



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS ATUARIAIS

IANNESKA BARRETO DE LIMA

**REGULAÇÃO ATUARIAL NOS PLANOS DE SAÚDE: UM ESTUDO DOS
PADRÕES DE RESERVA POR MEIO DOS INDICADORES FINANCEIROS**

JOÃO PESSOA – PB

2025

IANNESKA BARRETO DE LIMA

**REGULAÇÃO ATUARIAL NOS PLANOS DE SAÚDE: UM ESTUDO DOS
PADRÕES DE RESERVA POR MEIO DOS INDICADORES FINANCEIROS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Ciências Atuariais, do Centro de Ciências Sociais Aplicadas (CCSA) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Ciências Atuariais.

Orientadora: Profa. Dra. Vera Lúcia Cruz.

JOÃO PESSOA – PB

2025

**Catálogo na publicação Seção de
Catálogo e Classificação**

L732r Lima, Ianneska Barreto de.

Regulação atuarial nos planos de saúde: um estudo
dos padrões de reserva por meio dos indicadores
financeiros / Ianneska Barreto de Lima. - João Pessoa,
2025.

59 f. : il.

Orientação: Vera Lúcia Cruz.

TCC (Graduação) -

UFPB/CCSA.

1. Regulação atuarial. 2. ANS. 3. Indicadores
financeiros. I. Cruz, Vera Lúcia. II. Título.
UFPB/CCSA CDU 368(043)

IANNESKA BARRETO DE LIMA

REGULAÇÃO ATUARIAL NOS PLANOS DE SAÚDE: UM ESTUDO DOS PADRÕES
DE RESERVA POR MEIO DOS INDICADORES FINANCEIROS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Graduação em Ciências Atuariais,
do Centro de Ciências Sociais Aplicadas
(CCSA) da Universidade Federal da Paraíba
(UFPB), como requisito parcial à obtenção do
título de Bacharel em Ciências Atuariais.

Aprovado em: ____ / ____ / ____.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Vera Lúcia Cruz (Orientadora)
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Profa. Dra. Sheila Sayuri Kataoka
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Prof. Dr. Tiago Henrique de Souza Echternach
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

RESUMO

O objetivo da pesquisa foi analisar como os indicadores financeiros podem apresentar padrões de reservas nas operadoras de planos de saúde normatizadas pela regulação atuarial da Agência Nacional de Saúde Suplementar. O método utilizado para realizar o estudo, quanto a abordagem, se classificou como quantitativo, quanto aos objetivos, descritivo e quanto aos procedimentos, documental. O estudo dos indicadores financeiros das empresas de planos de saúde no período de 2018 a 2023 indicou aspectos acerca da solvabilidade, limite de solvência e suprimentos de contingência dessas operadoras. Operadoras como a SulAmérica e a Amil, continuaram com os índices de solvência mais altos e estabilizados ao longo dos anos. Já o limite de solvabilidade, apontou que operadoras como a NotreDame e Hapvida apresentaram avanço contínuo nesse indicador. Considerando as reservas de contingência, as empresas Amil, Unimed e Bradesco, apresentaram uma maior exposição a ameaças regulatórias e litigiosas. Foi evidenciado através dos índices que, no que se refere ao nível de padronização das entidades em relação a regulamentação da ANS, apenas as empresas como Amil, Notredame e Bradesco apresentaram resultados de médio a alto, apresentando-se mais padronizadas com a regulação de reservas estabelecidas pela ANS, representando 33,33% da amostra utilizada no estudo. Com base nos resultados o estudo concluiu que se faz necessário que as empresas melhorem suas práticas na gestão financeira para atender a regulamentações da ANS e que, a agência reguladora pode atingir resultados melhores no que se refere ao que está previsto na regulação, precisa atuar de forma mais consistente, como realizar fiscalizações mais frequentes, já que nessas ações a ANS pode exigir o cumprimento da regulação por parte das empresas. Essa exigência refere-se à necessidade das empresas se adequarem aos normativos por meio de boas práticas de gestão financeira buscando garantir a sustentabilidade do setor e a segurança dos beneficiários.

Palavras-Chave: regulação atuarial; ANS; indicadores financeiros.

ABSTRACT

The objective of the research was to analyze how financial indicators can present reserve patterns in health plan operators regulated by the actuarial regulation of the National Supplementary Health Agency. The method used to conduct the study, in terms of approach, was classified as quantitative, in terms of objectives, descriptive and in terms of procedures, documentary. The study of the financial indicators of health plan companies in the period from 2018 to 2023 indicated aspects regarding the solvency, solvency limit and contingency supplies of these operators. Operators such as SulAmérica and Amil continued to have the highest and most stable solvency rates throughout the year. In terms of solvency limit, operators such as NotreDame and Hapvida showed continuous progress in this indicator. Considering the contingency reserves, the companies Amil, Unimed and Bradesco showed greater exposure to regulatory and litigation threats. The indices showed that, with regard to the level of standardization of entities in relation to ANS regulations, only companies such as Amil, Notredame and Bradesco presented medium to high results, presenting themselves as more standardized with the regulation of reserves established by ANS, representing 33.33% of the sample used in the study. Based on the results, the study concluded that it is necessary for companies to improve their financial management practices to comply with ANS regulations and that, in order for the regulatory agency to achieve better results in relation to what is provided for in the regulation, it needs to act more consistently, such as carrying out more frequent inspections, since in these actions ANS can demand compliance with the regulation by companies. This requirement refers to the need for companies to adapt to the regulations through good financial management practices, seeking to guarantee the sustainability of the sector and the safety of beneficiaries.

Keywords: actuarial regulation; ANS; financial indicators.

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 Características das operadoras selecionadas para o estudo25
- Quadro 2 Demonstrativos financeiros26
- Quadro 3 Descrição de critérios de normalização31
- Quadro 4 Índice de Solvência Geral (ISG) das operadoras de planos de saúde33
- Quadro 5 Margem de solvência das operadoras de planos de saúde (em milhões de R\$)36
- Quadro 6 Provisão de contingência das operadoras de planos de saúde39
- Quadro 7 Escala de normalização41

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
1.1	PROBLEMÁTICA	10
1.2	OBJETIVOS	12
1.2.1	Objetivo Geral	12
1.2.2	Objetivos Específicos	12
1.3	JUSTIFICATIVA	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1	PLANOS DE SAÚDE E OS BENEFICIÁRIOS	15
2.2	REGULAÇÃO	17
2.3	RESERVAS	18
2.4	INDICADORES	20
2.5	ESTUDOS ANTERIORES	22
3	METODOLOGIA	24
3.1	TIPOLOGIA DA PESQUISA	24
3.2	POPULAÇÃO E AMOSTRA	25
3.3	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	26
3.4	ANÁLISE DOS DADOS	27
3.4.1	Indicadores	28
3.4.1.1	Índice de Solvência Geral (ISG)	28
3.4.1.2	Margem de Solvência	28
3.4.1.3	Provisão de Contingência	29
3.5	TRATAMENTO DOS DADOS	31
4	RESULTADOS	33
5	CONCLUSÃO	45
	REFERÊNCIAS	47

1 INTRODUÇÃO

A saúde é um direito fundamental do ser humano, e o Estado deve prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, conforme o artigo 2.º da Lei n.º 8.080/1990. O artigo 4.º da referida lei aponta que o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

Apesar da amplitude da cobertura prevista pelo SUS, os investimentos públicos não ocorreram na mesma proporção, o que ocasionou a redução da qualidade dos serviços prestados pelo SUS, resultando em uma migração gradativa para os planos de saúde (Malta *et al.*, 2004). Os problemas apresentados pelo SUS ocasionaram o crescimento da busca por planos de saúde. Informações da ANS (2019) apontam que, até o ano de 2019, mais de 47 milhões de cidadãos faziam uso de planos de saúde privados, o que caracteriza, aproximadamente, 23% da população nacional.

Esse crescimento já tinha sido apontado por Viacava e Bahia (1996). Segundo os autores, a interferência econômica, política e organizacional do setor privado já mantinha um lugar favorecido na rede do SUS, controlando 75% dos leitos, 83% das clínicas médico-ambulatoriais e 40% das unidades de diagnóstico e terapia. Nos últimos anos, o método de associação capitalista do mercado de planos de saúde mostrou uma evolução do processo de financeirização da economia brasileira, situações que vêm obtendo, gradativamente, mais atenção nos últimos tempos (Braga *et al.*, 2017).

Esse desenvolvimento do mercado de saúde suplementar teve um marco regulatório no Brasil por meio da promulgação da Lei n.º 9.656, em 1998, que formou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A ANS foi designada para regulamentar a indústria de planos de saúde, proporcionar a concorrência e preservar os interesses dos consumidores (Rocha *et al.*, 2022), já que sua função é proporcionar uma gestão apropriada e proteger o interesse público por intermédio da regulação, regras, controle e fiscalização (ANS, 2024).

Assim, para padronizar e organizar o sistema de saúde suplementar no país, a ANS emite regulações. Uma regulação pode ser entendida como um grupo de medidas e ações do Governo (ANS, 2014). Raulino (2018) expõe que, conforme a Resolução Normativa n.º 205, de 09/10/2009, a ANS determina uma série de condições, contendo o provisionamento de dados e a formação de reservas e garantias, além da realização de auditorias independentes para grandes Operadoras de Planos de Saúde (OPS).

Ainda segundo a ANS (2019), a regulação mostra-se de várias formas no que se refere à proteção dos beneficiários, à segurança econômica e social no setor de saúde, à supervisão técnica e à segurança de concorrência justa. Complementando, Montone *et al.* (2003) indicam que a ANS detém competência e independência política, administrativa, financeira e de gestão de recursos humanos, incluindo arrecadação própria, pareceres em Diretoria Colegiada e dirigentes com dever estabelecido na lei e não conforme, além de poderes legais para realizar suas resoluções.

Nessa perspectiva, Gerschman *et al.* (2012) aconselham que a regulação inclua medidas que induzam a prestação de serviços e efetuem parte do credenciamento das OPS pela ANS. O estímulo para formar medidas regulatórias surge de cenários complicados que movem o acolhimento de padrões restritivos e coercitivos, informando as OPS a normalizarem suas técnicas e ações no mercado (Jácome; Paiva; Martins, 2020).

Para Veloso e Malik (2010), a regulação da ANS acabou em restrições ao acréscimo dos prêmios, ajustamento das coberturas e menor disparidade entre as OPS. De modo simultâneo, aumentou consideravelmente os direitos dos usuários. Dessa forma, indicadores como Índice de Solvência, Margem de Solvência e Provisão de Contingência fizeram-se instrumentos utilizados para avaliar a competência de gestão das operadoras e a estabilidade do setor (Soares; Santos; Fernando, 2019). Diante dessa regulação, Xavier (2017) cita que muitas OPS apontam problemas de gestão, tornando primordial uma boa governança corporativa, tida como essencial para a longevidade das organizações (Lorenzi; Procopiuck; Quandt, 2009). Nessa mesma linha de entendimento, Vilela, Ferraz e Ferraz (2015) incluem que é fundamental determinar costumes de governança

corporativa nas operadoras para sustentar a sequência dos serviços contratados aos beneficiários.

