



UEPB
Universidade
Estadual da Paraíba

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE CONTABILIDADE
CURSO DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS**

MATHEUS HENRIQUE DA SILVA LIMA

**PROVISÕES TÉCNICAS: ANÁLISE DO CUMPRIMENTO DAS
NORMATIVAS DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE POR UM
PLANO DE SAÚDE**

Campina Grande – PB

2023

MATHEUS HENRIQUE DA SILVA LIMA

**PROVISÕES TÉCNICAS: ANÁLISE DO CUMPRIMENTO DAS
NORMATIVAS DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE POR UM PLANO DE
SAÚDE**

Trabalho de TCC II apresentado ao Departamento de Ciências Contábeis da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Ciências Contábeis.

Área de concentração: Contabilidade para Usuários Externos.

Orientadora: Profa. Dra. Karla Roberta Castro Pinheiro Alves

Coorientadora: Profa. Ma. Carla Janaina Ferreira Nobre Rêgo

**Campina Grande – PB
2023**

Ficha Catalográfica

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

L732p Lima, Matheus Henrique da Silva.
Provisões técnicas: análise do cumprimento das normativas da Agência Nacional de Saúde por um plano de saúde. [manuscrito] / Matheus Henrique da Silva Lima. - 2023.
30 p.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Contábeis) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2023.
"Orientação : Profa. Dra. Karla Roberta Castro Pinheiro Alves, Departamento de Ciências Contábeis - CCSA. "
"Coorientação: Profa. Ma. Carla Janaina Ferreira Nobre Rêgo , UFPE - Universidade Federal de Pernambuco"
1. Agência Nacional de Saúde. 2. Provisão Técnica. 3. Operadora de Plano de Saúde. I. Título

21. ed. CDD 657

MATHEUS HENRIQUE DA SILVA LIMA

**PROVISÕES TÉCNICAS: ANÁLISE DO CUMPRIMENTO DAS
NORMATIVAS DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE POR UM PLANO DE
SAÚDE**

Artigo apresentado a Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Ciências Contábeis

Área de concentração: Contabilidade para Usuários Externos.

Aprovada em: 15/06/2023.

BANCA EXAMINADORA



Documento assinado digitalmente

KARLA ROBERTA CASTRO PINHEIRO ALVES

Data: 27/06/2023 16:25:33-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Karla Roberta Castro Pinheiro Alves (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Profa. Ma. Carla Janaina Ferreira Nobre Rêgo (Coorientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Documento assinado digitalmente



RICARDO FERREIRA DANTAS

Data: 27/06/2023 16:01:15-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Ricardo Ferreira Dantas
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fórmula cálculo PEONA SUS	15
Figura 2 - Fórmula cálculo PIC	18
Figura 3 - Fórmula cálculo PPCNG/ PCNG.....	20
Figura 4 - Balanço Patrimonial, Passivo, Passivo Circulante, PEONA, Unimed Campina Grande - A: Ano de 2018.....	23

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estudos anteriores sobre a escrituração e importância das provisões para as OPS.....	20
Tabela 2 - Análise Valores Contabilizados - PEONA.....	25
Tabela 3 - Análise Valores Contabilizados - PEONA SUS	28
Tabela 4 - Análise Valores Contabilizados - Provisão de Sinistros a Liquidar (PESL)	31
Tabela 5 - Análise Valores Contabilizados - Provisão para Eventos / Sinistros a Liquidar (PESL) – SUS.....	34
Tabela 6 - Análise Valores Contabilizados - Provisão de Remissão.....	38
Tabela 7 - Análise Valores Contabilizados - Provisão para Prêmios ou Contraprestações Não Ganhas – PPCNG/PCNG	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS - Valor absoluto das contraprestações de corresponsabilidade cedida de assistência à saúde

ANS - Agência Nacional de Saúde

CESME - Coordenadoria de Estudos de Mercado

COVID - Corona Virus disease

DA - Despesas administrativas

DC - Despesas de comercializações

DIDES - Diretoria de Desenvolvimento Setorial

DIOPE - Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras

DIRAD - Diretoria Adjunta da DIPRO

EIL - Eventos Indenizáveis Líquidos/sinistros

FIC - Fator de Insuficiência de Contraprestação e Prêmio

GEHAE - Gerência de Habilitação e Estudos de Mercado

GGAME - Gerência Geral de Acompanhamento das Operadoras e Mercado

GRUs - Guias de Recolhimento da União

NTA - Nota Técnica Atuarial

OPS - Operado de Plano de Saúde

PEONA - Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados

PEONA SUS - Provisão para Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados do SUS

PESL - Provisão de Sinistros a Liquidar

PIC - Provisão para Insuficiência de Contraprestação/Prêmio PPCNG/PCNG Provisão para Remissão e a Provisão para Prêmios ou Contraprestações Não Ganhas

RDC - Resolução de Diretoria Colegiada

RN - Resolução Normativa

SUS - Sistema Único de Saúde SUS

VAR_PIC - Variação da Provisão de Insuficiência de Prêmios

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. REFERENCIAL TEÓRICO	9
2.1 Teoria da divulgação	9
2.2 Histórico da saúde no Brasil	9
2.3 Provisões Técnicas	10
2.3.1 Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados – PEONA.....	11
2.3.2 Provisão para Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados do SUS – PEONA SUS.....	11
2.3.3 Provisão de Sinistros a Liquidar – PESL	13
2.3.4 Provisão para Eventos/Sinistros a Liquidar (PESL) - SUS.....	13
2.3.5 Provisão para Insuficiência de Contraprestação/Prêmio – PIC	14
2.3.6 Provisão para Remissão	15
2.3.7 Provisão para Prêmios ou Contraprestações Não Ganhas – PPCNG/PCNG.....	15
2.4 Estudos anteriores.....	16
3. METODOLOGIA	17
4. ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	18
5. CONCLUSÃO.....	23
REFERÊNCIAS.....	25

PROVISÕES TÉCNICAS: ANÁLISE DO CUMPRIMENTO DAS NORMATIVAS DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE POR UM PLANO DE SAÚDE

TECHNICAL PROVISIONS: ANALYSIS OF COMPLIANCE WITH NATIONAL HEALTH AGENCY REGULATIONS BY A HEALTH PLAN

MATHEUS HENRIQUE DA SILVA LIMA *

RESUMO

O estudo do presente trabalho buscou verificar se uma Operadora de plano de saúde está conforme as determinações impostas pela Agência Nacional de Saúde, no que se refere a temática das provisões técnicas. Preliminarmente foram apresentadas as provisões que seriam analisadas. Na fundamentação teórica, buscou-se demonstrar a importância da divulgação das provisões para a ANS. Utilizou-se de metodologia bibliográfica e documental. O material utilizado durante o estudo foi primordialmente as demonstrações contábeis da Operadora de Plano de Saúde, com o auxílio das normas direcionadas pela ANS e também uma pesquisa histórica. Verificou-se que a Cooperativa estudada está em concordância com as diretrizes do órgão regulador, nos anos analisados, que se estenderam de 2018 até 2021. Diante disso, a OPS, deve continuar realizando a devida escrituração, assim como determina os órgãos reguladores.

Palavras Chaves: Agência Nacional de Saúde; Provisão Técnica; Operadora de Plano de Saúde.

ABSTRACT

The study of the present work sought to verify if a health insurance company is in conformity with the determinations imposed by the National Health Agency as far as the theme of technical provisions is concerned. Initially, the provisions that would be analyzed were presented. In the theoretical foundation, it was sought to demonstrate the importance of the disclosure of provisions for the National Health Agency. The bibliographical and documental methodology was used. The material used during the study was primarily the accounting statements of the Health Plan Operator, with the aid of the norms directed by the National Health Agency and also a historical research. It was verified that the studied Cooperative is in agreement with the guidelines of the regulatory agency, in the analyzed years, which took place throughout 2018 to 2021. In conclusion, the Health Plan Operator must continue to carry out the proper bookkeeping, as determined by the regulatory agencies.

Keywords: National Health Agency; Technical Provision; Health Plan Operator.

* Graduado em Administração pela Universidade Paulista (UNIP) e graduando em Ciências Contábeis na Universidade Estadual da Paraíba – Campus I.
Email: matheushl.adm@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988, em seu Art. 196 sem nenhuma distinção, garante que é direito fundamental o acesso a saúde, porém fatores como tempo de atendimento, qualidade nas informações, falha na implantação e a ineficiência do Sistema Único de Saúde (SUS), em um lapso temporal de 34 anos após sua criação, fizeram com que as pessoas buscassem cada vez mais os serviços de saúde privada. Inegável é a importância da instituição do SUS, no entanto o segmento de Operadoras de Plano de Saúde (OPS) vem em um constante crescimento (FREITAS, 2011).

