plano, devido

aos picos elevados de permanência de 60 ou mais meses nos planos no ano de 2021 e 2022.

Gráfico 5 - Evolução dos beneficiários por tempo de permanência



Fonte: Elaborado pela autora.

4.2 Custo Assistencial Total x Custo Clínicas Especializadas

A Tabela 6 permite analisar o custo assistencial total dos beneficiários TEA e o custo assistencial desses beneficiários nas clínicas especializadas em autismo, onde os beneficiários realizam as terapias. Antes do credenciamento das clínicas, o custo assistencial total era de 1,2 milhão, dobrando a cada ano até 2017. No ano de credenciamento das clínicas o custo assistencial aumentou 95%, passando a ser 11,3 milhões. Desse total, 55,5% eram devido ao custo nas clínicas especializadas.

Em 2019 houve um crescimento de 86% no custo assistencial, enquanto no ano 2020 houve um crescimento menor em relação aos anos passados (11%), devido ao ano de pandemia, em 2021, o crescimento foi maior do que em relação ao ano de 2020, porém inferior ao que teve nos anos pré-pandemia. A proporção dos custos nas clínicas em relação aos demais custos assistenciais cresceu até 2019 e se manteve na faixa dos 80% até 2022.

Esse indicador financeiro reforça que os principais custos e procedimentos realizados nos planos de saúde pelos beneficiários TEA são referentes a terapias.

Tabela 6 - Custo Assistencial Total x Custo nas Clínicas TEA

ANO	CUSTO ASSISTENCIAL	CUSTO CLÍNICAS TEA	% CUSTO CLÍNICAS
2015	1.261.908,65	0,00	0,00%
2016	2.578.430,61	0,00	0,00%
2017	5.782.008,64	0,00	0,00%
2018	11.280.324,11	6.260.624,39	55,50%
2019	20.965.368,55	15.181.344,02	72,41%
2020	23.285.738,77	19.681.993,16	84,52%
2021	35.772.560,79	31.612.035,17	88,37%
2022	34.148.840,27	28.093.410,91	82,27%
TOTAL	135.075.180,39	100.829.407,65	74,65%

Fonte: Elaborado pela autora. Custo assistencial levantado até o mês de setembro/2022.

O custo per capita dos beneficiários TEA, segmentado pelo custo geral apresentou um crescimento durante todo o período, com exceção do ano de 2020, devido à pandemia de covid-19, enquanto o custo per capita médio nas clínicas apresentou um crescimento apenas nos anos de 2019 e 2021 em relação aos anos antecedentes. Após o credenciamento das clínicas TEA em 2018, percebe-se que o custo per capita se manteve com média mensal de R\$ 1.460,09 e anual de R\$ 17.521,04 nesses prestadores (Tabela 7).

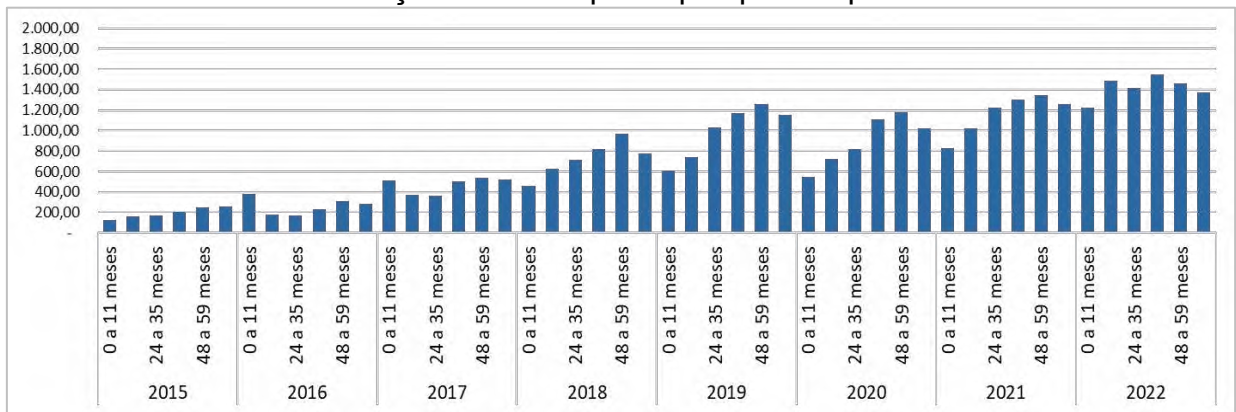
Tabela 7 - Evolução do Custo Per Capita Médio

ANO	CUSTO PER CAPITA MÉDIO			
	MENSAL		ANUAL	
	GERAL	CLÍNICAS	GERAL	CLÍNICAS
2015	181,98	-	2.183,81	-
2016	266,46	-	3.197,53	-
2017	452,04	-	5.424,51	-
2018	665,11	1.330,77	7.981,27	15.969,27
2019	910,64	1.458,87	10.927,63	17.506,50
2020	864,04	1.423,68	10.368,48	17.084,12
2021	1.175,47	1.586,83	14.105,68	19.041,91
2022	1.420,20	1.500,28	17.042,36	18.003,38
MÉDIA TOTAL	741,99	1.460,09	8.903,91	17.521,04

Fonte: Elaborado pela autora.

O Gráfico 6 apresenta a evolução do custo assistencial por tempo de permanência do beneficiário, considerando apenas o período de inclusão mais antigo. A partir dele pode-se observar um aumento do custo per capita a partir do ano de 2018 e que o custo per capita dos beneficiários com uma permanência de 0 a 18 meses é inferior ao dos beneficiários que já estão em tratamento há mais de 12 meses.