Estudos de Bridger (2006) e Silveira (2002) relatam uma ligação positiva entre a adesão de boas práticas de governança corporativa e a criação de valor e retorno sobre os investimentos, salientando esta temática como um dos pontos fundamentais das discussões acerca da alta gestão na atualidade. Nessa perspectiva, o Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (IBGC) determina boas práticas de governança corporativa, como a modificação dos princípios de transparência, equidade, prestação de contas e responsabilidade corporativa em conselhos objetivos, aspirando conservar o valor da organização, ajudar a entrada de recursos e melhorar a qualidade da gestão (IBGC, 2015).

Evidencia-se que a necessidade de boas práticas se amplia diante da quantidade de beneficiários e o modesto número de operadoras no setor, já que o manejo apropriado dos recursos financeiros é um elemento crítico para a resistência das empresas, evidenciando a relevância da gestão de reservas (Gitman, 2010).

Nesse sentido, Oliveira (2010) destaca que a reserva eficiente dos ativos é fundamental, pois a capacidade de resposta rápida é importante para o sucesso das operadoras. Assim, para amenizar esse risco, a ANS elaborou, em 2001, através da Resolução 17 da Diretoria Colegiada – RDC n.º 77/01 (ANS, 2001) – a necessidade de que as operadoras façam reservas financeiras para se resguardar de despesas não habituais.

Diante deste cenário, os indicadores financeiros surgem como instrumentos para entender o desenvolvimento do setor de saúde suplementar, já que, através deles, é possível observar a sustentabilidade econômica das operadoras de planos de saúde, a competência na utilização dos recursos e a capacidade de realização de suas atividades futuras (Dalri Briosso *et al.*, 2013). Além disso, são considerados como instrumentos estratégicos para monitorar a saúde financeira das OPS, mostrando a importância da gestão de reservas (Padoveze, 2010).

Assim, evidencia-se que os indicadores financeiros podem ser instrumentos que representam a real situação das OPS, já que, além de gerarem informações da entidade, eles executam um papel primordial no processo, facilitando para a ANS o monitoramento da solvência das operadoras e assegurando que retenham as

reservas financeiras suficientes para atuar de maneira segura e responsável (Rodrigues; Milton; da Silva, 2018).

1.1 PROBLEMÁTICA

A regulação atuarial das operadoras de planos de saúde é um assunto essencial quando se fala sobre a sustentabilidade financeira e a qualidade dos serviços prestados (Malta *et al.*, 2004), já que a sustentabilidade a longo prazo compreende a capacidade de as operadoras empregarem seus investimentos em melhorias constantes nos serviços. Quando as reservas são alocadas em níveis apropriados, as operadoras têm uma flexibilidade financeira maior, como, por exemplo, a expansão da oferta de serviços que acomodam as necessidades dos usuários (Carvalho, 2023).

O modo como as normas atuariais induzem os padrões de reserva dessas operadoras retrata alguns quesitos. Em um primeiro momento, as reservas apropriadas são imprescindíveis para assegurar a solvência e a competência para honrar com as suas promessas aos beneficiários, principalmente em uma conjuntura de incertezas econômicas e crescimento da demanda por serviços de saúde. Nesse sentido, o índice de solvência é um instrumento para avaliar a capacidade das operadoras de realizar seus deveres de longo prazo, assegurando que as reservas sejam capazes de cobrir suas dívidas e sustentar a operação perante imprevistos (Silva, 2021). Além disso, a análise de indicadores financeiros ajuda a medir a eficiência na aplicação de recursos em reservas que garantam tanto a segurança econômica quanto a geração de valor.

Porém, em outro momento, uma regulação desmedidamente autoritária pode limitar a versatilidade financeira das operadoras, restringindo sua capacidade de investimento e renovação. Essas regulações normatizam a forma com que as reservas são capazes de suprir as necessidades por serem fundamentais não apenas para assegurar a solvência atual das operadoras, mas também para garantir que elas consigam se adequar às iminentes procuras do mercado (Silva, 2020). Assim, uma regulação não somente pede, mas também estimula a construção de reservas fortes para poder gerar um cenário mais firme.

Essa firmeza é primordial para enfrentar crises atípicas, como pandemias ou recessões econômicas, que têm o poder de influenciar a capacidade de as operadoras atenderem seus usuários (Fuchs, 2020). Nesse sentido, a análise da regulação atuarial precisa ponderar não somente o cenário econômico imediato das operadoras, mas também a sustentabilidade no decorrer do prazo do sistema de saúde no geral. Num espaço de frequente desenvolvimento, no qual condições como o envelhecimento populacional, o aumento das doenças crônicas e as novidades tecnológicas estão em destaque, é essencial que as operadoras de planos de saúde se organizem para um futuro repleto de desafios (Alves, 2019).

Nesse cenário, os indicadores financeiros exercem um papel essencial ao mostrarem, por números, a competência das operadoras de balancear investimentos e obrigações (Regert *et al.*, 2018). Instrumentos, como o índice de solvência, a margem de solvência e a provisão técnica, possibilitam observar, de maneira dinâmica, o funcionamento e se as operadoras detêm recursos capazes de assistir às demandas de curto e médio prazos sem atrapalhar a eficiência de longo prazo (Dantas, 2020).

Indicadores como a margem de solvência têm uma função estratégica ao disponibilizar incentivos para decisões financeiras mais afirmativas. Esses padrões colaboram com o mapeamento para que as operadoras possam ajustar suas estratégias, assegurando uma estabilidade maior e flexibilidade diante de desafios econômicos (Araújo *et al.*, 2022).

Por intermédio da análise otimizada dos indicadores financeiros, é viável identificar inclinações e prever riscos ligados à alocação de reservas e à solvência das operadoras. Essas informações consistem especificamente em momentos de mudanças do mercado, possibilitando que as instituições se alinhem com seus objetivos financeiros às demandas dos usuários (Silva, 2021).

Consequentemente, apurar a maneira como a regulação atuarial influencia os padrões de reserva das operadoras de planos de saúde não é somente uma análise técnica, mas uma análise acerca do critério social dessas instituições em um cenário em que a saúde é um direito primordial (Cardoso; Martins, 2005). Essa problemática abraça a carência de um diálogo frequente entre reguladores, operadoras e

usuários, procurando respostas que viabilizem um sistema de saúde mais justo e eficiente (Fontes, 2020).

Ademais, a associação entre a regulação atuarial e os padrões de reserva pode ter consequências diretas no alcance e na qualidade dos serviços de saúde. A inexistência de reservas capazes de suprir as necessidades pode acabar na redução da cobertura oferecida ou em aumentos nas mensalidades aos beneficiários, tocando de maneira direta na experiência do usuário e na isonomia no acesso à saúde (Salvatori *et al.*, 2012).

Com base no exposto, o problema da pesquisa consiste em: **De que forma os indicadores financeiros mostram como as operadoras de planos de saúde estão seguindo as exigências da ANS sobre reservas financeiras definidas pelas Resoluções Normativas nº 209/2009 e nº 393/2015?** Para responder à pergunta do estudo, foram traçados os objetivos descritos no item 1.2 deste estudo.

1.2 OBJETIVOS

A seguir, serão apresentados os objetivos que norteiam esta pesquisa, tanto no âmbito geral quanto no específico.

1.2.1 Objetivo Geral

Este estudo teve como objetivo analisar como os indicadores financeiros podem apresentar padrões de reservas nas operadoras de planos de saúde normatizadas pela regulação atuarial da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Verificar padrões de reservas das operadoras mediante os cálculos dos indicadores financeiros;

- Comparar, utilizando os indicadores financeiros, as formas de reservas adotados pelas operadoras de planos de saúde;
- Avaliar, por meio dos indicadores financeiros, o nível de normatização das Operadoras de Planos de Saúde com a regulação da ANS;
- Identificar os principais desafios enfrentados pelas operadoras na gestão de suas reservas.

1.3 JUSTIFICATIVA

Perante um mercado de saúde que movimentava milhões de reais na economia e atende mais de 20% da população brasileira, é essencial instruir-se acerca da eficiência econômico-financeira das Operadoras de Planos de Saúde (OPS) (Xavier; Souza, 2020). Conforme a pesquisa de Salvador *et al.* (2021), entre os anos de 1998 e 2019, segundo dados do IBGE, a cobertura populacional de planos privados de saúde se desenvolveu discretamente, de 24,5%, em 1998, para 28,5%, em 2019. Ainda que a fração da população com planos privados se apresenta constante, os recursos financeiros ligados a tais planos cresceram tanto em termos de comparação quanto em termos absolutos.

O peso da regulação sobre os planos de saúde implica no controle do preço final que influencia o controle dos custos no decorrer dessa cadeia. Essa conduta resulta em alguns efeitos consideráveis, entre os quais se destacam: limitações da operadora, competição ignorada, risco moral e desincronização de preços (Pedral, 2020). Evidencia-se que a regulação determina a necessidade de realizarem uma reserva financeira apropriada, tendo em vista que a regulação atuarial executa um papel primordial no equilíbrio financeiro das operadoras de planos de saúde, atestando que elas guardem reservas suficientes para se resguardar de passivos futuros e garantirem a série dos serviços prestados (Silva, 2020).

Corroborando, Salvatori *et al.* (2012) apontam que a necessidade de reservas está prevista na regulação atuarial, fazendo com que as operadoras constituam reservas suficientes para cobrir futuros passivos financeiros. Ainda segundo os autores, certas técnicas recorrentes adotadas pelas operadoras de planos de saúde têm o objetivo de adiar ou impossibilitar o acesso dos beneficiários ao sistema de

saúde suplementar. Nessa perspectiva, Pereira e Silvestre (2009) chamam a atenção para a premissa de que é fundamental um melhor controle do uso de recursos pelo setor privado, pois se percebe que a obtenção de resultados financeiros faz parte de seus objetivos, o que, porventura, pode levar ao racionamento no acesso aos procedimentos.

Nessa condição, ao observar as demonstrações contábeis, atinge um valor significativo ao incorporar-se aos indicadores financeiros, fundamentais para mensurar a efetividade das reservas e o resultado das práticas vigentes na segurança e nos encargos pósteros das operadoras (Padoveze, 2010), já que, além de formarem uma boa quantidade de informações acerca da organização, os indicadores financeiros evidenciam-se como instrumentos fundamentais para examinar a atuação e analisar a sustentabilidade e a solvência das operadoras, mostrando visões importantes sobre a gestão das reservas e o equilíbrio econômico (Regert *et al.*, 2018).

Diante do exposto, Martinez (2018) aponta que, ao examinar os princípios legais e o regime regulatório do setor, termina ajudando, também, como um ponto de partida para investigações acadêmicas adicionais, permitindo um aperfeiçoamento da regulação atuarial e comprovando a questão da regulação como um modelo de normatização.

O trabalho buscou trazer contribuições ao evidenciar como a gestão de reservas é um ponto-chave dentro da lógica da regulação atuarial, no intuito de contribuir para o conhecimento, trazendo elementos adicionais para melhorar a compreensão da temática abordada. A leitura crítica dos indicadores mostrados pode servir de base para gestores e reguladores na tomada de decisões mais sensatas, sempre com foco no equilíbrio do setor e na proteção dos usuários.

Assim, apoiado na análise dos indicadores financeiros, foi viável disponibilizar auxílio tanto para beneficiários de planos de saúde quanto para os encarregados, apontando a saúde financeira das operadoras e apoiando as tomadas de decisões acerca dos planos e práticas de gestão. Para a academia, o estudo pode servir como um estímulo para investigações mais aprofundadas sobre a relação entre práticas financeiras e regulação atuarial.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Esta seção dedica-se ao estudo do referencial teórico, que busca apresentar o cenário e os princípios básicos que contribuem com base teórica para a pesquisa. Para isso, o tópico tem quatro subdivisões evidenciadas através dos Planos de Saúde, Reservas, Regulação e Estudos Anteriores.