No que concerne a desigualdade na prestação de serviços médicos, a Constituição Federal de 1988 em seu Art. 197, garante que a prestação e execução da assistência médica pode ser realizada por terceiros.

Diante da crescente procura por serviços particulares, em 2000 foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão regulador vinculado ao Ministério da Saúde responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil, tendo como finalidade promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País, conforme Art. 3º da Lei Nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000 (BRASIL, 2000)

De acordo com a Agência Nacional de Saúde (2021), nos planos médico-hospitalares, em um ano, houve crescimento de 1.351.104 beneficiários, o equivalente a 2,9% de aumento em relação a outubro de 2020. No comparativo de outubro com setembro, do mesmo ano, o crescimento foi de 46.360 mil usuários. O total de beneficiários é o maior número registrado desde março de 2016, quando o setor atingiu a marca de 48.614.271 beneficiários nessa segmentação.

Perante tantas obrigações que a ANS dita as OPS, existe a de fixar as diretrizes das normas atuariais, que são responsáveis pela garantia de riscos previstos e eventos adversos, visto que elas são obrigações futuras para com os usuários e prestadoras. No caso dos riscos previstos, isto é, aqueles relacionados às despesas assistenciais, exigem-se as chamadas provisões técnicas, as quais geram impactos tanto de ordem econômica quanto financeira nas operadoras.

A ANS percebeu a necessidade de que as OPS garantissem as provisões, mensuradas atuarialmente/estatisticamente, dado que elas são obrigações futuras para com os usuários e prestadoras (NETO, 2019). Assim, dispõe na Resolução Normativa nº 392, que determina que as OPS são obrigadas a divulgar em suas demonstrações contábeis, todas as informações atuarias, que visam o fortalecimento do seu equilíbrio econômico-financeiro como também divulga à sociedade a sua real situação patrimonial.

Diante do exposto, percebe-se a atuação das Operadoras de Planos de Saúde no cenário atual. Contudo, como mostram os órgãos reguladores, houve diversos cenários econômicos que levaram muitas OPS à ruína (SÁ, 2012).

Assim, o presente trabalho tem como questão de pesquisa: **De que forma a Unimed Campina Grande está cumprindo o que determina a Agência Nacional de Saúde no que se refere à garantia das provisões técnicas?** Dessa maneira, tem-se por objetivo verificar o cumprimento pela OPS em questão, do registro das provisões técnicas, conforme determina a ANS, pois observar essa obrigação serve para complementar as análises de risco dos planos de saúde realizadas pela agência reguladora.

Com isso, os objetivos específicos traçados nesta pesquisa, para alcançar o objetivo central supracitado são:

- a) Coletar as demonstrações contábeis da cooperativa privada de saúde;
- b) Analisar as demonstrações contábeis, no que se refere as provisões técnicas no âmbito atuarial dos balanços patrimoniais;
- c) Verificar o cumprimento pela Unimed Campina Grande das determinações da ANS.

Metodologicamente, para cumprir o objetivo da pesquisa, a análise será dos anos 2018, 2019, 2020 e 2021. Os dados coletados são a Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados – PEONA, a Provisão para Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados do SUS – PEONA SUS, a Provisão de Sinistros a Liquidar – PESL, a Provisão para Eventos / Sinistros a Liquidar (PESL) – SUS, a Provisão para Insuficiência de Contraprestação/Prêmio – PIC, a Provisão para Remissão e a Provisão para Prêmios ou Contraprestações Não Ganhas – PPCNG/PCNG. As demonstrações contábeis foram coletadas no sítio da Unimed Campina Grande em maio de 2023.

Esse trabalho buscou complementar os estudos já existentes (Neto, 2019; Passos, Silva e Macedo, 2020; Freitas, 2011; Magalhães et al., 2014; Costa, 2017) no que se refere às demonstrações contábeis no setor da saúde complementar, utilizando como base uma OPS. Logo, como resultado estimado, esperou-se que a Unimed Campina Grande, assim como determina a ANS, esteja cumprindo todas as normatizações existente, sendo assim, fidedigna as legislações vigentes.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Teoria da divulgação

A divulgação pode ser vista como uma forma de comunicação entre as organizações e os *stakeholders*. Diante disso, o *disclosure* possui importância relevante na transmissão de informações entre os gestores e os usuários interessados no desempenho das instituições, diminuindo assim a assimetria informacional (Lima, 2009; Parsons, 2007).

Botosan (2006) comenta que existem dois benefícios do *disclosure*, o primeiro seria diminuir o risco de desconfiança dos investidores e o segundo o equilíbrio das informações disponibilizadas, uma vez que, quanto menos informações maiores as possibilidades de contradições (Souza et al., 2022).

Neste contexto, Dantas et al. (2005), discorrem que, as demonstrações contábeis são úteis aos usuários quando as divulgações demonstram a real situação econômico-financeira da entidade. Complementando o entendimento, Lopes e Martins (2005) afirmam, que o *disclosure* faz parte do processo contábil, que consiste ainda em reconhecer, mensurar e evidenciar

Na saúde não difere, o *disclosure* é obrigatório para todas as Operadoras de Planos de Saúde, que deverão disponibilizar a ANS, por meio de registros contábeis a fidedignidade da sua escrituração (Magalhães et al., 2015).

A composição das provisões é uma das alternativas que a Agência Nacional de Saúde possui para verificar a solidez das OPS, uma vez que para fornecer serviços médicos, ambulatoriais e/ou hospitalares as operadoras precisam demonstrar capacidade de manter a qualidade assistencial aos seus beneficiários (Costa, 2017).

2.2 Histórico da saúde no Brasil

O Brasil possui uma dimensão continental que sempre sofreu com uma ampla

desigualdade social, que culmina num sistema de saúde público sobrecarregado, que não suporta as necessidades populacionais. Todavia, no decorrer dos anos o SUS vem promovendo um pouco mais de acesso ao cuidado com saúde para a população brasileira (Paim et al., 2011).

Após a sua criação, logo depois da Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) representa, certamente, uma das mais importantes conquistas para os trabalhadores brasileiros (MARQUES e MENDES, 2015). Em mais de 34 anos, e devido a sua estrutura descentralizada nos estados e municípios, o SUS vem promovendo dignidade a população que mais necessita, e isso se mostrou mais evidente durante a pandemia do Coronavírus.

Ao longos dos anos, o SUS vem enfrentando diversas dificuldades, desde uma má gestão de recursos até a disputa com outros ramos de seguridade social, isso justifica a dificuldade de encontrar formas e fontes mais eficientes para um financiamento para o Sistema Único de Saúde (MARQUES e MENDES, 2015).

Frente a toda a dificuldade enfrentada pelo SUS, o setor privado voltado à saúde suplementar, vem aos longos dos anos obtendo uma crescente. Conforme relatórios do IBGE, o percentual da população vinculada a planos privados era: 24,5% em 1998; 24,6% em 2003; 25,9% em 2008; 27,9% em 2013 e 28,5% em 2019 (IBGE, 1998, 2003, 2008 2013, 2019)

Para Paim et al. (2011) o sistema de saúde brasileiro é formado por uma rede complexa de prestadores e compradores de serviços que competem entre si, gerando uma combinação público-privada financiada sobretudo por recursos privados.

Paim et al. (2011) ainda explica que o sistema de saúde tem três subsetores: o subsetor público, no qual os serviços são financiados e providos pelo Estado nos níveis federal, estadual e municipal, incluindo os serviços de saúde militares; o subsetor privado (com fins lucrativos ou não), no qual os serviços são financiados de diversas maneiras com recursos públicos ou privados; e, por último, o subsetor de saúde suplementar, com diferentes tipos de planos privados de saúde e de apólices de seguro, além de subsídios fiscais. Os componentes público e privado do sistema são distintos, mas estão interconectados, e as pessoas podem utilizar os serviços de todos os três subsetores, dependendo da facilidade de acesso ou da sua capacidade de pagamento.

Os planos de saúde oferecem diversas modalidades de coberturas médicas e hospitalares, e com diversos níveis de escolhas que variam de acordo com a situação socioeconômica do beneficiário. As pessoas, usuárias de planos privados de saúde, afirmam ter melhor acesso a serviços preventivos e uma maior taxa de uso dos serviços de saúde que aquelas que não dispõem de tais planos ou de algum tipo de seguro médico (Paim et al., 2011).