Gráfico 6 - Evolução do Custo per capita por tempo de inclusão

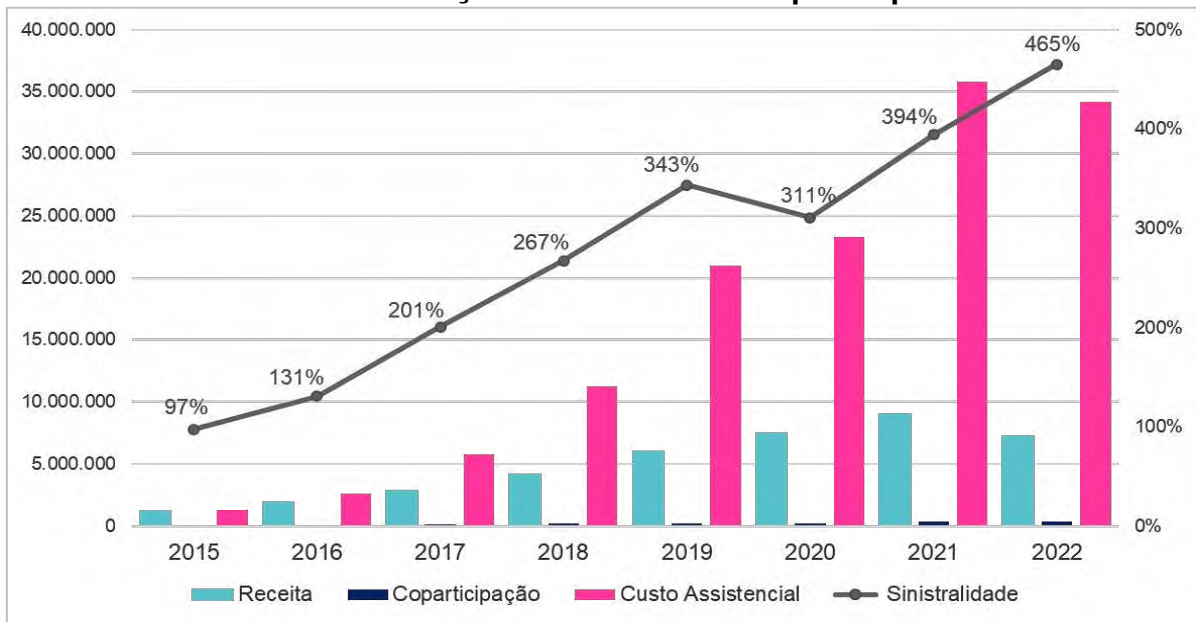


Fonte: Elaborado pela autora. Sinistralidade por agrupamento do acumulado de janeiro/22 a setembro/2022.

4.3 Sinistralidade

A média de sinistralidade considerada aceitável pela maioria das operadoras de planos de saúde é de 75% (PIRES,2008). Esse valor permite ao plano de saúde custear suas despesas administrativas e comerciais, garantindo o equilíbrio econômico-financeiro da empresa e manter uma margem de lucro que viabilize o negócio de saúde suplementar. A operadora em questão possui uma meta de sinistralidade de 80%, dessa forma, valores acima desse percentual, considera-se que o contrato analisado é deficitário.

A partir do Gráfico 7 pode-se verificar a relação das receitas, custo assistencial, coparticipação, que refletem no indicador de sinistralidade desses beneficiários na carteira da OPS analisada. Durante todo o período a sinistralidade permaneceu acima da meta de 80%, atingindo o menor valor 2015 (97%), mantendo-se crescente nos anos seguintes. Observa-se uma redução em 2021 devido à pandemia de covid-19, porém nos anos posteriores houve um aumento, atingindo o patamar de 465% do período acumulado de janeiro/22 a setembro/22.

Gráfico 7 - Evolução das Receita e Despesas por ano

Fonte: Elaborado pela autora.

Ao segmentar os 465% de sinistralidade de 2022 por agrupamento, observa-se que a sinistralidade é superior referente ao sexo masculino, ao tipo de contratação coletivo empresarial, aos planos sem coparticipação, aos planos não regulamentados, à acomodação de enfermaria e à faixa etária 0-18. A sinistralidade não varia muito nos agrupamentos, com exceção à faixa etária e a regulamentação. A sinistralidade é superior na faixa etária 00-18 anos, um total de 468%, enquanto na segunda e terceira faixa o valor é inferior, apesar de não atingir a meta de 80%. Os planos não regulamentados contam com uma sinistralidade superior aos planos regulamentados (Tabela 8).

Tabela 8 - Sinistralidade por agrupamento

SEXO	Sinist.	TIPO DE CONTRATAÇÃO	Sinist.	FAIXA ETÁRIA	Sinist.
MASCULINO	468%	COLETIVO EMPRESARIAL	500%	0-18	468%
FEMININO	456%	COLETIVO POR ADESÃO	457%	19-23	151%
NÃO LOCALIZADO	90%	INDIVIDUAL	456%	24-28	179%
FATOR MODERADOR	Sinist.	REGULAMENTAÇÃO	Sinist.	ACOMODAÇÃO	Sinist.
SEM COPARTICIPAÇÃO	473%	NÃO REGULAMENTADO	2508%	ENFERMARIA	490%
COM COPARTICIPAÇÃO	452%	REGULAMENTADO	459%	APARTAMENTO	367%

Fonte: Elaborado pela autora. Sinistralidade por agrupamento do acumulado de janeiro/22 a setembro/2022.