2.1 PLANOS DE SAÚDE E OS BENEFICIÁRIOS

A saúde ajuda a evolução econômica e social, já que favorece não somente o exercício dos direitos humanos, mas engloba um complicado encadeamento de bens e serviços de alta tecnologia (Pimentel *et al.*, 2012). No Brasil, o sistema de saúde contém o SUS, que tem a universalidade como base, cobrindo todas as pessoas que precisam de atendimento, e as operadoras de planos de saúde, direcionadas às pessoas que as contratam e fazem o uso de uma rede de prestadores de serviços predominantemente privados (Flávio *et al.*, 2021).

Esse mercado de saúde privado é constituído por seguradoras, empresas de medicina de grupo, cooperativas médicas e entidades de autogestão que operam como terceiros pagadores concedendo planos pré-pagos (Ocké-Reis; Andreazzi; Silveira, 2006) quem têm a ANS como agência reguladora. Nesse ramo de Planos de Saúde operam diversos grupos econômicos, empresas que intervêm em outras de forma jurídica e registro individual junto à ANS. Determinados grupos corporativos estão no auge a contar do início dos anos 2000, como a SulAmérica, Bradesco, Amil, Unimed e Notre Dame (Salvador *et al.*, 2020).

Para regular o sistema de saúde suplementar no Brasil, foi criada a ANS, que, desde a sua criação, encara desafios na garantia do acesso à saúde. Além disso, a ANS está objetivando a qualidade, o que compreende políticas e ações que têm em vista melhorar as relações contratuais e regulatórias, buscando o contentamento dos

beneficiários (Silva Júnior *et al.*, 2008). A ANS atua como reguladora e fiscalizadora do setor para proteger os interesses dos consumidores (“26 anos da Lei dos Planos de Saúde”, 2024).

Assim, para que o beneficiário fosse atendido, foi formado um rol de procedimentos e eventos como ferramenta de fiscalização da ANS, que é uma lista taxativa definida pela lei e não pode ser ampliada por interpretação judicial (Superior Tribunal de Justiça, 2022). O rol de procedimentos estabelece a cobertura mínima obrigatória e garante que os princípios sejam baseados em indícios científicos, ajudando os consumidores de interesses econômicos na assistência médico-hospitalar.

A despeito da regulamentação, para Macedo e Albuquerque (2011), os beneficiários de planos de saúde suportam dificuldades como negativas de cobertura para tratamentos fundamentais, longos períodos de espera e a ausência de profissionais credenciados em alguns lugares. Essas dificuldades influenciam de modo direto na saúde dos usuários, fazendo muitos recorrerem ao SUS ou à via judicial para garantir seus direitos (Kozan; Magalhães, 2022).

Outro ponto que atinge o beneficiário refere-se ao crescimento regular das mensalidades, acima da inflação, implicando no orçamento e causando desgosto dos beneficiários, fazendo com que cancelem contratos, tendo em vista que a ausência de clareza nos reajustes e exclusões de cobertura também afeta a confiança dos usuários nos planos de saúde (Macedo; Albuquerque, 2011).

Ademais, apesar da atuação da ANS sobre o mercado de saúde, as operadoras continuam sendo acionadas em virtude de queixas no atendimento ou na ausência deles, que, em alguns casos, são considerados abusivos, como apontam Andrade, Maia e Rodrigues (2013). Os autores relatam que os beneficiários processam planos de saúde por contratos indevidos, com restrições de cobertura, acesso a serviços, aumentos de preços e interrupção de tratamentos.

Evidencia-se que, independentemente das melhorias na regulamentação, as reclamações dos usuários ocorrem desde a década de 1980 (Trettl, IDEC - Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor - Especial Saúde 2, 2006). Antes da Lei 9.656 do ano de 1998, os planos de saúde possuíam regras restritivas e algumas empresas desapareciam. Com a Lei 9.656 e a regulação da ANS, foram garantidos

períodos de internação, carência padronizada e coberturas mínimas obrigatórias. Assim, aliado à regulação da ANS, Sisson *et al.* (2011) apontam a satisfação dos usuários como uma medida significativa para ações de estruturação, gestão, monitoramento e avaliação das prestadoras de serviços de saúde, colaborando no desenvolvimento do nível de qualidade dos serviços prestados.

2.2 REGULAÇÃO

Em território brasileiro, o mercado de saúde suplementar é um recorte do sistema de assistência à saúde, que se encontra sob encargo do setor privado, mas sob a supervisão estatal por meio de regras regulatórias e política de proteção da concorrência (CADE, 2021).

A regulação se apresentou adequada no sentido do encorajamento de novas práticas assistenciais, considerando o avanço da saúde e incluindo ferramentas de avaliação de qualidade (Santos; Malta; Merhy, 2008), já que uma regulamentação inapropriada pode acarretar sérios danos aos consumidores (Alves, 2016). Assim, tanto o SUS quanto a ANS desempenham várias ocupações cujo objetivo é regular as diversas organizações de saúde no Brasil. No meio das perspectivas que precisam ser encaradas na análise regulatória, ressalta-se o econômico-financeiro (Magalhães, 2015; Xavier, 2017).

No Brasil, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é o órgão que tem como responsabilidade a regulação e fiscalização das operadoras de planos de saúde (OPS), possuindo, como propósito, a proteção dos interesses públicos, colaborando com as atividades de saúde no país (ANS, 2020). Evidencia-se a necessidade da regulação, tendo em vista os seus fins. Em outros países, como nos EUA, a regulação é capaz de se modificar consideravelmente entre os estados e não existe uma instituição principal que supervisione o ramo da saúde, podendo acabar em falhas regulatórias e na inexistência de uma supervisão competente, sendo capaz de prejudicar a qualidade dos serviços de saúde (Serapioni, 2019).

Além da regulação e das adversidades enfrentadas pelas organizações de saúde no Brasil atualmente, Varella e Ceschin (2014) apontam que tal cenário tende

a agravar caso essas organizações e os órgãos reguladores não alterem sua conduta. Tendo em vista que o Brasil vem vivenciando o aumento no número de usuários, o número de OPS vem caindo ano após ano.

Nessa perspectiva, Bragança (2017) aponta que a regulação da ANS acerca das operadoras tem reduzido regularmente o número dessas organizações no mercado brasileiro, gerando um meio conveniente à criação de um possível oligopólio. Em concordância, Alves (2015), Ferreira (2020) e Ocké-Reis (2007) apontam que a disputa, especialmente a econômica, tem indicado que esse setor dispõe de um mercado centralizado categoricamente, com diversos lapsos concorrenciais e de perfil oligopolista. Apesar dessa redução no número de OPS, o Brasil tem o segundo maior sistema de saúde privado do mundo (Andrade *et al.*, 2015).

Apesar da representatividade mundial, a regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é limitada, tendo em vista somente a proteção dos segurados com normas mínimas, sem refletir sobre a isonomia e a justiça social. Independentemente do financiamento estatal aos planos de saúde, esse suporte favorece especialmente as classes mais ricas, fazendo com que a desigualdade aumenta no setor de saúde no Brasil (Serapioni, 2019).

Diante deste cenário e por uma estrutura normativa, a ANS procura dispor as preferências das operadoras de saúde com as buscas dos consumidores, determinando um ambiente mais claro e regulado (ANS, 2020). Isso engloba medidas de controle tanto do ponto de vista econômico-financeiro quanto assistencial, para proporcionar um equilíbrio maior no setor (Pereira; Santos, 2020). Contudo, muitas operadoras têm sofrido com as dificuldades para se enquadrar nessa nova situação regulatória, o que é capaz de esclarecer a diminuição de seu número no mercado, conforme o que foi apontado por Bragança (2017).

2.3 RESERVAS

O ato de constituir uma reserva financeira é essencial para o desenvolvimento sustentável dos planos de saúde, principalmente em períodos de inconstância

econômica (Vieira *et al.*, 2017). Para Souza (2023), a reserva de uma organização é um montante mantido para tratar de eventualidades financeiras, como quedas incomuns na receita, despesas emergenciais ou crises financeiras. As reservas financeiras empresariais ajudam a enfrentar contingências e financiar possíveis estratégias, favorecendo a saúde financeira da organização. Elas agem como um “colchão financeiro”, assegurando estabilidade (Carvalho, 2023).

A necessidade de constituição de reservas está relacionada a qualquer feito pertinente à gestão financeira que exige planejamento para haver o desenvolvimento organizacional (Souza, 2023). Trata-se da designação de metas próprias para a constituição e aperfeiçoamento das reservas, bem como da estratégia para alcançá-las, moderando as atividades de maneira que, caso necessário, seja capaz de corrigir e começar um novo planejamento (Fábio; Teixeira; Pessoa, 2017). Esse planejamento deve englobar análises de situações, possibilitando um melhor alinhamento que testifica a segurança da organização diante de contingências (Carvalho, 2023).

Para realizar a reserva, faz-se necessária a análise financeira, que é um instrumento fundamental para agentes, assim mostrando que as observações vão além das fórmulas (Silva, 2024). Ela auxilia a examinar o cenário econômico da empresa, relacionando índices com bases históricas e de outras empresas do mesmo setor. Associada à avaliação dos riscos, essa análise possibilita que a organização adeque suas reservas em serviço da instabilidade do mercado, favorecendo a proteção e a exploração de oportunidades de investimento para um crescimento sustentável (Brealey; Myers; Allen, 2013).

Além do planejamento organizacional, faz-se necessária uma análise de riscos para reconhecer possíveis situações que sejam capazes de abalar a saúde financeira. Segundo Gitman (2010), essa avaliação possibilita que a empresa adapte suas reservas conforme a volatilidade do mercado, permitindo que elas não apenas se protejam, mas também facilitem o proveito de oportunidades de investimento para um desenvolvimento sustentável.

Assim, a alocação dos recursos na reserva pode ser utilizada no mercado financeiro, onde as taxas de juros excedem constantemente a rentabilidade de investimentos diretos nos serviços de saúde (Kramer e Stormowski, 2023). Isso não

somente disponibiliza uma estabilidade mais eficiente, mas também robustece a segurança financeira do plano (Alves, 2016). Logo, compreender a gestão das reservas é primordial para garantir a resistência e a competitividade no mercado.

Na situação dos planos de saúde, as reservas atuariais têm como função principal a sustentabilidade financeira das operadoras. As reservas atuariais são valores definidos através de cálculos matemáticos e estatísticos, buscando possibilitar o pagamento por vindouro das despesas assistenciais dos beneficiários (ABRAMGE, 2023). Essas reservas são exigidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para atestar que as operadoras sejam capazes de cumprir seus compromissos com os segurados, incluindo em contexto de alta demanda por serviços médicos (ANS, 2020).

Diante de algumas reservas atuariais, ressaltam-se a Reserva de Risco, que cobre sinistros já ocorridos, mas ainda não pagos, e a Reserva de Prêmios Não Ganhos, que diz a respeito aos valores pagos previamente pelos usuários e que ainda não foram usados na prestação de serviços de saúde (SUSEP, 2021). Uma gestão adequada dessas reservas é fundamental para evitar defasagens financeiras e garantir a continuidade dos planos de saúde, salvaguardando riscos de insolvência das operadoras (Carvalho, 2024).