2.3 Provisões Técnicas

As provisões técnicas são impostas pelos órgãos reguladores, neste caso, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Os valores contabilizados no passivo da operadora que refletem as obrigações esperadas decorrentes da operação de plano de saúde. O seu registro no passivo representa o cálculo dos riscos esperados inerentes às operações de assistência à saúde (BRASIL, 2021).

Sendo assim, no âmbito dessa pesquisa, destacam-se a Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados – PEONA, a Provisão para Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados do SUS – PEONA SUS, a Provisão de Sinistros a Liquidar – PESL, a Provisão para Eventos / Sinistros a Liquidar (PESL) – SUS, a Provisão para Insuficiência de Contraprestação/Prêmio – PIC, a Provisão para Remissão e a Provisão para Prêmios ou

Contraprestações Não Ganhas – PPCNG/PCNG.

2.3.1 Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados – PEONA

A Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados – PEONA refere-se ao valor que as operadoras de planos de saúde obrigatoriamente precisam provisionar, sendo calculada atuarialmente para conseguir arcar com os eventos/sinistro que já foram ocorridos e ainda não contabilizados, excluindo-se o Sistema Único de Saúde. (BRASIL,2022).

Essa provisão foi regulamentada pela primeira vez no setor de saúde suplementar pela Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 77, de 2001, após discussão em Câmara Técnica de Garantias Financeiras. Posteriormente, após nova Câmara Técnica de Garantias Financeiras, foi objeto da Resolução Normativa – RN nº 160, de 2007, e da RN nº 209, de 2009. Com a RN nº 393, de 2015, alterada pela RN nº 442, de 2018, e pela RN nº 476, de 2021 (BRASIL, 2022).

Para as operadoras de pequeno porte (inferior a 20 mil beneficiários) e médias (a partir de 20 mil e inferior a 100 mil beneficiários) a ANS permite a seguinte fórmula de cálculo, conforme art. 11 da RN 393/15:

Máximo entre:

I – 8,5% (oito vírgula cinco por cento) do total de contraprestações/prêmios nos últimos 12 (doze) meses, na modalidade de preço preestabelecido; e

II – 10% (dez por cento) do total de sinistros/eventos indenizáveis na modalidade de preço preestabelecido, nos últimos 12 (doze) meses.

Já para grandes (superior a 100 mil beneficiários) operadoras, a fórmula segue o máximo entre:

I – 9,5% (nove vírgula cinco por cento) do total de contraprestações/prêmios nos últimos 12 (doze) meses, na modalidade de preço preestabelecido; e

II – 12% (doze por cento) do total de sinistros/eventos indenizáveis na modalidade de preço preestabelecido, nos últimos 12 (doze) meses.

Desde a sua obrigação legal, em 2008, a ANS já previa a possibilidade de calcular esta provisão por metodologia atuarial própria. A partir de janeiro de 2017, as operadoras de grande porte estarão obrigadas a calcular a PEONA, apenas de forma própria, sendo proibida, a partir de então, o uso da fórmula de cálculo acima (9,5% e 12%).

2.3.2 Provisão para Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados do SUS – PEONA SUS

A provisão para Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados do SUS – PEONA SUS diz respeito a estimativa de eventos/sinistros ocorridos no Sistema Único de Saúde pelos beneficiários do planos de saúde que tenham ocorrido e que não tenham sido avisados pela ANS à operadora (BRASIL, 2022).

A PEONA SUS é uma medida que visa garantir a sustentabilidade financeira do Sistema Único de Saúde, considerando que tais atendimentos deveriam ser prestados pela rede assistencial das Operadoras de Plano de Saúde. Conforme Nota Técnica 304/2022/CESME/GEHAE/GGAME/DIRAD-DIOPE/DIOPE a referida provisão técnica deve ser calculada pro meio metodologia atuarial definida por atuário legalmente habilitado. Todavia, faculta que as OPS que não possuam metodologia atuarial própria a possibilidade de cálculo da PEONA SUS com base em cálculo aritmético definido em metodologia estabelecida pelo órgão regulador.

A regulamentação vigente estabelece que a PEONA SUS deve ser estimada com base em metodologia atuarial consistente. Caso a operadora não possua metodologia atuarial que atenda aos requisitos da regulamentação, a estimativa deve observar a

formulação segundo o qual a provisão será o menor valor entre:

- Até 11/2021 : 115% do total dos eventos avisados nos últimos 24 (vinte e quatro) meses, referentes aos procedimentos realizados na rede assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS);
- A partir de 12/2021: 80% do total dos eventos avisados nos últimos 24 (vinte e quatro) meses, referentes aos procedimentos realizados na rede assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Fator Individual de PEONA SUS multiplicado pelo total dos eventos avisados nos últimos 24 (vinte e quatro) meses, referentes aos procedimentos realizados na rede assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Fator Individual de PEONA SUS será aquele resultante da aplicação da seguinte fórmula para cada operadora:

Figura 1 - Fórmula cálculo PEONA SUS

$$\sqrt[6]{\frac{B}{A} \times \text{EONA SUS}} \div \text{Eventos SUS (24 meses)}$$

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (2022).

Considerando as seguintes informações.

Quadro 1 - Bases técnicas para o cálculo da PEONA SUS por operadoras que não possuem metodologia atuarial própria.

Até 11/2021	A partir de 12/2021
“A” refere-se ao terceiro trimestre de 2014, que é o primeiro trimestre do período considerado no cálculo do percentual de que trata a fórmula acima;	“A” refere-se ao primeiro trimestre de 2018, que é o primeiro trimestre do período considerado no cálculo do percentual de que trata a fórmula acima;
“B” refere-se ao quarto trimestre de 2015, que é o último trimestre do período considerado no cálculo do percentual de que trata a fórmula acima;	“B” refere-se ao segundo trimestre de 2019, que é o último trimestre do período considerado no cálculo do percentual de que trata a fórmula acima;
“EONA SUS” é o montante referente a soma dos valores devidos de procedimentos, cobrados ou passíveis de cobrança de ressarcimento, ocorridos até o fim do trimestre de referência, mas ainda não notificados como devido pela ANS à operadora até o fim do referido trimestre. São considerados como valores devidos passíveis de cobrança de ressarcimento ao SUS aqueles procedimentos que não foram impugnados e cujo prazo de impugnação terminou, os indeferidos em 1ª instância e não recorridos, e os não providos em 2ª instância. O objetivo dessa variável é captar em cada período os eventos ocorridos e não avisados até aquele momento (aqui chamados de peona sus real para fins de ilustração de que tratam dos valores efetivos que, em tese, busca-se estimar pela provisão.	
“Eventos SUS (24 meses)” é o total de eventos ocorridos ao longo dos últimos 24 meses. São consideradas as notificações de ressarcimento ao SUS cujos prazos de impugnação terminaram e que não foram impugnados pela operadora, os indeferidos pela ANS em primeira instância e não recorridos, os não providos em segunda instância e os cobrados com Guia de Recolhimento da União (GRU). O objetivo dessa variável é captar o total de eventos ocorridos ao longo dos últimos 2 anos. O período de 2 anos foi definido a fim de deixar a variável mais estável do que se fosse analisado trimestralmente.	

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (2022).

2.3.3 Provisão de Sinistros a Liquidar – PESL

A Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar - PESL refere-se à estimativa do montante de eventos/sinistros já ocorridos e avisados, mas que ainda não foram pagos pela OPS aos prestadores de serviços (BRASIL, 2022).

A Provisão de Sinistros a Liquidar – PESL trata-se do valor que deve ser provisionado pelo seu valor integral, no mês da notificação da ocorrência da despesa assistencial, considerando que se refere ao montante de eventos/sinistros já ocorridos, avisados e comprovados seja pelos prestadores de serviço ou pelo beneficiário. Tal provisão tem por premissa resguardar os pagamentos de tais obrigações as partes relacionadas, conforme determina a ANS (BRASIL, 2022).

Com a RN nº 393, de 2015, as exigências foram consolidadas dentre as quais cabe destacar:

- a) A PESL deve ser constituída pelo valor integral, cobrado pelo prestador, no mês da notificação da ocorrência da despesa assistencial, bruto de qualquer operação de resseguro. Caso a OPS tenha dificuldades operacionais em identificar o valor ou a data de notificação da ocorrência no 1º momento de recebimento da cobrança, este deverá ser consolidado no fechamento dos registros contábeis do mês em questão.
- b) A PESL deve refletir todos os eventos indenizáveis pendentes de pagamento pela OPS, tenham eles sido originados na rede própria da OPS ou não.
- c) A PESL deve contemplar os eventuais ajustes nos valores avisados até que ocorra a completa e efetiva liquidação/pagamento do evento/sinistro.
- d) Depósitos judiciais e parcelamentos de débitos, *à priori*, não extinguem a obrigação. Quaisquer efeitos que impliquem na revisão dos valores anteriormente contabilizados deverão se refletir em ajustes da PESL.