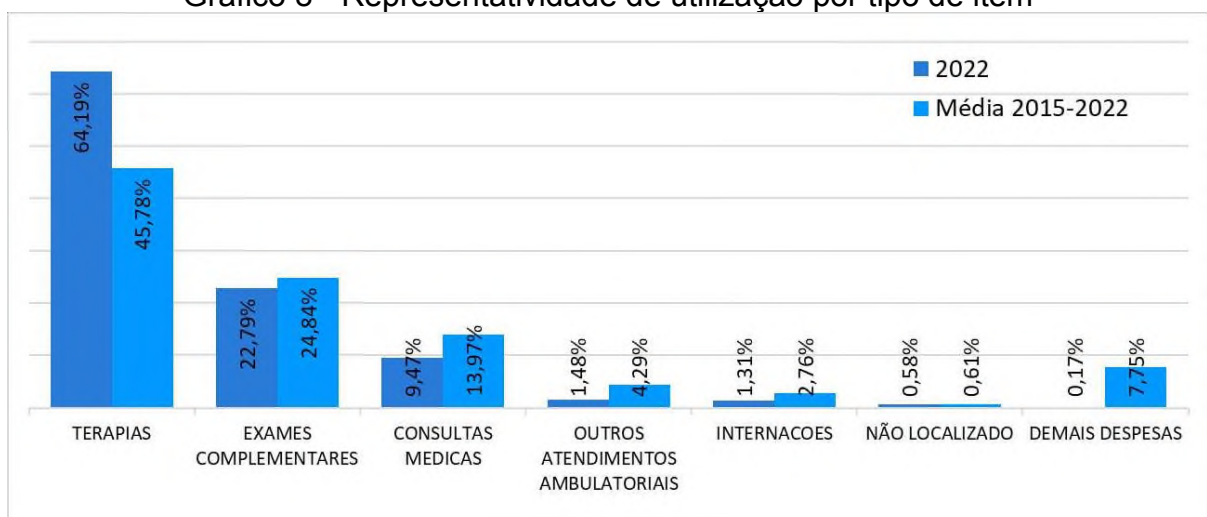
4.5 Itens assistenciais e Quantitativo de sessões

Este tópico traz um levantamento da representatividade dos itens assistenciais realizados pelos beneficiários no ano de 2022 (janeiro a setembro) e do quantitativo de sessões realizadas no período por tipo de terapia por ano.

A partir do Gráfico 8 percebe-se que grande parte dos procedimentos realizados são referentes a terapias (64%), além da quantidade, foi visto que maior parte do custo assistencial dos beneficiários são decorrente das clínicas especializadas em autismo. O segundo tipo de item em termos quantitativos de procedimentos foram os exames complementares, como os exames laboratoriais de hemograma, proteína C reativa, etc.

O terceiro item de maior representatividade foram as consultas, dentre o total de consultas, 55% foram consultas eletivas e 45% foram consultas de urgência. O quarto item com maior representatividade foram os de outros atendimentos ambulatoriais (1,48%), dentre o destaque para esse item, 19,44% são atendimentos relacionados à paraparesia/tetraparesia e 19,25% à patologia osteomioarticular em dois ou mais membros, relacionada ao sistema osteomioarticular, responsável pela movimentação e sustentação do corpo.

Gráfico 8 - Representatividade de utilização por tipo de item



Fonte: Elaborada pela autora. Representatividade dos itens assistenciais de jan22 a set22 em comparação com a representatividade média do período de jan15 a set22.

Ao analisar o total de terapias, percebe-se um crescimento do quantitativo de sessões realizadas por ano, devido sobretudo ao aumento do número de beneficiários (Tabela 9), a maioria das sessões realizadas são incluídas

no item médico “pacote semanal de terapia do autismo”, o pacote contém a inclusão de 5 sessões, porém os valores da Tabela 9 já contemplam o total de sessões.

A segunda terapia mais realizada durante o período de 2018 até 2022 foram as sessões de fonoaudiologia, que apresentaram uma redução no ano de 2021, como percebe na tabela, porém foi migrada para a metodologia de terapia aba. As demais sessões de terapia ocupacional, psicoterapia apresentaram redução em 2020, porém apresentaram uma elevação em 2021, se classificando no tipo ABA. Reforça-se que não foi possível a identificação do método de tratamento realizado nas sessões de terapia, mas apenas um levantamento generalista do tipo de terapia. Também não foi levantado se houve algum tipo de judicialização a respeito das autorizações das sessões de terapia realizadas.

Tabela 9 - Quantitativo de sessões realizadas por tipo de terapia

TERAPIA	2018	2019	2020	2021	2022	Total Geral
PACOTE SEMANAL DE TERAPIA DO AUTISMO	1.190	134.800	223.945	352.825	309.105	1.021.865
FONOAUDIOLOGIA	22.176	17.216	7.620	2.260	67	49.339
TERAPIA OCUPACIONAL	13.625	12.627	7.622	2.406	1	36.281
PSICOTERAPIA	9.210	12.162	8.379	3.354	744	33.849
TERAPIA ABA - PSICOLOGIA	0	0	0	9.183	13.076	22.259
TERAPIA ABA - FONOAUDIOLOGIA	0	0	0	9.338	12.771	22.109
TERAPIA ABA - TERAPIA OCUPACIONAL	0	0	0	9.183	12.599	21.782
PSICOMOTRICIDADE	9.510	4.543	108	703	1.550	16.414
TERAPIA OCUPACIONAL EM GRUPO	8.013	4.422	2	2	0	12.439
TERAPIA OCUPACIONAL	0	1	10	5	46	62
Total Geral	63.724	185.771	247.686	389.259	349.959	1.236.399

Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 10 - Evolução do quantitativo médio mensal de sessões por beneficiário

TERAPIA	2018	2019	2020	2021	2022	Média
PACOTE SEMANAL DE TERAPIA DO AUTISMO	15	19	19	20	19	18
FONOAUDIOLOGIA	6	5	5	4	1	4
TERAPIA OCUPACIONAL	4	4	5	4	1	3
PSICOTERAPIA	4	4	4	2	1	3
TERAPIA ABA - PSICOLOGIA	0	0	0	5	5	5
TERAPIA ABA - FONOAUDIOLOGIA	0	0	0	5	5	5
TERAPIA ABA - TERAPIA OCUPACIONAL	0	0	0	5	5	5
PSICOMOTRICIDADE	4	3	3	3	3	3
TERAPIA OCUPACIONAL EM GRUPO	3	3	1	2	0	2
TERAPIA OCUPACIONAL	0	1	2	1	1	1
Total Geral	14	18	18	20	19	18

Fonte: Elaborado pela autora. O total geral não reflete o somatório das médias por terapia, mas considera a média total de sessões por beneficiário.