Nessa perspectiva, Santana (2021) complementa, apontando que a reserva de emergência em uma organização é uma economia para se resguardar de despesas fixas em circunstâncias imprevistas, assegurando a ininterrupção das operações. Além disso, a organização deve ter recursos suficientes para despesas diárias, garantindo liquidez para honrar com os compromissos, como salários e fornecedores. Reservas de investimento, por sua parte, facilitam o aproveitamento de oportunidades de desenvolvimento e expansão (Málaga, 2019).

2.4 INDICADORES

Os indicadores geram dados sobre sistemas sociais, econômicos e financeiros, proporcionando a análise de predisposições e decisões informadas. Os indicadores financeiros são necessários para avaliar a saúde econômica da

organização, reconhecer possibilidades de melhorias e conduzir para melhor estratégia de gestão (Veleva & Ellenbecker, 2001). Eles apontam o cenário econômico, financeiro e patrimonial da organização, compreendendo as óticas de liquidez, endividamento, alavancagem e margem (Silva, 2019). Essas análises são fundamentadas em informações extraídas da Demonstração do Resultado do Exercício (DRE) e do Balanço Patrimonial (Assaf Neto, 2020).

Nessa situação, ressaltam-se os indicadores de margem de solvência, provisão técnica e índice de solvência geral, que examinam a análise financeira de maneira mais aprofundada ao avaliar a capacidade da organização de cumprir com suas obrigações e manter o equilíbrio (Silva, 2019). A margem de solvência representa a segurança financeira da organização ao amparar riscos e imprevistos, enquanto a provisão técnica garante recursos para obrigações futuras, como sinistros ou benefícios. Já o índice de solvência geral fornece um ponto de vista mais amplo da competência da organização de liquidar suas obrigações com os ativos disponíveis (Ribeiro, 2013).

Além dos indicadores citados, outros componentes financeiros são importantes para realizar uma análise da situação da empresa. São os índices de rentabilidade, como o Retorno sobre o Ativo (ROA) e o Retorno sobre o Patrimônio Líquido (ROE), que determinam a eficiência da organização em constituir lucros em conexão aos seus ativos e ao capital dos investidores (Lima e Miranda, 2017). Esses índices mostram insights sobre a performance operacional e a habilidade da empresa de agregar valor aos acionistas.

Outro indicador que pode ser utilizado é a análise dos índices de liquidez, que avaliam a competência de curto prazo da organização para honrar suas obrigações financeiras (Cristina, *et al.*, 2014). Já o índice de liquidez corrente mensura a relação entre os ativos circulantes e os passivos circulantes, e o índice de liquidez imediata verifica a flexibilidade de recursos imediatamente realizáveis, como caixa e equivalentes (Forlan; José; Reis, 2018).

Complementando, têm-se os indicadores de eficiência operacional, como o giro do ativo e a relação entre despesas administrativas e receitas operacionais, que apontam a eficácia da organização em usar seus recursos para fazer receita e examinar seus custos (Barbosa; Souza; Ribeiro, 2021).

Juntos, esses indicadores não apenas se complementam na análise financeira, mas também podem assegurar a sustentabilidade e a confiança da empresa diante dos investidores, reguladores e outras partes interessadas (Bruni, 2014).

2.5 ESTUDOS ANTERIORES

A regulação atuarial nos planos de saúde busca assegurar a solvência e a proteção financeira dos beneficiários. Alguns estudos têm desenvolvido pesquisas sobre como as normas regulatórias e metodológicas influenciam a eficiência e a eficácia das operadoras de planos de saúde.

Nessa perspectiva, Xavier (2017) verificou a capacidade econômico-financeira das operadoras de planos de saúde fazendo o uso da Análise Envoltória de Dados (DEA) e investigando distintos grupos, como Autogestão e Medicina de Grupo, no período entre 2010 e 2015. Seu trabalho evidenciou que o rendimento das operadoras muda conforme o grupo e com as autogestões, mostrando o melhor resultado por motivo de apresentar os menores custos administrativos ao mesmo tempo em que os outros grupos apresentaram maior alteração no rendimento.

Hashimoto (2010) apontou a capacidade técnica das operadoras no Brasil da mesma forma, também fazendo o uso da DEA. Seu estudo apresentou como a eficiência das operadoras é impactada pela categoria e pela região, com divergências importantes na eficiência assistencial e administrativa. O trabalho evidenciou o desenvolvimento da regulação no setor de saúde suplementar a partir da formação da ANS, apresentando a influência das reformas a respeito das despesas administrativas mais do que sobre a eficiência total.

Sampaio *et al.* (2009) fizeram um estudo minucioso da eficiência das operadoras, fazendo o uso da DEA e de metodologias de categorização para analisarem dados contábeis e indicadores financeiros. O trabalho constatou que as operadoras de grande porte são mais eficientes e que há carência de uma regulação

mais elaborada para esquivar-se de insolvências e trazer uma melhora para a gestão do setor.

Em seu estudo, Costa (2008) discutiu a repercussão das reformas regulatórias e a formação de agências independentes, como a ANS, na eficiência dos setores públicos. No seu trabalho, destacou que a regulação é essencial para aprimorar a concorrência e a eficiência, mas também mostrou os desafios, como a regulação do tipo de cada serviço e a carência de um equilíbrio entre a entrada e a saída de empresas no mercado.

Essas pesquisas estabelecem uma base para entender o avanço das normas regulatórias, o êxito dos cálculos de reserva e as causas que impactam a competência das operadoras. Elas enfatizam a necessidade de aprimorar os modelos de reserva e políticas regulatórias a fim de proporcionar maior segurança e eficiência no setor de saúde suplementar. Já o presente estudo buscou analisar, através dos indicadores financeiros, como a regulação atuarial influencia os padrões de reserva das operadoras de planos de saúde, apontando as consequências e buscando adicionar conhecimento à literatura existente.

3 METODOLOGIA

Esta seção expõe o planejamento da pesquisa e as características referentes à metodologia aplicada a este estudo, objetivando o alcance das metas propostas. Dessa maneira, nas categorias seguintes, são exibidos os procedimentos utilizados na coleta e análise dos dados e o universo da pesquisa.

3.1 TIPOLOGIA DA PESQUISA

Essa pesquisa faz uso de uma abordagem quantitativa, tendo em vista que as pesquisas quantitativas são estudos em que as bases e constatações podem ser mensuradas e quantificadas. Os dados que foram levantados são organizados, selecionados e submetidos a tratamentos por técnicas e/ou testes estatísticos (Martins; Theóphilo, 2009). No caso do estudo, os dados numéricos foram levantados nos relatórios das empresas onde foram feitos os cálculos de cada indicador descrito no item 3.4.1 deste tópico.

Quanto aos objetivos, a pesquisa foi classificada como descritiva, já que a pesquisa descritiva objetiva compreender o cenário estudado e seus aspectos (Zanella, 2011). Assim, a pesquisa buscou descrever os resultados obtidos dos cálculos dos índices dos fenômenos que foram estudados.

No que se refere aos procedimentos, o estudo se classifica como documental. Esse tipo de pesquisa tem como característica a utilização de documentos como base para levantar os dados necessários para realizar a pesquisa. Tais documentos

podem ser diários, documentos arquivados ou disponibilizados em sites, e gravações, entre outros (Martins; Theóphilo, 2009). No caso do estudo, foram levantados os relatórios das empresas objeto da pesquisa, de onde foram tirados os dados necessários para atingir os objetivos traçados.

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

As organizações selecionadas retratam variados modelos de negócios. Essa escolha possibilita uma análise das técnicas financeiras e operacionais usadas no setor. A seleção e o corte temporal 2018 a 2023 da pesquisa também se fundamentam na disposição dos dados financeiros, o que assegura a idoneidade dos resultados. A amostra foi formada por operadoras de autogestão, cooperativas médicas e seguradoras descritas no Quadro 1.

Quadro 1 - Características das operadoras selecionadas para o estudo

Operadora	Modelo de Negócio	Endereços Eletrônicos
Unimed	Cooperativa Médica	https://www.unimed.coop.br/site/transparencia-relatorios
Bradesco Saúde	Seguradora	https://www.bradescoseguros.com.br/clientes/institucional/demonstrativos-financeiros
Notredame Intermédica	Gestão de Saúde	https://www.gndi.com.br/institucional/demonstrativos-financeiros
Amil	Gestão de Saúde	https://institucional.amil.com.br/demonstrativos-financeiros
SulAmérica	Seguradora	https://portal.sulamericaseguros.com.br/institucional/demonstracoes-financeiras/
Porto Seguro	Seguradora	https://ri.portoseguro.com.br/informacoes-aos-acionistas

(PortoMed)		as/demonstracoes-financeiras-por-empresa/
ASSIM	Gestão de Saúde	https://assim.com.br/site/?area=informacoes-financeiras
Allianz	Seguradora	https://www.allianz.com.br/sobre-allianz/demonstracoes-financeiras.html
Hapvida	Gestão de Saúde	https://www.hapvida.com.br/site/demonstracoes-financeiras
Sompo Saúde Seguros S.A.	Seguradora	https://sompo.com.br/demonstracoes-financeiras/

Fonte: Dados da Pesquisa (2025).

O quadro 1 aponta que, de acordo com os dados financeiros disponibilizados em seus próprios portais, essas operadoras são de diferentes portes e segmentos. Além disso, segundo a Valor 1000 (2024), essas operadoras apresentaram destaque no mercado brasileiro e algumas delas possuem mais de 2 milhões de beneficiários cada (Benefícios RH, 2024), o que corroborou para expandir a legitimidade dos dados coletados.

Com base em dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), atualizado em agosto de 2024, existem 669 operadoras médico-hospitalares no Brasil. Assim, as 10 operadoras selecionadas para este estudo, descritas no Quadro 1, corresponderam a cerca de 1,49% do total de 669 operadoras médico-hospitalares no Brasil, específicas desse universo.

3.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

De acordo com Aragão *et al.* (2017), a determinação da ferramenta de coleta de dados dependerá das metas que se espera alcançar com o estudo e do cenário a ser pesquisado. Logo, a coleta de dados deste estudo teve como base os demonstrativos financeiros das operadoras de planos de saúde coletados dos seus próprios sites, descritos no tópico 3.2. Esses documentos forneceram informações a

respeito dos ativos, passivos, reservas e indicadores financeiros necessários para a análise. Os demonstrativos utilizados seguem descritos no Quadro 2.

Quadro 2 – Demonstrativos financeiros

Demonstrativo	Definição	Fonte
Balanço Patrimonial	Mostra o cenário econômico da operadora em uma conjuntura específica, analisando ativo, passivo e patrimônio líquido.	Ribeiro (2013)
Demonstração de Resultados	Apresenta a evolução econômica da operadora em um dado momento, descrevendo receitas, custos e despesas.	Sande (2020)
Demonstração do Fluxo de Caixa	Aponta as movimentações, entradas e saídas, sendo fundamental para examinar a liquidez e a capacidade de cumprir com suas obrigações de curto prazo.	Chagas (2019)
Notas Explicativas	Geram informações extras acerca de procedimentos contábeis, provisões e contingências, ajudando da melhor forma no entendimento dos demonstrativos financeiros.	Padoveze (2017)

Fonte: Dados da Pesquisa (2025).