2.3.4 Provisão para Eventos/Sinistros a Liquidar (PESL) - SUS

A Provisão para Eventos/Sinistros a Liquidar (PESL) – SUS, consiste na estimativa do montante de eventos/sinistros referentes ao ressarcimento ao SUS, já ocorridos e identificados, que já foram cobrados ou não pela ANS, relativos aos atendimentos previstos nos contratos com os beneficiários da operadora que tenham sido efetuados na rede pública integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), mas que ainda não foram pagos pela OPS (BRASIL, 2022).

Conforme a ANS define, para o devido registro dessa provisão, deve ser observado os valores integrais que são informados pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES) no espaço “Consulta de Provisão de Eventos / Sinistros a Liquidar de Ressarcimento ao SUS” disponível no sítio eletrônico da ANS (BRASIL, 2022).

A contabilização deve ocorrer de duas formas:

1. Valores de atendimentos identificados e ainda não cobrados: Consiste em um possível débito da OPS, que é feito pelo montante histórico dos atendimentos cobrados da operadora dividido pela quantidade histórica de atendimentos identificados.
2. Valores de atendimentos já cobrados: É composto pelos atendimentos os quais a ANS já emitiu Guias de Recolhimento da União – GRUs, devendo ter seu valor

contabilizado em sua integralidade, com a devida atualização de multa e juros, de acordo com o artigo 32 da Lei nº 9656/2008 e o artigo 37-A da Lei nº 10.522/2002, c/c art. 61 da Lei nº 9.430/1996.

Além das GRUs vencidas e não pagas, estão incluídos neste montante:

- O saldo devedor atualizado de parcelamentos de débitos do ressarcimento ao SUS cancelados por inadimplência, de acordo com a RN nº 04, de 2002;
 - Valores ainda não pagos de parcelamentos ainda não deferidos, ou seja, saldo devedor destes parcelamentos, descontadas as parcelas já pagas a título de antecipação;
 - Valores inscritos em dívida ativa e ainda não pagos. Todo este montante está retratado no sítio eletrônico da ANS na coluna “débitos pendentes”
3. Valores de débitos parcelados: Abrange os parcelamentos deferidos e ainda não quitados, somente no que se refere ao saldo devido pela operadora em cada mês de referência

2.3.5 Provisão para Insuficiência de Contraprestação/Prêmio – PIC

A Provisão para Insuficiência de Contraprestação/Prêmio – PIC, foi inserida pela RN 442/2018, deve ser constituída quando for verificado que as contraprestações/prêmios a serem recebidas referentes aos contratos vigentes, somadas à provisão de prêmios/contraprestações não ganhos, forem insuficientes para fazer frente às obrigações contratuais já assumidas pelas OPS. Sua base de cálculo pode ser definida em metodologia atuarial própria comunicada à DIOPE. Todavia, as OPS que não possuam metodologia própria observam o cálculo definido em seu anexo (BRASIL,2022).

Figura 2 - Fórmula cálculo PIC

$$PIC = FIC \times (\text{Contraprestações de planos Médico – Hospitalares com preço preestabelecido nos últimos 12 meses})$$

A primeira variável da equação é o Fator de Insuficiência de Contraprestações/prêmios – FIC, calculado da seguinte forma:

$$FIC = \text{maior valor entre } 0(\text{zero}) \text{ e } \left[\left(\frac{EIL + DA + DC + \text{abs}(\text{corresp}) - \text{MultasAdm}}{\text{Contraprestações efetivas} - \text{var_pic} + \text{abs}(\text{corresp})} \right) - 1 \right]$$

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (2022).

Onde:

EIL: Eventos Indenizáveis Líquidos/sinistros;

DA: Despesas administrativas;

DC: Despesas de comercializações;

Abs (corresp): Valor absoluto das contraprestações de corresponsabilidade cedida de assistência à saúde;

MultasAdm: Valor referente às multas administrativas reconhecidas contabilmente;

Contraprestações efetivas: Receita com operações de assistência à saúde deduzida dos tributos diretos de operações com planos de assistência à saúde da operadora;

Var_Pic: Variação da Provisão de Insuficiência de Prêmios.

Todas as variáveis acima referem-se à soma dos últimos 12 meses, incluindo o mês de cálculo.

O FIC busca encontrar o percentual de insuficiência das contraprestações, que será multiplicado pelo total de Contraprestações/Prêmios somente de planos médico-hospitalares com preço preestabelecido.

A Agência Nacional de saúde possibilita a escrituração de forma escalonada,

sendo uma decisão regulatória de caráter excepcional, que permite a capitalização das OPS de forma gradual com vistas a mitigar o efeito econômico e financeiro dessas provisões nas suas contas. Assim, as operadoras de planos de saúde que registrarem a provisão acima do mínimo exigido em determinado mês não poderá efetuar reversão dos saldos já provisionados nos meses subsequentes, exceto no caso em que o total contabilizado seja superior a 100% da provisão calculada, permitindo-se, neste último caso, a reversão apenas do excedente (BRASIL,2022).

2.3.6 Provisão para Remissão

A Remissão é a dispensa do pagamento das mensalidades, por prazo estipulado em contrato, em situações de morte e/ou desemprego do titular do plano assistencial. Deverá ser calculada mediante metodologia atuarial, que refletira as despesas assistenciais esperadas pelas pessoas possuintes do benefício (BRASIL, 2022).

O cálculo desta provisão requer uma metodologia atuarial própria. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) não define um cálculo padrão. Portanto, há necessidade de verificar a experiência da própria operadora como forma de subsidiar a modelagem. A provisão para remissão deverá ser constituída integralmente, por metodologia atuarial, no mês de competência do fato gerador do benefício previsto contratualmente, devendo ser suficiente para refletir a despesa assistencial esperada dos beneficiários durante todo o prazo restante do benefício (BRASIL, 2022).

Os dependentes legais já vinculados ao plano assistencial, antes do falecimento do titular, ficam remidos/dispensados das mensalidades pelo período estipulado em contrato, porém com os mesmos direitos e obrigações existentes. Ao fim da remissão, o valor das mensalidades volta a ser cobradas, inclusive em valores atualizados, seguindo o que determina os reajustes praticados pela ANS, como também por faixa etária, ficando a cargos dos dependentes a escolha da permanência ou não do plano (WERSON, 2017).

A remissão não é obrigatória, porém estando estipulada em contrato, deverá ser seguida a rigor, conforme determina a ANS, no prazo médio de 3 a 5 anos (WERSON, 2017)

2.3.7 Provisão para Prêmios ou Contraprestações Não Ganhas – PPCNG/PCNG

A Provisão para Prêmios ou Contraprestações Não Ganhas – PPCNG/PCNG é predita na RN nº 393/2015 e alterada pelas RNs nº 442/2018 e 472/2021, refere-se à parcela de prêmio/contraprestação cujo período de cobertura do risco ainda não decorreu (BRASIL,2022).

Seu cálculo deve apurar a parcela de prêmios/contraprestações não ganhas, relativa ao período de cobertura mensal do risco, nos contratos em pré-pagamento, por meio de cálculos individuais dos contratos vigentes na data base de sua constituição:

Figura 3 - Fórrmula cálculo PPCNG/ PCNG

$$PPCNG = \text{Prêmio/Contraprestação Mensal} * \left(\frac{\text{Período de Risco a Decorrer}}{\text{Período Total de Cobertura do Risco}} \right)$$

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (2022).

A PPCNG/ PCNG será calculada pro *rata die*, considerando para obtenção do período de vigência do risco a decorrer, a quantidade de dias compreendida entre o último dia do mês de cálculo e o último dia de cobertura mensal do risco.

A PPCNG/PCNG é estabelecido para contabilizar a parte antecipada dos

pagamentos como uma obrigação das OPS. Essa provisão representa um valor que a empresa espera ter que gastar no futuro para cumprir seus compromissos contratuais com os beneficiários.

2.4 Estudos anteriores

Para embasar a elaboração dessa pesquisa, abaixo na tabela 1 são apresentados trabalhos relacionados e divulgação de informações contábeis por parte das Operadoras de Planos de Saúde.

Tabela 1 – Estudos anteriores sobre a escrituração e importância das provisões para as OPS.