Apesar do crescimento anual na quantidade de sessões, o total de sessões por beneficiário permanece constante no decorrer dos anos, com uma média de 4 a 5 sessões mensais de psicologia, de fonoaudiologia e de terapia ocupacional, o total de sessões aumenta quando é prescrito o pacote semanal de terapia.

É possível observar ainda uma média de 3 sessões de psicomotricidade e que no último ano a média de sessões de terapia realizada migraram para a “metodologia” ABA. O total de terapias ocupacional passou de uma média mensal de 3 sessões mensais em 2018 para nenhuma sessão mensal em 2022. Ao analisar o total geral, a média de sessões aumentou em 2019, passando da média de 14 para 18 sessões por beneficiário e se manteve na faixa de 18 a 19 sessões de terapias realizadas por beneficiários (Tabela 10).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste trabalho foi possível verificar a prevalência do autismo em uma carteira de uma Operadora de plano de saúde da modalidade cooperativa médica da região do Nordeste brasileiro. Os resultados mostram um crescimento acentuado dos beneficiários TEA no decorrer dos anos, com prevalência do sexo masculino na primeira faixa etária, com uma idade média de 6 anos.

Na operadora, a maioria dos beneficiários possuem planos individuais como titulares e produtos sem coparticipação e acomodação enfermaria. O custo assistencial é elevado e a maior representatividade desses custos é relativo às terapias realizadas nas clínicas especializadas em autismo, responsáveis por 80% dos custos desses beneficiários, com uma média per capita de R\$ 1460. Anualmente o total de sessões realizadas cresce aceleradamente devido ao aumento do número de beneficiários, em especial uma evolução nas terapias ABA a partir do ano 2021.

A análise econômico-financeira desses beneficiários para a operadora releva que durante todo o período há um déficit crescente, atingindo o patamar de 465% de sinistralidade em 2022. O monitoramento financeiro dessa carteira deverá ser acompanhado de forma contínua, pois espera-se, com a RN nº 539/2022, que o número de sessões e de terapias diferenciadas tenderá a crescer, pois a cobertura para qualquer método indicado e as sessões ilimitadas serão obrigatórias.

Destaca-se uma necessidade de acompanhamento desses dados nos próximos períodos, devido às Resoluções Normativas que são instituídas recorrentemente. Para estudos futuros, recomenda-se o aprofundamento das técnicas de tratamento realizadas pelas clínicas especializadas, além do estudo do impacto da RN nº 469/2021 e RN nº 539/22 nas Operadoras de Plano de Saúde.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA CÂMARA DE NOTÍCIAS. **Sancionada lei que inclui dados sobre autismo no Censo 2020**. 2019. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/562740-sancionada-lei-que-inclui-dados-sobre-autismo-no-censo-2020/>. Acesso em: 12 de set. de 2022.
- ALBUQUERQUE, C. A., *et al.* **Influência do tabagismo materno durante a gravidez em fluxos de sangue da artéria cerebral uterina, umbilical e fetal**. *Early Hum Dev.*, v. 80, n. 1, p. 31-42, 2004.
- ALBUQUERQUE, C. *et al.* **A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro**. *Ciencia & saude coletiva*, v. 13, p. 1421-1430, 2008.
- ALCKMIN-CARVALHO, F.; TEIXEIRA, M.; BRUNONI, D.; *et al.* **Identificação de Sinais Precoces de Autismo Segundo um Protocolo de Observação Estruturada: um Estudo de Seguimento**. *Psico*, vol 45, no 4, bl 502, 2014.
- ALVES, B. *et al.* **20 anos da Reforma Psiquiátrica no Brasil: 18/5 – Dia Nacional da Luta Antimanicomial** | Biblioteca Virtual em Saúde MS. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/20-anos-da-reforma-psiquiatrica-no-brasil-18-5-dia-nacional-da-luta-antimanicomial/>.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION *et al.* **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Artmed Editora, 2014.
- ARVIGO, M.C; SCHWARTZAMAN, J.S. **Parece TEA, mas não é: desafios do diagnóstico diferencial nos Transtornos do Espectro do Autismo**. In: Serra, T. (coord.) *Autismo: um olhar a 360°*. São Paulo: Literare Books International, 2020.
- ASSUMPÇÃO, J.R, Francisco B.; PIMENTEL, Ana Cristina M. **Autismo infantil**. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 22, p. 37-39, 2000.
- BARCELLOS, C.; XAVIER, D. R.. **As diferentes fases, os seus impactos e os desafios da pandemia de covid-19 no Brasil**. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, v. 16, n. 2, 2022.
- BARON-COHEN, S., *et al.* **Atividade esteroidogênica fetal elevada no autismo**. *Mol Psychiatry*, v. 20, n. 1, p. 369-376, 2015.
- BECK, J. **Terapia Cognitivo-comportamental teoria e prática**. Artmed, 2013.
- BONILLA, M.; CHASKEL, R. **Trastorno del espectro autista**. Programa de educación continua en pediatría. *Sociedad colombiana de pediatría*, v. 15, n. 1, p. 19-29, 2016.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução Normativa - RN nº 262, de 1 de agosto de 2011. **Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde previstos na RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010**. Diário Oficial da União 2011; Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2011/res0262_01_08_2011.html. Acesso em: 3 nov. 2022.