O Quadro 2 resume os demonstrativos financeiros usados na pesquisa, evidenciando seu significado, suas e fontes correspondentes. De cada demonstrativo exposto no Quadro 2, foram retirados os dados que atendessem os critérios do estudo. Assim, o Balanço Patrimonial foi utilizado para examinar a solvência da operadora, à medida que a Demonstração de Resultados possibilitou avaliar a rentabilidade e a margem de solvência. Já a Demonstração do Fluxo de Caixa foi utilizada para analisar a liquidez e a capacidade da empresa de honrar com seus compromissos. Por último, as Notas Explicativas que colaboraram para um melhor entendimento dos padrões contábeis seguidos, assegurando a tendência de uma leitura mais consistente dos índices financeiros.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Com base nos dados obtidos, estes foram tratados descritivamente e confrontados para uma análise comparativa. Conforme apontado por Fachin et al. (2017), essa análise examina e esclarece acontecimentos, investigando suas compatibilidades e divergências. Esse método normalmente trata duas séries ou eventos compatíveis de distintos âmbitos sociais, ou extensões do conhecimento a fim de apontar o que é normal entre eles. Na situação deste estudo, a análise foi empregada às operadoras escolhidas, com o intuito de examinar as práticas financeiras utilizadas na formação de reservas e reconhecer o impacto da regulação na solvência e continuidade dos serviços.

3.4.1 Indicadores

Os indicadores selecionados para a análise financeira utilizados foram: Índice de Solvência, Margem de Solvência e Provisão de Contingência. Esses indicadores foram mensurados com base nos dados alcançados e relacionados entre as operadoras para determinar eficiência econômica e capacidade de solvência.

3.4.1.1 Índice de Solvência Geral (ISG)

Segundo Silva (2019), o Índice de Solvência Geral aponta a capacidade de a organização honrar seus compromissos financeiros, estudando o grau de garantia que seus ativos totais fornecem para o pagamento de suas obrigações. Esse índice pondera não somente os recursos líquidos, mas também os ativos imobilizados.

A fórmula usada para a solvência geral é:

$$\text{Solvência Geral} = \frac{\text{Ativo Total (01)}}{\text{Passivo Exigível} + \text{Passivo Exigível em Longo Prazo}}$$

$$\text{Passivo Exigível} + \text{Passivo Exigível em Longo Prazo}$$

Este indicador determina se a organização dispõe de ativos necessários capazes de cobrir seus passivos. Um índice maior que 1 aponta que a organização é solvente. Assim, possui meios para honrar com suas dívidas. Em contrapartida, um

índice menor que 1 pode apontar alguns problemas financeiros. Portanto, o grau de solvência ajuda a compreender a saúde financeira da organização.

3.4.1.2 Margem de Solvência

A margem de solvência das operadoras de planos de saúde é regida pela Resolução Normativa (RN) 209/2009 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Essa margem ajuda a assegurar que a operadora tenha capacidade financeira para cumprir seus compromissos com os usuários (ANS, 2017). O cálculo trabalha na apuração de dois valores. O que for maior entre eles é escolhido para avaliar a capacidade de suficiência patrimonial. Os dois métodos determinados pela normativa são:

- **Primeiro Método:** A margem é alcançada através da multiplicação 0,20 pela soma das receitas atingidas nos últimos 12 meses, correspondendo a 100% das contraprestações derivadas de contratos com valores preestabelecidos e 50% das contraprestações derivadas de contratos com valores pós-estabelecidos.

$$\text{MS1} = 0,20 \times (100\% \text{ das contraprestações preestabelecidas} \\ + 50\% \text{ contraprestações pós-estabelecidas}) \text{ (02)}$$

- **Segundo Método:** neste cálculo, faz-se uso da média anual dos valores pagos com eventos assistenciais durante os últimos 36 meses, correspondendo a 100% dos eventos em contratos com valores preestabelecidos e 50% dos eventos em contratos com valores pós-estabelecidos. A média anual alcançada é multiplicada por 0,33.

$$\text{MS2} = 0,33 \times (100\% \text{ dos eventos preestabelecidos} + 50\% \text{ eventos pós-estabelecidos}) \text{ (03)}$$

- **Margem Final:** a margem de solvência que será considerada será a que obtiver o maior valor entre os dois cálculos.

$$\text{MS} = \max (\text{MS1}, \text{MS2}) \text{ (04)}$$

A margem de solvência, orientada pela RN 209/2009 da ANS, analisa a situação financeira das operadoras para honrar com seus compromissos. O cálculo julga dois métodos: um com base nas receitas dos últimos 12 meses e outro nos eventos assistenciais dos últimos 36 meses. O valor superior entre eles define a margem final, garantindo a competência patrimonial das operadoras.

3.4.1.3 Provisão de Contingência

Ribeiro (2013) explica a provisão como um passivo de prazo ou valor indefinido, destacando que o passivo contingente é uma obrigação provável decorrente de eventos passados e sujeito a eventos futuros. Ele nota que passivos contingentes não são aferidos se a saída de recursos não for possível ou não puder ser calculada de maneira segura, apontando a conexão inerente entre provisões e passivos contingentes nas imprecisões econômicas. Ela deve ser validada se houver uma obrigação atual, se for possível uma saída de recursos e se a importância puder ser reconhecida.

A Provisão de Contingência é calculada seguindo a fórmula:

$$\text{Provisão de Contingência} = \text{Estimativa de Perdas} \times \text{Probabilidade de Ocorrência (05)}$$

Para cada operadora selecionada, foi aplicada uma análise das prováveis perdas relacionadas aos passivos contingentes apresentados nos relatórios financeiros. Depois disso, foram incumbidas estimativas de perdas com base nas informações históricos e projeções disponíveis, além de calcular a possibilidade de ocorrência desses passivos. Esses valores foram examinados em conjunto com os dados financeiros fornecidos pelas operadoras, conforme descrito no Quadro 1.

Os dados coletados foram ordenados e dispostos em planilhas, buscando evidenciar uma análise mais eficaz e assertiva. Em seguida, esses dados foram analisados e verificados através do Excel®, o que possibilitou a realização dos cálculos e aplicação das funções para reconhecer padrões e tendências das empresas utilizadas neste estudo.

A determinação dos critérios de categorização por nível de normalização teve como suporte a análise comparativa entre operadoras, levando em consideração três indicadores regulatórios, de acordo com o que é definido pelas normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

O primeiro indicador é o Índice de Solvência Geral (ISG), que mostra a capacidade da operadora no longo prazo de conservar sua saúde financeira, através da ligação entre o patrimônio líquido ajustado e suas obrigações. O segundo é a Margem de Solvência (MS), mencionada na Resolução Normativa n.º 209/2009, que investiga se a operadora tem capital suficiente à disposição para cobrir os riscos derivados de suas atribuições, desde a análise dos componentes MS1, MS2 e da margem final. O terceiro indicador é a Provisão de Contingência, imposta pela RN n.º 393/2015, que reflete a reserva determinada a resguardar passivos voláteis, em particular os de natureza judicial ou regulatória. A partir do comportamento das operadoras nesses três indicadores, foram estipulados os níveis de normalização apresentados no Quadro 3 que constituem o Quadro 7– Escala de Normalização.

Quadro 3 – Descrição de critérios de normalização

Nível de Normalização	Descrição dos Critérios
Alto	Índice de Solvência Geral (ISG) frequentemente superior a 1,5; Margem de Solvência (MS) em plena analogia com a RN n.º 209/2009; Provisão de Contingência (PC) em crescimento e de acordo com o porte da operadora e sua vulnerabilidade a riscos.
Médio-Alto	ISG perto ou parcialmente acima de 1,0, com pequenas variações; MS normalmente apropriada, com possíveis lapsos pontuais; PC presente e razoavelmente estruturada, ainda que com oscilações.
Médio	ISG oscilante ou constantemente perto de 1,0; MS com habituais imprecisões ou valores próximos do mínimo imposto; PC presente, mas com desenvolvimento limitado ou desequilibrado ao risco.
Médio-Baixo	ISG abaixo de 1,0 em vários períodos; MS constantemente desequilibrado ou com inadimplência parcial das condições; PC insatisfatório diante do perfil de risco e tamanho da operadora.
Baixo	ISG avariado bem abaixo de 1,0; MS em incompatibilidade com a norma, com

	falta de cobertura mínima; PC subdimensionado ou nulo.
--	--

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

3.5 TRATAMENTO DOS DADOS

O tratamento dos dados foi preparado com o propósito de estruturar e alinhar as informações coletadas para o estudo, fazendo o uso do Excel® para a disposição eficiente dos dados financeiros retirados dos demonstrativos das operadoras de planos de saúde. No primeiro momento, os dados financeiros foram coletados pontualmente dos sites das operadoras de planos de saúde listadas no Quadro 1, e ordenados em planilhas do Excel®, onde cada indicador dispunha da sua própria aba, na qual os dados relativos a cada operadora foram introduzidos. Cada planilha foi organizada para incluir as informações financeiras relevantes e necessárias para a análise, como dados do Balanço Patrimonial, Demonstração de Resultados, Demonstração do Fluxo de Caixa e Notas Explicativas.

Os dados analisados foram extraídos dos demonstrativos financeiros referentes ao período de 2018 a 2023, conforme o recorte temporal definido para a pesquisa. Para garantir a confiabilidade das informações, foi realizada uma checagem de consistência, revisando possíveis valores fora do padrão ou erros de digitação. Quando foram encontradas inconsistências, elas foram corrigidas com base nas informações originais disponíveis nos próprios demonstrativos.

Com os dados ordenados, foram feitos os cálculos dos indicadores financeiros diretamente no Excel®, fazendo o uso das fórmulas matemáticas explicitadas nos itens do tópico 3.4.1 para o Índice de Solvência Geral (ISG), Margem de Solvência e Provisão de Contingência, sendo empregados em cada operadora para alcançar os valores dos indicadores por ano e viabilizar a análise comparativa. Depois do alcance dos valores dos indicadores, foi elaborada uma análise introdutória dos dados, apontando prováveis divergências entre os valores obtidos, e examinando as razões de valores discrepantes ou com alta mutabilidade, como variações contábeis ou mudanças na metodologia das operadoras.

4 RESULTADOS

Nesse tópico, serão expostos os resultados obtidos com os dados coletados das OPS, iniciando com o Índice de Solvência Geral (ISG) das 10 operadoras de planos de saúde selecionadas, referente ao período de 2018 a 2023. Esse índice mostra a conexão entre ativos e passivos das operadoras, neste indicador evidencia-se a capacidade da operadora para realizar seus compromissos financeiros, assim, valores maiores que 1 (um) apontam solvência. Durante a análise das oscilações ao longo dos anos é possível observar as tendências de robustecimento ou enfraquecimento da saúde financeira (Silva, 2019). Os resultados do estudo estão expostos no Quadro 4.

Quadro 4 - Índice de Solvência Geral (ISG) das operadoras de planos de saúde

Empresa	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Tendência Geral
SulAmérica	2,085	1,956	2,863	2,715	2,733	2,533	Apresentou uma melhora em 2020, solidez desde 2021 e uma leve queda em 2023.
Amil	2,597	2,689	2,708	2,834	2,713	2,276	Constante até 2021, com reduções moderadas desde 2022, e uma redução mais consistente em 2023.