Fonte: Elaborada pelo Autor (2023)

AUTORES	OBJETIVO DA PESQUISA	RESULTADOS
Neto, (2019)	Verificar a suficiência técnica dos ativos garantidores das operadoras de planos de saúde do Brasil e elaborar, seguindo as normas vigentes, índice para verificação.	Os resultados apresentados são insatisfatórios, pois mostra-se um mercado cuja capacidade de honrar com os compromissos futuros de curto e longo prazo, do ponto de vista dos ativos garantidores, é falho quanto ao grupo. Isso não conclui que todas as OPS em suas respectivas categorias e porte estão suficientes e sim sob a ótica do setor.
Passos, Silva e Macedo (2020)	Demonstrar como é realizada a escrituração de uma operadora de plano de saúde, por meio da análise das demonstrações contábeis apresentando o resultado do desempenho econômico e financeiro da empresa.	Constatou-se que a empresa realiza sua escrituração em conformidade com as normas contábeis e as normas da Agência Nacional de Saúde, nos períodos analisados de 2018 e 2019.
Freitas (2011)	Avaliar a efetividade da política de ressarcimento ao SUS.	Reduzida efetividade da política em termos financeiros, jurídicos e sobre o seu público alvo.
Magalhães et al. (2014)	Demonstrar o quão importante é a qualidade das informações contábeis para as operadoras de planos de saúde, já que as mesmas podem, por exemplo, determinar a sua continuidade.	Ficou evidente a importância que as informações contábeis têm para o processo de controle e fiscalização pela ANS e para as operadoras de planos de saúde.
Costa (2017)	Verificar quais os impactos econômico-financeiros do ressarcimento ao SUS para as Operadoras de Plano de Saúde no Brasil, no ano de 2014, através da análise da influência desse processo nas obrigações, contabilmente registradas no passivo e nas despesas assistenciais líquidas das OPS.	Os resultados demonstraram que o ressarcimento ao SUS representa, em termos percentuais, valor pouco significativo no passivo, nas despesas assistenciais líquidas e na margem de lucro líquida. Ademais, constatou-se a maior representatividade do ressarcimento ao SUS foi evidenciada nas operadoras classificadas como Filantropias.

Visto a dificuldade de localizar trabalhos sobre a necessidade de divulgação das provisões técnicas nas Operadoras de Planos de Saúde, essa pesquisa visa contribuir de forma relevante para o entendimento e transparência na evidência das demonstrações

contábeis no setor da saúde complementar.

3. METODOLOGIA

A presente pesquisa possui uma abordagem quantitativa, baseada no positivismo que afirma “que a realidade só pode ser compreendida mediante a análise dos dados brutos, coletados a partir de instrumentos padronizados e neutros” (WINQUES, 2022, p.124).

Leopardi (2001) afirma que a abordagem da pesquisa quantitativa “é indicada quando se deseja assegurar a objetividade e credibilidade dos achados, desde que os instrumentos não coloquem em risco a vida humana” (WINQUES, 2022, p.126). Definição que se aplica nesta pesquisa, uma vez que, as provisões técnicas são utilizadas para resguardar a proteção da vida dos beneficiários da Unimed Campina Grande.

Sob o ponto de vista dos objetivos, buscou-se registrar as informações colhidas, sem interferir e manipular os dados, caracterizando-se assim, com uma pesquisa descritiva, que conforme GIL (2010).

Diante disso, não se buscou números apenas por resultados, mas sim verificar se tais dados geram as informações necessárias para os órgãos reguladores. Sendo assim, foi possível analisar as demonstrações contábeis com o intuito de verificar o cumprimento pela OPS em questão, do registro das provisões técnicas, conforme determina a ANS.

Para GIL (2002) a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos das pesquisas.

Uma característica importante que precisa ser destacada na pesquisa documental é a confiabilidade das fontes que disponibilizam as informações. Tal aspecto é atendido no presente trabalho, visto a transparência dos dados disponibilizados pela Unimed Campina Grande.

Esta pesquisa também se classifica em estudo de caso, visto que, consiste em um detalhamento de informações extraídas de poucos objetos de estudo. Yin (2015, p.19) afirma que se deve levar em consideração: “a) o tipo de questão da pesquisa; b) o controle que o pesquisador possui sobre os eventos comportamentais efetivos; c) o foco em fenômenos históricos, em oposição a fenômenos contemporâneos”. Esta presente pesquisa, teve o seu enfoque em atender tais características, mergulhando e conhecendo a realidade da OPS estudada.

A pesquisa foi realizada com os dados extraídos da Cooperativa Médica Unimed Campina Grande, situada no estado da Paraíba, na região nordeste do país. A análise documental foi realizada com o auxílio dos balanços patrimoniais divulgados no *site* da OPS no lapso temporal de 2018, 2019, 2020 e 2021. O estudo concentra-se nesse período, por ser essas, as demonstrações que foram divulgadas pela Cooperativa.

A coleta de dados das demonstrações ocorreu na data de 15 de abril de 2023, por meio do site <http://www.unimed.campinagrande.br/>. A escolha do período de 2018 a 2021 deveu-se pela acessibilidade das informações publicadas.

Para avaliar se as demonstrações contábeis foram divulgadas de forma fidedigna foi utilizado como base as normativas coletadas no banco de dados da Agência Nacional de Saúde, tendo o seu foco concentrado em analisar as contas de provisões técnicas no âmbito atuarial do balanço patrimonial, sendo elas: Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados – PEONA, a Provisão para Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados do SUS – PEONA SUS, a Provisão de Sinistros a Liquidar – PESL, a Provisão para Eventos / Sinistros a Liquidar (PESL) – SUS, a Provisão para Insuficiência de Contraprestação/Prêmio – PIC, a Provisão para Remissão e a Provisão para Prêmios ou Contraprestações Não Ganhas – PPCNG/PCNG aplicando a metodologia descrita

anteriormente.

4. ANÁLISE DOS RESULTADOS

A informação contábil desempenha um papel de fundamental importância no processo avaliativo das operadoras de plano de saúde. Sendo possível evidenciar algumas irregularidades de acordo com determinações impostas pela Agência Nacional de Saúde. Diante disso, o presente trabalho tem como resultado esperado evidenciar que a Unimed Campina Grande está em consonância com as normas regulatórias, no que se refere a publicação das provisões técnicas, considerando que tal descumprimento colocaria em dúvida a idoneidade da OPS.

Os resultados foram analisados separadamente, por cada provisão técnica, para uma melhor visualização das informações contidas nas demonstrações contábeis da OPS.

No tocante a Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados (PEONA), pode-se verificar que nos quatro anos analisados, considerando os valores registrado apenas no passivo circulante de cada ano, a Unimed Campina Grande evidenciou em suas demonstrações contábeis a provisão supracitada, sendo no ano de 2018 registrada no valor de R\$ 16.043.491,00; em 2019 no valor R\$ 16.884.882,00, em 2020 no valor de R\$ 14.594.256,00 e respectivamente em 2021 o valor de R\$ 19.403.716,00.

A seguir, a tabela 2 apresenta um comparativo em percentuais referente aos valores que foram contabilizados pela OPS no lapso temporal de quatros anos (2018,2019,2020 e 2021).

Tabela 2 - Análise Valores Contabilizados - PEONA.

Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados (PEONA)			
Demonstrações Contábeis	Valores Registrados		Análise em Percentual
2018	R\$	16.043.491,00	2018
2019	R\$	16.884.882,00	2019
2020	R\$	14.594.256,00	
2021	R\$	19.403.716,00	2019
			2020
			2020
			2021

Fonte: Elaborada pelo Autor (2023).

Considerando que a PEONA refere-se ao valor que as Operadoras de Plano de Saúde obrigatoriamente necessitam estimar o montante de eventos/sinistros já ocorridos, porém que ainda não foram avisados pelos prestadores de serviços (exceto o sistema único de saúde) à operadora. Diante disso, entende-se que quanto maior o percentual, maior será o valor provisionado pela OPS. Sendo assim, a variação dos anos de 2018 para 2019 ocorreu um pequeno aumento de 5,24%.

Já nos anos de 2019 para 2020 ocorreu uma queda significativa de -13,57%, o que a OPS justifica que, devido a pandemia da COVID-19 decretada pela OMS, como também medidas tomadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) resultaram, entre outras diretrizes, no adiamento de procedimentos médicos eletivos com o objetivo de aumentar a disponibilidade imediata de leitos para pacientes com a COVID-19. Este cenário acabou refletindo diretamente na queda das despesas com sinistro dos nossos usuários, em patamares bem consideráveis.

No comparativo dos anos de 2020 e 2021 registrou-se um aumento significativo

de 32,95%, que foram originados pela pandemia do COVID-19, em que no ano de 2021 visualiza-se a demanda reprimida de 2020, fato este, já era esperado.