BRASIL. ANS. Resolução Normativa nº 509 de 30 de março de 2022. **Dispõe sobre a transparência das informações no âmbito da saúde suplementar e estabelece a obrigatoriedade da disponibilização do conteúdo mínimo obrigatório de informações referentes aos planos privados de saúde no Brasil. 2022.** Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDE2OA>. Acesso em: 3 nov. 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.** 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 13 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde.** 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf. Acesso em: 13 out. 2022.

BRASIL. Lei nº 13.438, de 26 de abril de 2017. **Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para tornar obrigatória a adoção pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de protocolo que estabeleça padrões para a avaliação de riscos para o desenvolvimento psíquico das crianças.** Brasília: Diário Oficial da União. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2017/lei-13438-26-abril-2017-784640-publicacaooriginal-152405-pl.html>. Acesso em: 15 out. 2022.

BRASIL. Lei nº 14.454, de 21 de setembro de 2022. **Altera a Lei no 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, para estabelecer critérios que permitam a cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar.** 2022. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.454-de-21-de-setembro-de-2022-431275000>. Acesso em: 6 nov. 2022

BRASIL. Portaria nº 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília: Diário Oficial da União. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 1 out. 2022

BRITO, H. K. M. *et al.* **O impacto da terapia cognitivo-comportamental no transtorno do espectro autista.** Brazilian Journal of Health Review, v. 4, n. 2, p. 7902-7910, 2021.

CAMPOS, Filipa *et al.* **Aplicação do Relation Play em crianças com perturbação autista.** Instituto Politécnico do Porto. Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto – Politema. 2010. Disponível em: <https://recipp.ipp.pt/handle/10400.22/1413>.

CARAMICOLI, L.G. **Autismo: uma análise institucional do discurso dos tratamentos**. 2013. Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano). Universidade de São Paulo.

CASANOVA, M. F., et al. **Clinical and macroscopic correlates of minicolumnar pathology in autism**. *Journal of Child Neurology*, v. 17, n. 9, p. 692-695, 2002.

CAVALCANTE, Fátima Gonçalves. **Pessoas muito especiais: a construção social do portador de deficiência e a reinvenção da família**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2003.

CELEPAR. **Alteração de Resolução da ANS garante o direito a número ilimitado de sessões com profissionais especializados para beneficiários de planos de saúde com TEA**. 2021. Disponível em: <https://pcd.mppr.mp.br/2021/07/131/Alteracao-de-Resolucao-da-ANS-garante-o-direito-a-numero-ilimitado-de-sessoes-com-profissionais-especializados-para-beneficiarios-de-planos-de-saude-com-TEA-.html>. Acesso em: 6 nov. 2022.

COHMER, S. "Autistic Disturbances of Affective Contact" (1943), by Leo Kanner". *Embryo Project Encyclopedia* (2014-05-23). ISSN: 1940-5030 <http://embryo.asu.edu/handle/10776/7895>.

COTA, I. S.; DA SILVA, F. L.. **Análise da evolução dos custos assistenciais das operadoras de planos de saúde considerando fator moderador**. *Revista Eletrônica do Departamento de Ciências Contábeis & Departamento de Atuária e Métodos Quantitativos (REDECA)*, v. 6, n. 2, p. 47-62, 2019.

DASA EMPRESAS. **Variação de custo médico-hospitalar (VCMH)**. Disponível em: <https://materiais.dasa.com.br/vcmh#:~:text=02%20%2F%20O%20QUE%20C3%89%20VCMH,per%C3%ADodos%20consecutivos%20de%2012%20meses>. Acesso em: 01 out. 2022.

DE LIMA REIS, D. D. et al. **Perfil epidemiológico dos pacientes com Transtorno do Espectro Autista do Centro Especializado em Reabilitação**. *Pará Research Medical Journal*, v. 3, n. 1, p. 0-0, 2019.

DE LIMA, J. S.; DE SOUZA, P. C.. **Sinistralidade em contratos de plano de saúde médico hospitalar**. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, v. 8, n. 2, 2019.

DIÁRIO DO NORDESTE ONLINE. **Fortaleza tem 8 CAPS infantis a menos do que o ideal, alerta Cedeca; consulta demora até 3 meses**. 29 de novembro de 2021. Disponível em: <<https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/metro/fortaleza-tem-8-caps-infantis-a-menos-do-que-o-ideal-alerta-cedeca-consulta-demora-ate-3-meses-1.3164164>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

DUARTE, C. P.; BRUNONI, D.; SCHWARTZMAN, J. S.o; MATSUMOTO, M. S.. **Diagnóstico e Intervenção Precoce no Transtorno do Espectro do Autismo: Relato de um caso**. p. 46 -56. In: *Autismo: Vivências e Caminhos*. São Paulo: Blucher, 2016.

DURVAL, Rui. **As esquizofrenias Segundo Eugen Bleuler e Algumas Concepções do Século XXI**. Revista de Psiquiatria de Lisboa, vol.25, número especial, 2011

FADDA, G. M., et al. **O enigma do autismo: contribuições sobre a etiologia do transtorno**. Psicologia em Estudo, vol. 21, núm. 3, pp. 411- 423. Universidade Estadual de Maringá. Maringá, 2016.

FENASAÚDE. **O que é Saúde Suplementar?**. 2019. Disponível em: <<https://fenasaude.org.br/conheca-a-fenasaude/sobre-o-setor/entenda-o-setor.html#:~:text=Em%202000%2C%20a%20ANS%2C%20por>>. Acesso em: 22 set. 2022.

FERNANDES, C. S.; TOMAZELLI, J.; GIRIANELLI, V. R. **Diagnóstico de autismo no século XXI: evolução dos domínios nas categorizações nosológicas**. Psicologia USP, 2020. v. 31, p. 1–10.