Hapvida	2,525	2,521	2,870	4,124	3,594	2,214	Evolução até 2021, acompanhado de quedas consecutivas em 2022 e 2023 — ainda solvente, porém em observação.
NotreDame	1,839	1,873	2,035	1,914	1,632	2,119	Evolução até 2020, diminuição em 2022 e uma recuperação representativa em 2023.
Portomed	1,800	1,776	1,731	1,818	2,120	1,904	Constante até 2021, forte crescimento em 2022 e uma queda em 2023.
Unimed	2,711	2,987	1,545	1,575	1,568	1,571	Diminuição severa em 2020, permanecendo nesse padrão, sem apresentar alguma melhora.
Bradesco	1,690	1,686	1,595	1,528	1,516	1,552	Queda contínua entre 2018-2022 e uma sutil melhora em 2023, quando comparado a 2022.
ASSIM	1,576	1,682	1,678	1,729	1,660	1,410	Equilibrada até 2021, com diminuição mais considerável em 2023.

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

As operadoras de planos de saúde, como ASSIM e Hapvida, mostraram quedas relevantes em seus resultados financeiros, apontando prováveis apertos financeiros. Essas quedas podem estar associadas a razões como o crescimento nas despesas com atendimento médico, alta inflação de custos operacionais e problemas na gestão de reajustes de planos, de acordo com o que foi informado nas notas explicativas dessas empresas. Por outro lado, a NotreDame indicou uma recuperação em 2023, após atender a um problema financeiro em 2022, o que pode ser incumbido à adaptação a algumas transformações no mercado e parâmetros corretivos adotados em resposta a demandas regulatórias e de gestão interna.

A SulAmérica e a Portomed mantiveram uma certa estabilidade financeira ao longo do período analisado, com algumas variações pontuais, mas sem grandes

oscilações. Esse comportamento pode estar relacionado a um controle mais eficiente dos custos e a uma boa adaptação às normas da ANS, que têm impacto direto no setor. A regulação da ANS estabelece critérios de solvência justamente para garantir que as operadoras mantenham um equilíbrio financeiro e ofereçam segurança aos beneficiários, exigindo o cumprimento de índices mínimos de liquidez e patrimônio compatíveis com os riscos que cada empresa assume.

Ao examinar os resultados exibidos, observa-se que algumas operadoras conservaram índices de solvência maiores e firmes com o passar dos anos, como SulAmérica e Amil, ao mesmo tempo que outras mostraram quedas significativas, como Hapvida e Unimed, trazendo à tona problemas na adaptação às condições regulatórias. A tendência de certas empresas de reassumir sua estabilidade financeira após períodos de redução infere que a regulamentação da ANS age como promotora de adequações financeiras e operacionais.

De acordo com o que dispõe o Artigo 4.º, § 2.º da RN n.º 209/2009, em caso de não atingimento do valor mínimo exigido do limite financeiro, a empresa deve demonstrar plano de recuperação através de estratégias de capitalização, reformulação de solvabilidade, atualização de prêmios e consolidação do gerenciamento de riscos. Outrossim, a RN n.º 393/2015, que estabelece o regime de direção fiscal, institui formas de intervenção da ANS em condições que demonstram situações de riscos à continuidade da operação, assegurando a função normativa como segurança de estabilidade setorial. Essas determinações regulatórias atuam como margens para a reestruturação da sustentabilidade financeira e manutenção da conformidade. Mesmo assim, a constância de instabilidades em certos casos demonstra a necessidade de monitoramento contínuo, assegurando que as empresas continuem dentro dos padrões determinados, favorecendo a solvabilidade do setor.

Em contrapartida, o Bradesco e a Unimed mostraram decréscimos graduais em seus resultados, sem indícios explícitos de recuperação no curto prazo. O que pode retratar uma série de condições, como a pressão sobre a rentabilidade em virtude do crescimento dos custos com assistência médica ou os impasses em manter a estabilidade financeira perante uma crescente regulação do setor de saúde. Logo, essas empresas precisam analisar essas tendências e adequar suas

técnicas para evitar maiores problemas, já que a ANS, por intermédio de suas normativas, fortalece a relevância do acompanhamento contínuo dos aspectos que afetam o progresso de cada operadora, determinando parâmetros de monitoramento da solvência e requerendo adaptação às exigências regulatórias.

A análise da margem de solvência das operadoras de planos de saúde entre 2018 e 2023 revela as variações na evolução financeira e a competência de cada operadora em cumprir com seus compromissos com os beneficiários. Esses resultados possibilitaram notar a anuência ou a indiferença das operadoras no que se refere às determinações regulatórias definidas pela ANS, principalmente em relação à formação das reservas financeiras determinadas para assegurar a solvência e a ininterrupção dos serviços. Ainda que não tenha sido determinado um critério categórico de grau de conformidade na metodologia, o confronto entre os indicadores financeiros utilizados às operadoras permitiu reconhecer quais operadoras mostraram valores compatíveis com as regras da ANS, como a Resolução Normativa n.º 209/2009, que trata da margem de solvência, e a RN n.º 393/2015, que pede que provisões sejam suficientes para cobrir passivos de natureza incerta.

Assim, a pesquisa constatou condutas que indicam maior ou menor ajustamento com os padrões regulatórios, sem conceder classificações de conformidade formais. O estudo desses indicadores possibilitou compreender que parte das operadoras exibiu reservas adequadas com os padrões normativos determinados pela ANS, em particular no que diz respeito à margem de solvência e à provisão de contingência.

Operadoras como Amil, NotreDame e Bradesco apresentaram a formação de reservas dentro dos parâmetros definidos pelas resoluções RN n.º 209/2009 e RN n.º 393/2015, indicando alinhamento com os critérios regulatórios. Por outra perspectiva, operadoras como Sampo e ASSIM exibiram variações ou valores inferiores ao que se era esperado, o que pode apontar risco de inadimplência parcial das condições regulatórias e comprometer o equilíbrio financeiro dessas entidades. O Quadro 5 mostra os valores da margem de solvência de 10 operadoras de planos de saúde, possibilitando examinar as tendências, variações e prováveis períodos de equilíbrio ou desequilíbrio financeiro.

Quadro 5 - Margem de solvência das operadoras de planos de saúde (em milhões de R\$)

OP/Ano	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Bradesco	5,12	5,60	5,79	5,71	9,07	10,35
Amil	5,92	6,39	5,29	6,13	6,19	6,90
NotreDame	1,34	1,59	2,06	2,84	3,27	3,43
Hapvida	1,09	1,36	1,28	1,84	2,51	2,78
Unimed	-	-	861,27	1,08	1,28	1,53
ASSIM	366,28	406,47	466,52	505,28	484,15	517,65
SulAmérica	600,93	719,26	726,14	17,16	17,37	22,78
Portomed	321,91	343,41	352,82	352,82	-	-
Sompo	151,12	147,57	140,78	156,68	-	-

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

O resultado da margem de solvência apresentada no Quadro 2 da empresa SulAmérica teve um aumento em 2019 e 2020, mas sofreu uma queda significativa em 2021. Durante os anos seguintes, 2022 e 2023, ocorreu uma melhoria que não conseguiu alcançar os patamares dos anos anteriores. Essa mudança está ligada a oscilações nas receitas ou mudanças nos custos com serviços assistenciais. Por outro lado, a NotreDame mostra um aumento constante da margem de pagar as dívidas com números maiores a cada ano, o que indica bom desempenho financeiro e um crescimento contínuo tanto nas receitas quanto na cobertura assistencial.

A Hapvida mostra um padrão de crescimento ao longo dos anos, com uma recuperação em 2022 e 2023, indicando uma melhoria nos resultados financeiros ou um ganho na sua base de clientes. Mesmo tendo valores mais baixos comparada a outros planos, a empresa ASSIM exibe um aumento constante de 2018 a 2023, o que indica uma evolução em sua saúde financeira.

No cenário da Unimed, a margem de solvência só surge a partir de 2020. Porém, a empresa tem mostrado um crescimento sólido, apontando estabilidade e atributos para expansão. Por sua vez, a Amil exibiu padrões consideravelmente elevados, alcançando seu ápice em 2019. Conforme apontado no seu relatório financeiro, essa evolução deve representar um aumento de 5% no faturamento estabilizado, que atingiu R\$ 27,5 bilhões. Essa atuação foi lançada por modernas aplicações, incluindo R\$ 787 milhões guiados à adoção de empresas, expansão das operações e aprimoramento da excelência operacional.

Ademais, a operadora começou uma nova sequência de produtos, expandindo sua estrutura de atendimento com clínicas de atenção primária em 12 estados e modelos inovadores de remuneração hospitalar para incremento de custos. Mesmo com a elevação das despesas médicas e assistenciais, ganhos tributários excepcionais e a minimização dos gastos financeiros concorreram para que a empresa evidenciasse um lucro líquido estabilizado de R\$ 133,7 milhões no ano corrente.

A Portomed exibiu uma margem de solvência parcialmente constante até 2021. Contudo, não foram encontrados os demonstrativos financeiros da operadora para os anos de 2022 e 2023, o que impediu a continuação da investigação nesse indicador para esses anos. Já o Bradesco alegou um crescimento em sua margem de solvência a partir de 2022, mostrando um avanço no que se refere a cumprir com suas responsabilidades financeiras. Com relação à Sompó, notou-se uma ligeira queda em 2020 e crescimento no ano de 2021. Todavia, os dados relativos aos anos de 2022 e 2023 estavam indisponíveis, o que interrompeu a análise da tendência mais atual dessa entidade.

Frente aos balanços observados, constatou-se que grande parte das empresas de planos de saúde indicaram um limite de estabilidade financeira gradualmente mais adequado no decorrer dos anos, apontando uma inclinação para uma solidez econômica. Entretanto, certas operadoras, como SulAmérica, Portomed e Sompó, apresentaram alterações e divergências nas informações anunciadas, principalmente no que se refere à margem de solvência. Essa discrepância está eventualmente vinculada à falta de padronização no formato de demonstração dos indicadores econômico-financeiros, mesmo que a Resolução Normativa n.º 209/2009

da ANS determine referências para a continuidade dos Recursos Próprios Mínimos, através de estimativas do Patrimônio Mínimo Ajustado (PMA) e da Margem de Solvência (MS). Sob esse aspecto, é considerável evidenciar a ausência de padronização no que é cobrado pela normatização e os dados efetivamente fornecidos pelas empresas operadoras de planos de saúde, o que acentua o pressuposto de uma maior harmonização e rigorosidade na transparência das informações econômicas do setor.

A provisão técnica é, basicamente, uma reserva que as operadoras de planos de saúde precisam manter para garantir que conseguirão cobrir despesas futuras, como atendimentos médicos e pagamento de sinistros. É uma forma de assegurar que essas empresas terão recursos suficientes para cumprir com seus compromissos financeiros (Ribeiro, 2013). O Quadro 6 apresenta os resultados relacionados à provisão de contingência, calculada com base em estimativas financeiras utilizadas pelas operadoras e alinhadas às exigências da ANS.