De acordo com Passos, Silva e Macedo (2020), que realizou estudo direcionado a escrituração dá uma determinada OPS, pode-se afirmar que a Unimed Campina Grande está em consonância com o que determinada a ANS, considerando que realiza o devido registro dessa provisão.

Para Neto, (2019) em sua análise de realizada, as provisões técnicas são provisionamentos destinados a honrar os compromissos com os beneficiários dos planos ou segurados das seguradoras de saúde, entretanto verificar um cenário em que apenas 5,56% do total se mostra nessa condição honrosa, gera uma preocupação. Todavia, analisar a Unimed Campina Grande de forma isolada, e comprovar que a OPS faz parte desse cenário é de grande valia, mostrando assim a sua credibilidade

No que diz respeito a Provisão para Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados do SUS – PEONA SUS, verifica-se que nos quatro anos analisados, apenas em dois ocorreu o resgistro da provisão, valores utilizados do passivo circulante, considerando que a análise foi feita respeitado os valores contabilizados dentro de cada exercício, aos quais fora respectivamente em 2020 no valor de R\$ 2.833.033,00 e em 2021 no valor de R\$ 817.545,00.

Resolução Normativa nº 442/2018 – Altera a Resolução Normativa nº 393/2015, que dispõe sobre os critérios de constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde. Inclui a Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados ocorridos no SUS - PEONA SUS. Essa provisão poderá ser constituída gradualmente, de forma linear, ao longo de trinta e seis meses, a partir de janeiro de 2020.

Conforme descrito em notas explicativas nas demonstrações contábeis do ano de 2022, a Cooperativa declina da opção de constituição gradual da PEONA SUS, permitida apenas à partir de 1º de janeiro de 2020, e dada a possibilidade de constituição integral até 1º de janeiro de 2020, decide pela contabilização do montante total de R\$2.833.033, apurado conforme metodologia padronizada ANS em 31 de dezembro de 2019.

A seguir, a tabela apresenta um comparativo em percentuais referente aos valores que foram contabilizados pela OPS no entre os anos de (2018, 2019, 2020 e 2021).

Tabela 3 - Análise Valores Contabilizados - PEONA SUS.

Provisão para Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados do SUS – PEONA SUS			
Demonstrações Contábeis	Valores Registrados		Análise em Percentual
2018	-		2018
2019	-		2019
2020	R\$	2.833.033,00	
2021	R\$	817.545,00	2019
			2020
			2020
			2021
			-71,14%

Fonte: Elaborada pelo Autor (2023)

Diante de tais informações, o comparativo só pode ser realizado entre os anos de 2020 e 2021, tendo o percentual queda substancial de 71,14%, que foi justificado pela OPS em suas notas explicativas, que tais resultados são originados pela pandemia do

Covid -19.

Sendo a Provisão para Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados do SUS uma estimativa de eventos/sinistros ocorridos no Sistema Único de Saúde pelos beneficiários do plano de saúde que tenham ocorrido e que não tenham sido avisados pela ANS à operadora, os quais deveriam ser prestados pela rede assistencial das Operadoras de Plano de Saúde, entende-se que ocorreu uma redução na utilização do Sistema Único de Saúde. Diante disso, verifica-se que os beneficiários no período pós-pandemia retornaram a utilização do plano assistencial, elevando assim a sinistralidade da OPS, em contrapartida desafogando o SUS.

Considerando o entendimento de Passos, Silva e Macedo (2020), pode-se afirmar que a Unimed Campina Grande, mediante a contabilização de provisão, se manter em harmonia com as determinações da ANS, visto que, de maneira gradual, está contabilizando a nova provisão, conforme recomenda a Agência Nacional de Saúde.

Na Provisão de Sinistros a Liquidar (PEL) pode-se analisar que nos quatro anos utilizados na pesquisa, respeitando o registro da provisão contabilizada no passivo circulante, a Unimed Campina Grande evidenciou respectivamente em 2018 o valor de R\$ 18.691.314,00, sendo 2019 o valor de R\$ 22.445.985,00, em 2020 o valor de R\$ 20.916.511,00, e em 2021 o valor R\$ 25.959.639,00.

A seguir, a tabela apresenta um comparativo em percentuais referente aos valores que foram contabilizados pela OPS no lapso temporal 2018, 2019, 2020 e 2021, referente a PELS.

Tabela 4 - Análise Valores Contabilizados - Provisão de Sinistros a Liquidar (PEL).

Demonstrações Contábeis		Valores Registrados		Análise em Percentual	
2018	R\$	18.691.314,00	2018	20,09%	
2019	R\$	22.445.985,00	2019		
2020	R\$	20.916.511,00	-6,81%		
2021	R\$	25.959.639,00			
			2020	24,11%	
			2021		

Fonte: Elaborada pelo Autor (2023)

Sabendo que a Provisão de Sinistros a Liquidar refere-se à estimativa do montante de eventos/sinistros já ocorridos e avisados, mas que ainda não foram pagos pela OPS aos prestadores de serviços, analisando os valores, identifica-se que existe uma pequena variação entre os anos analisados, sendo de 2018 para 2019 aumento de aproximadamente 20,09%, do ano de 2019 para 2020 houve uma diminuição aproxima de 6,81%, porém de 2020 para 2021 ocorreu um aumento de 24,11%.

Assim, pode-se inferir que a sinistralidade com os hospitais, laboratórios, clínicas, médicos cooperados, com outras Unimeds, ações judiciais ou com os próprios clientes sofre grandes alterações. Observando-se apenas valores, os custos nestes períodos vêm aumentando, tendo a Unimed Campina Grande com o passar dos anos aumentar a sua provisão para arcar com os respectivos pagamentos, dado que a sinistralidade no âmbito da saúde é comum visto que grande parte dos atendimentos é ocasionada por eventos que

fogem dos atendimentos chamados de rotineiros ou *check-ups*, conforme afirma Magalhães et al. (2014).

Considerando o relatado por Passos, Silva e Macedo (2020), mais uma vez a OPS, cumpre o que determina a Agência Nacional de Saúde, visto que no lapso de tempo análise, ocorreu o devido registro das provições no balanço da Cooperativa.

No que diz respeito a Provisão para Eventos / Sinistros a Liquidar (PESL) – SUS, verifica-se que a Unimed Campina Grande, registrou em suas demonstrações contábeis, considerando apenas o passivo circulando de cada ano de análise, o valor de R\$ 2.471.290,00 em 2018, sendo R\$ 2.183.881,00 em 2019, em 2020 o valor de R\$ 2.029.391,00 e em 2021 foi registrado o valor de R\$ 1.801.903,00.

Abaixo, a tabela representa um comparativo realizado em percentuais referente ao provisionamento dos valores que foram contabilizados pela Unimed Campina Grande anos de 2018, 2019, 2020 e 2021, referente a PESL – SUS.

Tabela 5 - Análise Valores Contabilizados - Provisão para Eventos / Sinistros a Liquidar (PESL) - SUS.

Provisão para Eventos / Sinistros a Liquidar (PESL) - SUS					
Demonstrações Contábeis		Valores Registrados		Análise em Percentual	
2018	R\$	2.471.290,00	2018	-11,63%	
2019	R\$	2.183.881,00	2019		
2020	R\$	2.029.391,00	-7,07%		
2021	R\$	1.801.903,00			
			2020	-11,21%	
			2021		

Fonte: Elaborada pelo Autor (2023)

Haja vista que a PESL – SUS refere-se aos valores cobrados das Operadoras de Planos Privados de assistência à saúde pela ANS, relativos aos atendimentos previstos nos contratos com os beneficiários da operadora que tenham sido efetuados na rede pública, identifica-se que anualmente o percentual dessa provisão vem reduzindo de forma considerável. No comparativo de 2018 e 2019 houve um diminuição de 11,63%, já entre 2019 e 2020 o percentual diminui novamente, sendo uma queda de 7,07% e entre os anos de 2020 e 2021 e diminuição registrada foi de 11,21%.

A PESL – SUS está diretamente relacionada a Provisão de Sinistros a Liquidar (PESL), considerando que à medida que os beneficiários não mais utilizam o Sistema Único de Saúde, passando a realizar os seus atendimentos na rede credenciada da OPS, as provições supracitadas alteram-se de valor. Pode-se evidenciar esse cenário na Unimed Campina Grande, uma vez que nos anos analisados, à medida que a PESL teve um aumento, a PESL – SUS gradativamente ocorreu sua redução, excluindo os comparativos dos anos de 2019 e 2020, visto que foi um período de pandemia, e em tais provições foram registradas quedas.