FERNANDES, F. D. M.; AMATO, C. A. H. **Análise de Comportamento Aplicada e Distúrbios do Espectro do Autismo: revisão de literatura**. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2013. p. 289-296.

FERREIRA, P. R.; TEIXEIRA, E. V. da S.; BRITTO, D. B. de O.. **Relato de caso: descrição da evolução da comunicação alternativa na pragmática do adulto portador de autismo**. Revista Cefac, v. 13, p. 559-567, 2011.

FERRI, S. L., et al. **Diferenças sexuais no transtorno do espectro do autismo: uma revisão**. Curr Psychiatry Rep., v. 20, n. 9, 2018.

FIGUEIREDO, B. Q. de , et. Al. **Possíveis causas do transtorno do espectro autista: complexidade genética, fenotípica e clínica**. Ciências da saúde: pluralidade dos aspectos que interferem na saúde humana 5. 1ed.: Atena Editora, 2021, v., p. 62-75.

FOLHA WEB (ED.). **Censo do IBGE levanta dados sobre autismo pela 1a vez**. Disponível em: <<https://folhabv.com.br/noticia/CIDADES/Capital/Censo-do-IBGE-levanta-dados-sobre-autismo-pela-1a-vez/89074>>. Acesso em: 6 nov. 2022.

FONSECA, G. A.; REIS, G. A. **A importância da afirmação do caráter exemplificativo do rol ANS**. 2021. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/352744/a-importancia-da-afirmacao-do-carater-exemplificativo-do-rol-ans>. Acesso em: 07 nov. 2022.

FURTADO, Luis Achilles; BRAYNER, José Clauber; DA SILVA, Lucas Silveira. **Transtornos globais do desenvolvimento e saúde pública: uma revisão integrativa**. Percurso Acadêmico, v. 4, n. 8, p. 283-297, 2014.

GOMES, L. (ED.). **Lei no 14.454/2022: Quais alterações a nova legislação trouxe para o rol da ANS?** Disponível em: <<https://www.bezerragoncalves.adv.br/lei-no-14-454-2022-quais-alteracoes-a-nova-legislacao-trouxe-para-o-rol-da-ans/>>. Acesso em: 6 nov. 2022.

GUIMARÃES, Paulo Ricardo Bittencourt. **Métodos quantitativos estatísticos**. Curitiba: Iesde Brasil SA, v. 1, p. 252, 2008.

GUPTA, A. R.; STATE, M. W. **Autismo: genética**. Revista Brasileira de Psiquiatria, 2006.

HAMPTON, M. M. **Congenital toxoplasmosis: a review**. Neonatal Network. v. 34, n. 5, p. 274-278, 2015.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. Ciência & saúde coletiva, v. 14, p. 297-305, 2007.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. (2022). **Variação de Custos Médico Hospitalares**. Edição de agosto de 2022. Disponível em <https://static.poder360.com.br/2022/08/dez21-1.pdf>

Kanner, Leo. **Autistic Disturbances of Affective Contact**. Nervous Child: Journal of Psychopathology, Psychotherapy, Mental Hygiene, and Guidance of the Child 2 (1943): 217–50.

KONG, L., et al. **Associations of different types of maternal diabetes and body mass index with offspring psychiatric disorders**. JAMA Network Open, v. 3, n. 2, 2020.

LOUIS, E. D., et al. Merritt Tratado de Neurologia. 13ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

MACHADO, A. L. A.. **Os impactos da declaração de taxatividade do rol da ans pelo STJ no ecossistema da saúde suplementar**. Caderno Virtual, v. 1, n. 53, 2022.

MAENNER, M.J.; SHAW, K.A, BAKIAN, A.V, et al. **Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2018**. MMWR Surveill Summ 2021;70(No. SS-11):1–16.
DOI: http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.ss7011a1external_icon.

MARTINHAGO, F.; CAPONI, S. **Controversies about the use of DSM for mental disorders diagnoses**. Physis, 2019. v. 29, n. 2.

MARTYNOWICZ, J., et al. **Guanabenz reverses a key behavioral change caused by latent toxoplasmosis in mice by reducing neuroinflammation**. Host-Microbe Biology. v. 10, n. 2, p. 1-15, 2019.

MELTZER, A., et al. **O papel do sistema imunológico no transtorno do espectro do autismo**. Neuropsicofarmacologia, v. 42, n. 1, p. 284-298, 2017.

MENGYING, L., et al. **Associação de obesidade materna e diabetes com autismo e outras deficiências de desenvolvimento**. Official Journal of the American Academy of Pediatrics, v. 137, n. 2, p. 1-12, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Dados da rede de atenção psicossocial (raps) no sistema único de saúde (sus)**. [S.l.]: [s.n.], 2022.

MORSA, M. et al. **A scoping review of education and training interventions in Autism Spectrum Disorder. Patient Education and Counseling**. Elsevier Ireland Ltd. Disponível em:

<<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0959438814002153?token=3AD718568B82843FD63F6B9DCD29F4064F6A16D7DB6A4293834DB94465A49B357F3E78EC506197F861F45226E9DF6DDA&originRegion=us-east-1&originCreation=20220903212501>>. Acesso em: 2 set. 2022.

NANDI, A., et al. **Polycystic ovary syndrome**. *Endocrinol Metab Clin North Am.*, v. 43, n. 1, p. 132-147, 2014.

OLIVEIRA, B. D. C. de et al. **Análise das políticas públicas brasileiras para o autismo: entre a atenção psicossocial e a reabilitação**. Dissertação (Mestrado no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva). 2015. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

OLIVEIRA, B. D. C. de et al. **Políticas para o autismo no Brasil: entre a atenção psicossocial e a reabilitação**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 27, p. 707-726, 2017.