Quadro 6 - Provisão de contingência das operadoras de planos de saúde

OP / Ano	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Bradesco	\$10.521.98	\$11.962.013	\$14.521.224	\$15.914.282	\$15.979.423	\$17.513.093
Amil	\$3.596.215	\$4.066.358	\$3.651.261	\$4.317.694	\$6.013.036	\$7.128.159
Notredame	\$1.128.834	\$2.108.920	\$2.327.568	\$2.749.755	\$3.472.627	\$3.549.602
Unimed	\$86.297	\$99.040	\$2.625.716	\$2.640.376	\$2.981.944	\$3.753.224
Portomed	\$439.081	\$549.398	\$640.083	\$660.241	\$795.369	\$1.157.784
Sompo	\$132.124	\$119.736	\$147.793	\$3.465.869	\$3.734.791	\$2.119.391
SulAmérica	\$256.892	\$323.551	\$358.523	\$431.462	\$447.980	\$499.117
Hapvida	\$250.001	\$348.557	\$396.011	\$481.445	\$531.231	\$607.183
ASSIM	\$296.909	\$333.681	\$360.139	\$392.704	\$398.612	\$424.765

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Entre 2018 e 2023, as operadoras apresentaram um aumento significativo em suas provisões de contingência (PC), o que indica uma maior exposição a riscos regulatórios e jurídicos. Entre elas, Bradesco Saúde e Amil se destacam pelos valores mais altos. Em 2023, o Bradesco registrou R\$ 17,5 bilhões em provisões, o que representa um crescimento de 66,4% em relação a 2018. Já a Amil mais que dobrou sua provisão no mesmo período, alcançando R\$ 7,1 bilhões. Esses dados sugerem que ambas as operadoras enfrentam um volume elevado de ações judiciais e outras obrigações contabilizadas como passivos.

O mesmo ocorreu com a Unimed e NotreDame que, segundo os dados, também apresentaram aumento. No caso da Unimed, a variação foi de R\$ 86 milhões em 2018 para R\$ 3,75 bilhões em 2023, caracterizando um aumento de cerca de 4.260% no período, o qual pode apontar modificações na determinação de passivos ou acréscimo nos litígios judiciais. Por outro lado, a NotreDame contabilizou um crescimento de cerca de 211%, saindo de R\$ 1,1 bilhão em 2018 para R\$ 3,5 bilhões em 2023, caracterizando uma inclinação de aumento de suprimento para lidar com ameaças vindouras.

As empresas de planos de saúde intermediárias, como Portomed e Sompó, juntamente, assentaram variações de formas distintas em suas reservas de contingência nos últimos anos. No caso da Portomed, constatou-se um crescimento de sua provisão com cerca de R\$ 439 milhões em 2018 para R\$ 1,15 bilhão em 2023, seguindo na mesma direção com sua ampliação no mercado e maior vulnerabilidade a riscos, exigindo, assim, maior demanda de provimentos para contingências. Essa ascensão foi alimentada pelo crescimento da eficiência operacional, retratando em um lucro líquido de R\$ 117,3 milhões em 2023 — um crescimento de 33% em relação ao ano anterior, beneficiado pela diminuição da sinistralidade e pelos resultados das aplicações financeiras.

Já a Sompó expôs uma atuação diferente, com um crescimento constante de provisões até 2022, ao atingir R\$ 3,7 bilhões, acompanhado por um decréscimo de R\$ 2,1 bilhões em 2023. Esse reverso em conjunto com a revisão de estimativas e a finalização de litígios, como demonstrado pela baixa de R\$ 63,1 milhões em provisões e R\$ 7,98 milhões consequentes de vitórias em processos judiciais.

Entre as operadoras com menores valores de provisão, SulAmérica, Hapvida e ASSIM se destacam. Apesar de apresentarem números mais modestos em comparação com outras empresas, suas provisões cresceram de forma constante ao longo do tempo, o que indica um aumento gradual dos passivos reconhecidos. Em 2023, tanto a Hapvida quanto a ASSIM registraram valores relativamente baixos, o que pode sugerir uma menor exposição a processos judiciais ou, ainda, uma postura mais cautelosa na forma como registram suas contingências.

De modo mais abrangente, todas as operadoras exibiram uma evolução nas provisões de contingência, o que pode ser refletido no aumento de ações judiciais, variações regulatórias ou uma conduta mais ultrapassada na gestão de riscos. Essa situação consolida a precariedade de uma gestão financeira no âmbito do setor das empresas de planos de saúde, mais precisamente considerando as exigências da ANS em relação à constituição de provimentos financeiros, como previsto na RN n.º 393/2015. A provisão para eventuais passivos tanto abona a estabilidade financeira das empresas frente a possíveis obrigações futuras, como também se trata de um dos fatores mais demandados para a conformidade regulatória, sendo mensurado nos indicadores de solvência e liquidez determinados pela própria agência.

Ademais, a regulação da ANS recomenda que, ao examinar os resultados das operadoras, deve-se ponderar se há alinhamento para padronização das provisões de contingência, ou se cada operadora de plano de saúde tem um padrão diferente de identificação, que pode ser impactado por técnicas próprias ou divergências nos tipos de risco que enfrentam.

Mesmo que a regulação decreta a necessidade de análise comparativa entre os resultados financeiros das operadoras, efetivamente, notou-se um problema na realização dessa comparação, especialmente devido à falta de padrão na maneira de divulgação dos dados. Ao longo do processo de coleta de dados, constatou-se que cada operadora expõe seus demonstrativos de formas diferentes, seja na disposição dos relatórios, nos termos empregados ou na maneira como é feita a análise das contas. Essa diferença dificulta a comparabilidade direta entre os indicadores e caracteriza um empecilho à transparência regulatória, além de complicar análises mais definidas e imparciais do setor. Tal problema fortalece a

necessidade de uma atitude mais firme da ANS no sentido de harmonizar os parâmetros de divulgação financeira exigidos das operadoras.

Com base nos resultados apresentados nos Quadros 4, 5 e 6, montou-se o Quadro 7, que demonstra o nível de padronização das empresas, tendo como base os indicadores utilizados no estudo. Nesse quadro, pode-se verificar as operadoras que mais apresentam padrões de reservas de acordo com o que foi estabelecido pela regulação da ANS.

Quadro 7 - Escala de normalização

Item	Operadora	Nível de Normalização	Observações
1.º	Amil	Alto	Firmeza nos indicadores e provimentos adequadamente estruturados à normalização.
2.º	NotreDame	Alto	Limites de solvibilidade evoluindo e boas práticas de provisão técnica.
3.º	Bradesco	Médio - Alto	Aprimorou sua solvência. Porém, oscilou nos provimentos de contingência.
4.º	SulAmérica	Médio	Variações em solvibilidade e limite, ainda que solvente.
5.º	Hapvida	Médio - Baixo	Sólida evolução. Entretanto, novos decréscimos merecem cuidado.
6.º	Unimed	Baixo	Declínios em estabilidade financeira e acréscimo considerável nos provimentos apontam ações morosas.
7.º	PortoMed	Baixo	Ausência de normalização na apresentação das informações de dados.
8.º	Sompo	Baixo	Limitação em garantir a adequação normativa.
9.º	ASSIM	Baixo	Regularidade financeira inexpressiva.

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Considerando os dados e informações do Quadro 7, constata-se que empresas como Amil, Notredame e Bradesco apresentam-se mais padronizadas

com a regulação de reservas estabelecidas pela ANS, representando 33,33% da amostra utilizada no estudo.

À medida que operadoras como Unimed, Hapvida, SulAmérica, Portomed, Sompó, ASSIM e Allianz precisam criar práticas melhores de gestão financeira, aperfeiçoar seus controles de solvência e regradar suas provisões de contingência aos padrões solicitados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, essas ações são essenciais para que essas operadoras atinjam a padronização que se espera pela ANS, de acordo com o que é determinado em sua normatização vigente.

Levando em consideração os resultados exibidos, evidenciam-se as divergências entre as operadoras quanto aos métodos adotados para a formação de reservas. Baseado na análise dos indicadores financeiros empregados às operadoras de planos de saúde, foi viável alcançar o objetivo de comparar as distintas maneiras de formação de reservas aplicadas pelas operadoras analisadas. A comparação entre o Índice de Solvência Geral (ISG), a Margem de Solvência (MS) e a Provisão de Contingência (PC) comprovou que as operadoras assumem técnicas diferentes, segundo seus modelos de negócio, organização operacional, porte financeiro e nível de exposição a riscos regulatórios e judiciais.

Operadoras como Bradesco Saúde, Amil e Unimed ressaltaram-se por exibirem provisões de contingência mais altas, evidenciando um comportamento mais robusto e preventivo quanto à execução de prováveis passivos futuros, principalmente de natureza litigiosa. Essa conduta pode ser vista como um posicionamento mais conservador à Resolução Normativa n.º 393/2015 da ANS, que exige a formação de reservas compatíveis com os riscos que possam vir a ser enfrentados.

No caso da Margem de Solvência, operadoras como NotreDame e Hapvida apresentaram um aumento constante durante o período do estudo (2018 a 2023), o que revela um desenvolvimento positivo na capacidade de cobertura de riscos e na gestão patrimonial, estando mais perto dos padrões determinados pela RN n.º 209/2009. Já operadoras como SulAmérica, apesar de terem mostrado equilíbrio no ISG, apresentaram variações na margem de solvência, o que pode apontar desconformidades pontuais na gestão de receitas e eventos assistenciais.

Em compensação, operadoras como ASSIM e Sompo mostraram indicadores mais brandos e com oscilações mais expressivas, indicando padrões de reserva menos desenvolvidos ou uma menor capacidade de retorno diante das determinações regulatórias. Em especial, a Sompo exibiu um recuo na provisão de contingência em 2023, após uma alta em 2022, provavelmente resultante de revisão de pressupostos ou conclusão de litígios, o que mostra uma gestão mais reativa do que preventiva.

Outro problema está ligado à gestão de riscos regulatórios e judiciais, retratado no crescimento notório das provisões de contingência em operadoras como Bradesco, Amil e Unimed. O aumento dessas reservas aponta não apenas uma maior exposição a litígios, mas, além disso, a carência de uma organização financeira para tratar essas situações de maneira eficiente. Simultaneamente, operadoras como Sompo e Hapvida passam por problemas diferentes, como oscilações nas reservas, provavelmente ligadas a fragilidades operacionais ou à falta de predição nos custos assistenciais.

Além disso, foi capaz de observar a dificuldade de algumas operadoras de planos de saúde em manter o Índice de Solvência Geral acima de 1, principalmente em tempos de aumento da sinistralidade ou aumento das despesas operacionais. Isso fortalece a necessidade de melhorar a governança corporativa e os modelos de precificação para garantir a conformidade com as regras regulatórias e, especialmente, a ininterrupção dos serviços aos usuários.

Evidencia-se que as operadoras não seguem uma padronização única na constituição de reservas financeiras, mesmo frente a uma regulação atuarial comum. As divergências vistas revelam que a conduta das operadoras está diretamente ligada à sua política de gestão de riscos, à competência operacional e à maturidade de suas técnicas de governança. Essa diferença fortalece a necessidade de uma regulação mais presente por parte da ANS, que não apenas determina os padrões técnicos, mas que também proporciona maior controle, incentivo à transparência e avaliação regular da aderência aos requisitos normativos.

5 CONCLUSÃO

O objetivo desta pesquisa foi analisar como os indicadores financeiros podem apresentar padrões de reservas nas operadoras de planos de saúde normatizadas pela regulação atuarial da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Quanto à abordagem, o método utilizado para realizar o estudo foi classificado como quantitativo. Quanto aos objetivos, descritivo, e, quanto aos procedimentos, documental. O estudo dos indicadores financeiros das empresas de planos de saúde no período de 2018 a 2023 indicou aspectos acerca da solvabilidade, limite de solvência e suprimentos de contingência dessas operadoras. Algumas operadoras, como a SulAmérica e a Amil, continuaram com os índices de solvência mais altos e estabilizados ao longo dos anos. Por outro lado, empresas como Hapvida e Unimed

demonstraram decréscimos importantes, ressaltando complicações em se adequarem às condições das normatizações vigentes.