Considerando o estudo realizado por Passos, Silva e Macedo (2020), a Unimed Campina Grande, mais uma vez se mostra em conformidade com o que a Agência Nacional de Saúde preconiza, visto que, nos quatro anos analisados ocorreram a devida contabilização da PESL – SUS em suas demonstrações contábeis.

No tocante a Provisão para Insuficiência de Contraprestação/Prêmio – PIC, a

Resolução Normativa nº 442/2018 – Altera a Resolução Normativa nº 393/2015, que dispõe sobre os critérios de constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde essa provisão poderá ser constituída gradualmente, de forma linear, ao longo de trinta e seis meses, a partir de janeiro de 2020. Diante disso, a Unimed Campina Grande não adotou essas alterações na preparação destas demonstrações contábeis e não planeja adotar essas normas de forma antecipada, conforme descreve em suas notas explicativas.

No estudo de Neto (2019) e Passos, Silva e Macedo (2020), Magalhães et al. (2014), Freitas (2011) e Costa (2017), não discorrem sobre essa provisão, haja vista são anteriores as novas determinações da Agência Nacional de Saúde. Diante disso, não foi possível realizar comparativos ou até mesmo evidenciar as informações nas demonstrações contábeis da OPS.

Na provisão de Remissão é possível verificar que nos quatro anos utilizados na base de análise, respeitando os valores registrados no passivo circulante de cada exercício, a Unimed Campina Grande evidenciou respectivamente em 2018 o valor de R\$ 1.053.933,00, sendo em 2019 o valor de R\$ 933.875,00, em 2020 o valor de R\$ 520.645,00 e em 2021 o valor registrado R\$ 640.415,00.

A seguir, a tabela apresenta um comparativo em percentuais referente aos valores que foram contabilizados pela OPS no lapso temporal 2018, 2019, 2020 e 2021, referente a Provisão de Remissão.

Tabela 6 - Análise Valores Contabilizados - Provisão de Remissão.

Provisão de Remissão		Análise em Percentual	
Demonstrações Contábeis	Valores Registrados		
2018	R\$ 1.053.933,00	2018	-11,39%
2019	R\$ 933.875,00	2019	
2020	R\$ 520.645,00		
2021	R\$ 640.415,00	2019	-44,25%
		2020	
		2020	23,00%
		2021	

Fonte: Elaborada pelo Autor (2023)

Considerando que essa provisão é a dispensa do pagamento das mensalidades, por prazo estipulado em contrato, em situações de morte e/ou desemprego do titular do plano assistencial, ou seja, os usuários em gozo ficam isentos de pagamento da contraprestação pecuniária pelo período de três a cinco anos, a OPS em questão diminuiu de forma expressiva o valor de registro da provisão de 2018 para 2019, sendo o percentual aproximado de menos 11.39%, como também de 2019 para 2020, tendo um redução de 44.25%.

Porém no comparativo dos anos de 2020 para 2021 e provisão teve um aumento expressivo, sendo registrado 23% a mais no registro dessa provisão.

Interpreta-se o percentual de quanto menor melhor, sendo assim, entre os anos de 2018 até 2020 a provisão estava em decréscimo, conseqüentemente, a OPS estava reservando menos recurso. Porém, no período pós-pandemia foi registrado aumento na quantidade de dispensa de mensalidades por parte dos beneficiários remidos. Diante disso, observa-se um aumento na reserva de recursos para o cumprimento do registro

desta provisão, conforme determina a ANS.

Analisando o estudo realizado por Passos, Silva e Macedo (2020), mas uma vez a Unimed Campina Grande mostra-se consistente com o que determina a ANS, visto que em todos os anos analisados ocorreu o devido registro da remissão em suas demonstrações contábeis. E mediante ao estudo de Neto (2019), a OPS está seguindo utilizando a devida metodologia que é definida em Nota Técnica Atuarial – NTA, aprovada pela ANS, considerando a expectativa de vida e o período de cobertura de cada beneficiário em gozo.

No que diz respeito a Provisão para Prêmios ou Contraprestações Não Ganhas – PPCNG/PCNG, verifica-se que nos quatro anos analisados, os valores registrados nas demonstrações contábeis, no passivo circulante, considerando que fora analisado a contabilização de cada exercício, foram respectivamente R\$ 9.391.375,00 em 2018, R\$ 10.792.596,00 em 2019, R\$ 9.570.556,00, e em 2021 o valor da provisão foi de R\$ 10.157.043,00.

A seguir, a tabela apresenta um comparativo em percentuais referente aos valores que foram contabilizados pela OPS no lapso temporal 2018, 2019, 2020 e 2021, referente a PPCNG/PCNG.

Tabela 7 - Análise Valores Contabilizados - Provisão para Prêmios ou Contraprestações Não Ganhas – PPCNG/PCNG

Provisão para Prêmios ou Contraprestações Não Ganhas – PPCNG/PCNG			
Demonstrações Contábeis	Valores Registrados		Análise em Percentual
2018	R\$	9.391.375,00	14,92%
2019	R\$	10.792.596,00	
2020	R\$	9.570.556,00	-11,32%
2021	R\$	10.157.043,00	
			6,13%

Fonte: Elaborada pelo Autor (2023)

Considerando que a PPCNG/PCNG se refere ao valor que as Operadoras de Plano de Saúde necessitam contabilizar, no que diz respeito a parte antecipada dos pagamentos realizados por seus beneficiários, em contratos de pré-pagamento. Essa provisão representa um valor que a empresa espera ter que gastar no futuro para cumprir seus compromissos contratuais.

Diante disso, observa-se as seguintes variações, entre os anos de 2018 e 2019 um aumento de 14,92%, já entre 2019 e 2020 a PPCNG/PCNG teve uma redução de 11,32% e entre 2020 e 2021 ocorreu um novo aumento de 6,13% no registro dessa provisão. Sendo assim, quanto maior o percentual, maior será o valor que precisará ser provisionado pela Operadora de Plano de Saúde.

Conforme Passos, Silva e Macedo (2020), que realizou estudo centralizado a escrituração dá uma determinada OPS, mais uma vez pode-se afirmar que a Unimed Campina Grande está em cumprindo com o que determinada a Agência Nacional de Saúde, considerando que realiza a devida contabilização da provisão.

5. CONCLUSÃO

O tema dessa pesquisa foi voltado para demonstrar se a Unimed Campina Grande está em conformidade com as deliberações imposta pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, no tocante a contabilização das Provisões Técnicas, que foram evidenciadas no passivo circulante das demonstrações contábeis da OPS.

Para tanto, verificou-se que as provisões supracitadas no presente trabalho, são de extrema importância dentro das Operadoras de Plano de Saúde, considerando que uma incorreta mensuração, poderá elevar ou até mesmo diminuir os valores provisionados, mostrando assim uma imagem errônea da organização e o descumprimento das determinações impostas pela ANS.

Diante das análises dos dados, que foram coletados nas demonstrações contábeis da Unimed Campina Grande, nos anos de 2018 até 2021, as quais foram extraídas do *site* da instituição da OPS, pode-se concluir que os resultados foram satisfatórios, considerando que em todos os documentos estudados, ocorreu os devidos registros de todas as provisões que a ANS estipula como obrigatória.

Destaca-se também o surgimento da pandemia do novo Coronavírus (COVID-19) e seus devastadores efeitos em todos os âmbitos sociais e econômicos. No que diz respeito ao ano de 2020, as medidas tomadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) resultaram, entre outras diretrizes, no adiamento de procedimentos médicos eletivos, este cenário acabou refletindo diretamente, na queda das despesas com sinistro dos nossos usuários, em patamares bem consideráveis.

Todavia, no ano 2021 a Unimed Campina Grande enfrentou um cenário desafiador, em consequência ainda da pandemia do COVID-19, onde foi constatado um expressivo aumento da demanda reprimida de 2020, como também um reajuste negativo da ANS em 8,19% para planos de pessoas físicas o que impactou consideravelmente a receita da OPS.

Logo, ficou evidente que as os registros de Provisões Técnicas, possuem também grande relevância para a Agência Nacional de Saúde. Em que, a partir delas, pode-se verificar a confiabilidade e assecuração das Operadoras de Planos de Saúde, algo que conforme estudo, a Unimed Campina Grande evidenciou.

O presente trabalho, encontrou algumas limitações, as quais pode-se citar, poucos trabalhos acadêmicos voltados para o estudo das provisões técnicas, os balanços não possuem informações pormenorizadas sobre a temática, como também não foram localizadas fontes confiáveis com descrição de forma de cálculo da provisões.