PEREIRA, A., et al. **Autismo e epilepsia: modelos e mecanismos**. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, v. 18, n. 3, p. 92-96, 2012.

PIRES, F. G. P.; SOUZA, C. P. M. C. P. DE. **A terapia cognitivo-comportamental no universo do autismo**. *Journal of Petrology*, v. 369, n. 1, p. 1689–1699, 2013.

PIRES, F. M. de S. **Estudo do impacto da medicina preventiva na diminuição da sinistralidade dos planos de saúde e sua aplicação ao sistema SAMMED/FUSEX**. 2008. Disponível em: <http://docplayer.com.br/623200-Estudo-do-impacto-da-medicina-preventiva-na-diminuicao-da-sinistralidade-dos-planos-de-saude-e-sua-aplicacao-ao-sistema-sammed-fusex.html>.

REZENDE, P. D. U. **O que é VCMH?** Disponível em: <https://xvifinance.com.br/o-que-e-vcmh/>. Acesso em: 12 out. 2022.

RIVERA, H. M., et al. **O papel da obesidade materna no risco de doenças neuropsiquiátricas**. *Front. Neurosci.*, v. 9, n. 194, 2015.

RUSSO, F. B, et al. **Modeling the interplay between neurons and astrocytes in autism using human induced pluripotent stem cells**. *Biological Psychiatry*, v. 83, n. 7, p. 569-579, 2017.

SAGHAZADEH, A., et al. **A revisão sistemática e a meta-análise ligam o autismo e os metais tóxicos e destaca o impacto do status de desenvolvimento do país: níveis mais elevados de mercúrio e chumbo no sangue e eritrócitos, e antimônio, cádmio, chumbo e mercúrio mais elevados no cabelo**. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, v. 79, n. 1, p. 340-368, 2017.

SALVATORI, R. T.; VENTURA, C. A. **A agência nacional de saúde suplementar - ANS: onze anos de regulação dos planos de saúde.** Organizações & Sociedade, v. 19, p. 471-488, 2012.

SANCHES, C. P., et al. **Intercorrências perinatais em indivíduos com transtornos invasivos do desenvolvimento: uma revisão.** Universidade Presbiteriana Mackenzie. Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, São Paulo, v.10, n.1, p.21-31, 2010.

SANTOS, F. P. dos; MALTA, D. C.; MERHY, E. E. **A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 13, p. 1463-1475, 2008.

SANTOS, M. A. S. **Perturbação do espectro do autismo: fatores de risco e protetores.** 2015. 48 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar Universidade do Porto, Porto, 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, p. 49-62, 2007.

SCIOLI, L. N. Dos S.; GHEDINI, S. G. **Alunos com transtorno do espectro do autismo em tempos de pandemia: caracterização de aspetos científicos e legais.** Brazilian Journal of Development, 10 maio. 2022. v. 8, n. 5, p. 35856–35876.

SHARECARE. **Custos assistenciais em planos de saúde: saiba como vencer esse desafio.** 2020. Disponível em: <https://sharecare.com.br/blog/custos-assistenciais-em-planos-de-saude/>. Acesso em: 25 set. 2022

SHELTON, J. F., et al. **Neurodevelopmental disorders and prenatal residential proximity to agricultural pesticides: the CHARGE study.** Environ Health Perspect, v. 122, n. 10, p. 1103-1109, 2014.

SILVA, P. F. da; COSTA, N. do R.. **Saúde mental e os planos de saúde no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, p. 4653-4664, 2011.

SOUSA SILVA, J. **O direito à saúde das pessoas com autismo: reflexões sobre o acesso aos tratamentos pertinentes diante da conformação atual do cid 11.** [S.l.]: [s.n.], 2022.

STEPANOVA, Ekaterina et al. **Pharmacotherapy of emotional and behavioral symptoms associated with autism spectrum disorder in children and adolescents.** Dialogues in clinical neuroscience, 2022.

TAMANAH, A. C.; PERISSINOTO, J.; CHIARI, B. M.. **Uma breve revisão histórica sobre a construção dos conceitos do Autismo Infantil e da síndrome de Asperger.** Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, v. 13, p. 296-299, 2008.

VENEGAS, C. H. **Activación inmune durante el embarazo y riesgo de Trastorno del Espectro Autista.** Revista Chilena de Pediatría, 2019.

WALKER, C. K., et al. **Preeclampsia, Placental Insufficiency, and Autism Spectrum Disorder or Developmental Delay**. JAMA Pediatrics, v. 169, n. 2, p. 154-162, 2015.

WANG, C., et al. **Prenatal, perinatal, and postnatal factors associated with autismo: a meta-analysis**. Medicine, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **ICD-11 for mortality and morbidity statistics**. Version: 2019 April. Geneva: WHO; 2019 [cited 2019 Aug 20]. Available from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

XIANG, A. H. **Maternal Type 1 Diabetes and Risk of Autism in Offspring**. Journal of the American Medical Association, 2018.

ZUCCHI, P.; DEL NERO, C.; MALIK, A. M. **Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde**. Saúde e Sociedade, v. 9, p. 127-150, 2000.

APÊNDICE A – NORMATIZAÇÕES DE REFERÊNCIA PARA A ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO

LEGISLAÇÃO	PUBLICAÇÃO	TEXTO	CAPUT
Lei nº 8.069/1990: Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)	13/07/1990	Art. 11. É assegurado atendimento médico à criança e ao adolescente, através do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. § 1º A criança e o adolescente portadores de deficiência receberão atendimento especializado.	Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.
Lei nº 10.216/2001	09/04/2001	Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família (...).	Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
Portaria MS/GM nº 336/2002	19/02/2002	Art.1º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional.	Normatiza os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).
Decreto nº 6.949/2009	25/08/2009	O Estado brasileiro reconhece que as pessoas com deficiência têm o direito de usufruir o padrão mais elevado possível de saúde, sem discriminação baseada na deficiência, organizando, fortalecendo e estendendo serviços e programas completos de habilitação e reabilitação, particularmente nas áreas de saúde, emprego, educação e serviços sociais.	Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo.
Portaria MS/GM nº 4.279/2010	30/12/2010	Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.	Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Decreto presidencial nº 7.508/2011	29/06/2011	Art. 20. A integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores.	Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.
Portaria MS/GM nº 3.088/2011	26/12/2011	Art. 1º Instituir a Rede de Atenção Psicossocial com a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas no âmbito do SUS.
Portaria MS nº 793/2012	24/04/2012	Art. 1º Instituir a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência a partir da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente e contínua no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS.
Portaria MS/SAS nº 854/2012	22/08/2012	Considerando a necessidade de qualificar a informação relativa aos atendimentos realizados nos CAPS.	Altera os procedimentos a serem realizados nos Centros de Atenção Psicossocial.
Lei nº 12.764/2012	27/12/2012	2º A pessoa com transtorno do espectro do autismo é considerada pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais.	Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo.

Fonte: Adaptado do documento “Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na rede de atenção psicossocial do Sistema Único de Saúde” (MINISTERIO DA SAÚDE, 2015)

ANEXO A - CHECKLIST MODIFICADO PARA AUTISMO EM CRIANÇAS PEQUENAS: VERSÃO REVISADA E CONSULTA DE SEGUIMENTO (M-CHAT-R/F)TM

Por favor, responda estas perguntas sobre sua criança. Lembre-se de como sua criança se comporta habitualmente . Se você observou o comportamento algumas vezes (por exemplo, uma ou duas vezes), mas sua criança não o faz habitualmente, então por favor responda “ Não ”. Por favor, responda Sim ou Não para cada questão. Muito obrigado.			
1	Se você apontar para algum objeto no quarto, o seu filho olha para este objeto? (POR EXEMPLO, se você apontar para um brinquedo ou animal, o seu filho olha para o brinquedo ou para o animal?)	Sim	Não
2	Alguma vez você se perguntou se o seu filho pode ser surdo?	Sim	Não
3	O seu filho brinca de faz de contas? (POR EXEMPLO, faz de conta que bebe em um copo vazio, faz de conta que fala ao telefone, faz de conta que dá comida a uma boneca ou a um bichinho de pelúcia?)	Sim	Não
4	O seu filho gosta de subir nas coisas? (POR EXEMPLO, móveis, brinquedos em parques ou escadas)	Sim	Não
5	O seu filho faz movimentos estranhos com os dedos perto dos olhos? (POR EXEMPLO, mexe os dedos em frente aos olhos e fica olhando para os mesmos?)	Sim	Não
6	O seu filho aponta com o dedo para pedir algo ou para conseguir ajuda? (POR EXEMPLO, aponta para um biscoito ou brinquedo fora do alcance dele?)	Sim	Não
7	O seu filho aponta com o dedo para mostrar algo interessante para você? (POR EXEMPLO, aponta para um avião no céu ou um caminhão grande na rua)	Sim	Não
8	O seu filho se interessa por outras crianças? (POR EXEMPLO, seu filho olha para outras crianças, sorri para elas ou se aproxima delas?)	Sim	Não
9	O seu filho traz coisas para mostrar para você ou as segura para que você as veja - não para conseguir ajuda, mas apenas para compartilhar? (POR EXEMPLO, para mostrar uma flor, um bichinho de pelúcia ou um caminhão de brinquedo)	Sim	Não
10	O seu filho responde quando você o chama pelo nome? (POR EXEMPLO, ele olha para você, fala ou emite algum som, ou para o que está fazendo quando você o chama pelo nome?)	Sim	Não
11	Quando você sorri para o seu filho, ele sorri de volta para você?	Sim	Não
12	O seu filho fica muito incomodado com barulhos do dia a dia? (POR EXEMPLO, seu filho grita ou chora ao ouvir barulhos como os de liquidificador ou de música alta?)	Sim	Não
13	O seu filho anda?	Sim	Não
14	O seu filho olha nos seus olhos quando você está falando ou brincando com ele/ela, ou vestindo a roupa dele/dela?	Sim	Não
15	O seu filho tenta imitar o que você faz? (POR EXEMPLO, quando você dá tchau, ou bate palmas, ou joga um beijo, ele repete o que você faz?)	Sim	Não
16	Quando você vira a cabeça para olhar para alguma coisa, o seu filho olha ao redor para ver o que você está olhando?	Sim	Não
17	O seu filho tenta fazer você olhar para ele/ela? (POR EXEMPLO, o seu filho olha para você para ser elogiado/aplaudido, ou diz: “olha mãe!” ou “óh mãe!”)	Sim	Não
18	O seu filho compreende quando você pede para ele/ela fazer alguma coisa? (POR EXEMPLO, se você não apontar, o seu filho entende quando você pede: “coloca o copo na mesa” ou “liga a televisão”)?	Sim	Não
19	Quando acontece algo novo, o seu filho olha para o seu rosto para ver como você se sente sobre o que aconteceu? (POR EXEMPLO, se ele/ela ouve um barulho estranho ou vê algo engraçado, ou vê um brinquedo novo, será que ele/ela olharia para seu rosto?)	Sim	Não
20	O seu filho gosta de atividades de movimento? (POR EXEMPLO, ser balançado ou pular em seus joelhos)	Sim	Não

Fonte: Checklist Modificado para Autismo em Crianças Pequenas: versão revisada e consulta de seguimento (M-CHAT-R/F)TM. Tradução: Losapio, Siquara, Lampreia, Lázaro, & Pondé, 2020.