Diante do exposto, sugere-se continuação dos estudos direcionados a essa temática, considerando que existem novas determinações da Agência Nacional de Saúde, no que diz respeito a contabilização de novas provisões, como também poucos estudos correlacionados e devido a grande relevância que todas as provisões estudadas possuem dentro da contabilidade das Operadoras de Plano de Saúde.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **ANS: nota técnica nº 337/2022/cesme/gehae/ggame/dirad-diope/diope.** (2022). Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/coronavirus-covid-19/notas-tecnicas_covid-19/SEI_ANS24566179NotaTcnica.pdf>. Acesso em: 08 out. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **ANS: setor de planos de saúde segue em crescimento.** (2021). Disponível em: <<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/ans-setor-de-planos-de-saude-segue-em-crescimento#:~:text=Nos%20planos%20m%C3%A9dicos%20hospitalares%2C%20em,foi%20de%2046.360%20mil%20usu%C3%A1rios>>. Acesso em: 19 dez. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Manual de Gestão de Riscos.** (2018). Disponível em: <<https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/acesso-a-informacao/transparencia-institucional/gestao-de-riscos/manual-de-gestao-de-riscos-da-ans.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2023.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **ANS. PEONA - outros prestadores.** (2022). Disponível em: <<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/operadoras/regulacao-prudencial-acompanhamento-assistencial-e-economico-financeiro/regulacao-prudencial-1/provisoes-tecnicas-1/peona>>. Acesso em: 15 abr. de 2023.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **ANS. Provisão para Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados do SUS – PEONA SUS.** Disponível em: <<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/operadoras/regulacao-prudencial-acompanhamento-assistencial-e-economico-financeiro/regulacao-prudencial-1/provisoes-tecnicas-1/peona-sus>>. (2022). Acesso em: 21 mai. 2023.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **ANS. Provisão para Eventos/Sinistros a Liquidar (PESL) - Outros Prestadores.** Disponível em: <<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/operadoras/regulacao-prudencial-acompanhamento-assistencial-e-economico-financeiro/regulacao-prudencial-1/provisoes-tecnicas-1/provisao-para-eventos-sinistros-a-liquidar>>. (2022). Acesso em: 15 abr. 2023.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **ANS. Provisão para Eventos / Sinistros a Liquidar (PESL) – SUS.** Disponível em: <<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/operadoras/regulacao-prudencial-acompanhamento-assistencial-e-economico-financeiro/regulacao-prudencial-1/provisoes-tecnicas-1/provisao-para-eventos-sinistros-a-liquidar-pestl-sus>>. (2022). Acesso em: 21 mai. 2023.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **ANS. Provisão para Insuficiência de Contraprestação/Prêmio – PIC.** Disponível em: <<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/operadoras/regulacao-prudencial-acompanhamento-assistencial-e-economico-financeiro/regulacao-prudencial-1/provisoes-tecnicas-1/provisao-para-insuficiencia-de-contraprestacao-premio-pic>>. Acesso em: 15 abr. 2023.

1/provisoes-tecnicas-1/provisao-para-insuficiencia-de-contraprestacao-premio-pic>. (2022). Acesso em: 21 mai. 2023.

AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. ANS. **Provisão para Remissão**. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/operadoras/regulacao-prudencial-acompanhamento-assistencial-e-economico-financeiro/regulacao-prudencial-1/provisoes-tecnicas-1/provisao-para-remissao>. (2022). Acesso em: 15 abr. 2023.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. ANS. **Provisão para Prêmios ou Contraprestações Não Ganhas – PPCNG**. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/operadoras/regulacao-prudencial-acompanhamento-assistencial-e-economico-financeiro/regulacao-prudencial-1/provisoes-tecnicas-1/provisao-para-premios-ou-contraprestacoes-nao-ganhas-2013-ppcng>. (2022). Acesso em: 21 mai. 2023.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. ANS. **O que são Ativos Garantidores?** Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/operadoras/compromissos-e-interacoes-com-a-ans-1/ativos-garantidores-1/o-que-sao-ativos-garantidores#:~:text=O%20registro%20das%20provis%C3%B5es%20t%C3%A9cnicas,eles%20se%20traduzam%20em%20despesas>. (2021). Acesso em: 15 abr. 2023.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. ANS. **Provisões Técnicas**. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/operadoras/regulacao-prudencial-acompanhamento-assistencial-e-economico-financeiro/regulacao-prudencial-1/provisoes-tecnicas-1#:~:text=Provis%C3%B5es%20t%C3%A9cnicas%20s%C3%A3o%20valores%20contabilizados,opera%C3%A7%C3%A3o%20de%20plano%20de%20sa%C3%BAde>. Acesso em: 15 abr. 2023.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Resolução rn nº 476, de 23 de dezembro de 2021**. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/consultas-publicas/cp93/contribuicoes.pdf>. (2021). Acesso em: 22 out. 2022.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Processo nº: 33910.030581/2020-52. Nota técnica nº 304/2022/cesme/gehae/ggame/dirad-diope/diope**. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/operadoras/regulacao-prudencial-acompanhamento-assistencial-e-economico-financeiro/NT_PEONA_SUS_2021.pdf. (2021). Acesso em: 22 out. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Manual de tópicos da saúde suplementar para o programa parceiros da cidadania**. 1ª edição. Rio de Janeiro: ANS, 2021.

BRASIL. **Lei 9.961, de 28 de Jan. de 2000**. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, Brasília, DF, Jan 2000.

COMITÊ DE PRONUNCIAMENTOS CONTÁBEIS. **CPC 25 - Provisões, passivos contingentes e ativos contingentes.** (2009). Disponível em: <<https://www.cpc.org.br/CPC/Documentos-Emitidos/Pronunciamentos/Pronunciamento?Id=56>>. Acesso em: 25 out. 2022.

COSTA, J. C. S. **O impactos econômico-financeiros do ressarcimento ao SUS para as operadoras de planos de saúde.** Regulação Econômico-Financeira na Saúde Suplementar. Belo Horizonte, 2017.

DANTAS, J. A., et al (2005). **A dualidade entre os benefícios do disclosure e a relutância das organizações em aumentar o grau de evidenciação.** Economia E Gestão, 5(11), 56–76.

FREITAS, M. A. **A avaliação da efetividade da política de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde.** Tese de Doutorado. Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo 2011.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Editora Atlas,2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **PNAD – Suplemento Saúde, 1998, 2003, 2008, 2019.** Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

LIMA, E. M. **Análise comparativa entre o índice de disclosure e a importância atribuída por stakeholders a informações consideradas relevantes para fins de divulgação em instituições de ensino superior filantrópicas no Brasil: uma abordagem da teoria da divulgação.** (2009). Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

LOPES, A. B.; MARTINS, E. **Teoria da contabilidade: uma nova abordagem.** São Paulo: Atlas: 2005.

LUZ, M. T. **Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de " Transição Democrática": anos 80.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991.

MAGALHÃES, R. et al. **A utilidade da informação contábil no processo de fiscalização e controle das operadoras de plano de saúde pela agência nacional de saúde suplementar (ANS).** Revista Ambiente Contábil – ISSN 2176-9036 - UFRN – Natal-RN. v. 7. n. 2, p. 53 – 75, jul./dez. 2015.

MARQUES, R. M.; MENDES, Á. **A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008.** Economia e Sociedade, Campinas, SP, v. 21, n. 2, p. 345–362, 2015.

NETO, J. R. ; OLIVEIRA, I. S. V. **Suficiência das Operadoras se Planos se Saúde em Relação à Garantia de Lastro das Provisões.** TCC (Graduação) - Curso de Bacharelado em Ciências Atuariais, Departamento de Finanças e Contabilidade, João Pessoa. 2019.

PASSOS, F.S.; SILVA, G.C.; SILVA, G.C.; **A Escrituração Contábil de uma Operadora de Saúde em Conformidade com a Normatização da Agência Nacional de Saúde (ANS)**. QUALIA: a ciência em movimento, v.6, n.2, jul./dez. 2020, p.68-86

PAIM, J. et al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. (2011). Disponível em: <https://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf>. Acesso em: 22 de outubro de 2022>. Acesso em: 25 out. 2022.

SÁ, M. **Análise dos Custos Assistenciais de uma Operadora de Plano de Saúde**. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de PósGraduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal – RN, 2012.

SOUZA, et al. **Divulgar para quê? Índice de disclosure e a importância atribuída por doadores e gestores à divulgação voluntária de informação**. Administração Pública e Gestão Social, vol. 13, núm. 3, 2021.

WINQUES, KÉRLEY, **Nos caminhos da iniciação científica: guia para pesquisadores em formação**. Joinville: Faculdade Ielusc, 2022.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2015.