O indicador de limite de solvência mostrou que operadoras como NotreDame e Hapvida vêm apresentando uma evolução constante ao longo do tempo. Por outro lado, empresas como SulAmérica e Portomed mostraram certa instabilidade nesse aspecto, o que pode estar relacionado à ausência de um padrão mais claro na divulgação dos dados financeiros. Em relação às reservas de contingência, observou-se um aumento nos valores mantidos pelas operadoras, com destaque para Amil, Unimed e Bradesco, o que pode refletir uma maior exposição a riscos regulatórios e ações judiciais.

Ademais, os índices mostraram que, no que se refere ao nível de padronização das entidades em relação à regulamentação da ANS, apenas as empresas como Amil, Notredame e Bradesco apresentaram resultados de médio a alto, apresentando-se mais padronizadas com a regulação de reservas estabelecidas pela ANS, representando 33,33% da amostra utilizada no estudo.

Frente aos resultados evidenciados, o estudo concluiu que se faz necessário que as empresas melhorem suas práticas na gestão financeira para atender a regulamentações da ANS e que a agência reguladora possa atingir resultados melhores no que se refere ao que está previsto na regulação. Para isso, faz-se necessário atuar de forma mais consistente, como realizar fiscalizações mais frequentes, já que, através da fiscalização, a ANS pode exigir o cumprimento da regulação por parte das empresas. Essa exigência refere-se à necessidade de as empresas se adequarem aos normativos por meio de boas práticas de gestão financeira, firmando, assim, a sustentabilidade do setor e a segurança dos beneficiários.

Mesmo com todos os esforços, este estudo enfrentou algumas limitações na hora de interpretar os resultados. Um dos principais desafios foi a falta de padronização na forma como os demonstrativos financeiros são divulgados pelas operadoras. Cada uma apresenta seus dados de um jeito diferente, o que acabou dificultando a comparação e exigiu bastante cuidado na hora de extrair e interpretar as informações. Além disso, em alguns casos, os dados estavam incompletos ou

ausentes, especialmente nos anos mais recentes, o que impediu a análise integral de todo o período para todos os indicadores considerados.

Para estudos futuros, sugere-se ampliar a quantidade de operadoras que são analisadas e utilizar outros procedimentos metodológicos, como a Análise Envoltória de Dados (DEA) ou técnicas estatísticas mais robustas. Isso ajudaria a entender melhor o desempenho e a eficiência financeira das operadoras. Outro caminho seria explorar a relação entre o nível de conformidade regulatória e os resultados assistenciais das entidades, permitindo uma avaliação mais completa do papel da regulação atuarial.

Além disso, novos estudos poderiam se debruçar sobre formas de tornar os dados financeiros mais claros e padronizados, sugerindo boas práticas na apresentação dos demonstrativos contábeis. Isso certamente facilitaria a vida de quem pesquisa o setor e também dos órgãos de controle. Iniciativas assim buscam ajudar a promover um ambiente mais ético, estável e transparente na saúde suplementar brasileira.

REFERÊNCIAS

ABRAMGE - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PLANOS DE SAÚDE. **Conheça a importância do cálculo atuarial**. São Paulo, 2023. Disponível em: <https://abramge.com.br/visao-saude/check-up/conheca-a-importancia-do-calculo-atuarial/>. Acesso em: 20 jan. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Dados Gerais**. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 18 out. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Programa de Qualificação de Operadores**. Rio de Janeiro: ANS, 2010.
<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/qualificacao-ans>. Acesso em: 27 jul. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Caderno de Informações da Saúde Suplementar**, Rio de Janeiro, 2019.
<https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/informacoes-gerais/total-cad-info-jun-2019.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Quem somos?** Rio de Janeiro, 2020. Disponível em:
<https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/institucional/quem-somos-1>
 Acesso em: 16 set. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **ANS amplia exigências para regras de capital de risco das operadoras**. 2020. Disponível em:
<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/operadoras/ans-amplia-exigencias-para-regras-de-capital-de-risco-das-operadoras>. Acesso em: 29 jan. 2025.

ALVES, J. E. D. Envelhecimento populacional no Brasil e no mundo segundo as novas projeções da ONU. **Portal do Envelhecimento e Longevidade**, São Paulo, 2019. Disponível em:
https://portaldoenvelhecimento.com.br/envelhecimento-populacional-no-brasil-e-no-mundo-segundo-as-novas-projecoes-da-onu/#google_vignette. Acesso em: 16 out. 2024.

ALVES, S. L. **Fundamentos, regulação e desafios da saúde suplementar no Brasil**. Rio de Janeiro: Funenseg. 2015.

ALVES, L.B.O. **A regulação de preços de medicamentos**: aspectos gerais e críticas à metodologia brasileira de reajustes. 2016. 62f. Dissertação (Mestrado em Ciências Econômicas) – Universidade de Brasília. Brasília, 2016. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/19956>. Acesso em: 16 set. 2024.

ANDRADE, M. V.; MAIA, A. C.; RODRIGUES, C. G. Indicadores de gastos com serviços médicos no setor de saúde suplementar no Brasil. **Rev. bras. estud. popul.**, Rio de Janeiro, v. 30, supl., p. S103-S117, 2013.
 AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Margem de solvência**: introdução à discussão. 2017. Disponível em:
https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/comites-e-comissoes/comissao-permanente-de-solvencia/material_de_apoio_introducao_margem_solvencia.pdf. Acesso em: 15 out. 2024.

ARAGÃO, J. W. M.; MENDES NETA, M. A. H.. **Metodologia científica**. Salvador: Produção de Mídias para Educação Online Universidade Federal da Bahia, 2017.

ASSAF NETO, A. **Estruturas e análise de balanços**: um enfoque econômico-financeiro. 12. ed. São Paulo: Atlas, 2020. Disponível em:

<https://www.institutoassaf.com.br/product/estrutura-e-analise-de-balancos/>. Acesso em: 13 dez. 2024.

BARBOSA, D. M. S.; SOUZA, A. A. de; RIBEIRO, J. E. Um Índice de avaliação do desempenho Operacional e econômico-financeiro de hospitais sem fins lucrativos no Brasil. **Revista Mineira de Contabilidade**, Minas Gerais, v. 22, n. 3, p. 72-85, 20 dez. 2021. Disponível em: <https://crcmg.emnuvens.com.br/rmc/article/view/1252>. Acesso em: 07 jan. 2025.

Benefícios RH. **As 9 maiores operadoras de planos de saúde para 2025**. 2024. Disponível em: <https://www.beneficiosrh.com.br/maiores-operadoras-planos-de-saude/> Acesso em: 19 out. 2024.

BRAGA, J.C.S. *et al.* For a political economy of financialization: theory and evidence. **Economia e Sociedade**, v. 26, n. spe, p. 829-856, 2017. Disponível em : <https://www.scielo.br/j/ecos/a/gsmTpG7tTZ9mDLjHxHNWxfS/>. Acesso em: 15 ago. 2024.

BRAGANÇA, C. G. **Liquidação de operadoras de planos de assistência à saúde no Brasil**. 2017. Dissertação (Mestrado em Controladoria e Contabilidade) – Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3071/307160601003/307160601003.pdf> Acesso em: 7 ago. 2024.

BRIDGER, G. **Governança Corporativa e os efeitos da adesão aos níveis diferenciados de governança sobre o valor no mercado de capitais brasileiro**. 2006. Dissertação (Mestrado em Finanças) – Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <https://repositorio.fgv.br/server/api/core/bitstreams/2ed62811-d918-487a-a777-75b805178456/content>. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRUNI, A. L. **A análise contábil e financeira**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2014. <https://www.travessa.com.br/a-analise-contabil-e-financeira-3-ed-2014/artigo/b3bda3cf-c864-4b67-9c4e-fbc1ba202bee>. Acesso em: 13 dez. 2024.

CARVALHO, Cíntia Carvalho. **Reservas Financeiras: como fazer e gerenciar**. 2023. Disponível em: <https://ibgem.com.br/2023/12/14/reservas-financeiras/>. Acesso em: 20 set. 2024.

CHAGAS, Gilson. **Contabilidade Geral e Simplificada**. 4.ed. Rio de Janeiro: Saraiva Uni, 2019. E-book. ISBN 9788553131686. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788553131686/>. Acesso em: 18 out. 2024.

CARDOSO, R.; MARTINS, E. **Regulação econômica e escolhas de práticas contábeis: evidências no mercado de saúde suplementar brasileiro**, 2005, São Paulo. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12136/tde-18122008-121952/en.php>. Acesso em: 27 jan. 2025.

CARVALHO, C. C. **Reserva financeira: estratégias para garantir estabilidade e Crescimento Sustentável**. 2024. Disponível em: <https://ibgem.com.br/2024/02/15/reserva-financeira/>. Acesso em: 06 jan. 2025.

CRISTINA, B. *et al.* **A utilização de índices de liquidez e rentabilidade na análise e gestão do desenvolvimento empresarial: the liquidity ratios of use and profitability in analysis and business development management**. 2014. Disponível em: https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/06/3indices_liquidez.pdf Acesso em: 06 jan. 2025.

DALRI, Briosio A. B. *et al.* **Indicadores financeiros na tomada de decisões gerenciais**. 2013. Disponível em: https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/06/11indicadores_financeiros.pdf. Acesso em: 09 dez. 2024.

DANTAS, L. **Governança corporativa como instrumento de solvência nas operadoras de saúde suplementar**. 2020. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração Gestão em Sistemas de saúde) – Universidade Nove de Julho, São Paulo, 2020. Disponível em: <https://bibliotecatede.uninove.br/bitstream/tede/2347/2/Liliana%20Ara%c3%ba%20Dantas.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2024.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Especial Saúde 2: Conheça mais sobre a história dos planos de saúde no Brasil**. 2006. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/radio/programas/275168-especial-saude-2-conheca-mais-sobre-a-historia-dos-planos-de-saude-no-brasil-05-55/>. Acesso em: 13 set. 2024.

FACHIN, Odília. **Fundamentos de metodologia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Saraiva Uni, 2017. E-book. ISBN 9788502636552. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788502636552/>. Acesso em: 15 out. 2024.

FÁBIO; T.; PESSOA, C., outubro. **Administração Financera**. 2017. Tese (Doutorado em) - Universidade Federal de Mato Grosso. 2017.

FERREIRA, L. F. **Delimitação de Mercados Relevantes de Planos de Saúde e Análise de Concentração**. Dissertação (Mestrado em Economia) - Fundação Getulio Vargas, Escola Brasileira de Economia e Finanças, Rio de Janeiro, 2020. <https://bit.ly/3BbkT1d>. Acesso em: 05 set. 2024.

RESENDE, M. **Necessidade de modulação do enunciado 609 da súmula do STJ nos contratos de plano de saúde**. 2019. Dissertação (Mestrado em Direito) - Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2019. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/prefix/14497>. Acesso em: 15 jan. 2025.

CAMPOS, M. F. D.; COSTA, M. J. G. da; CANITO, A. R. R.. Análise de Balanço: uma discussão sobre as limitações na interpretação dos índices de liquidez. **Negócios em Projeção**, v. 9, n. 1, p. 316–328, 2018. Disponível em:

<https://projecaociencia.com.br/index.php/Projecao1/article/view/1020>. Acesso em: 15 jan. 2025.

FUCHS, A.A., *et al.* **Direito do Consumidor**: reflexões quanto aos impactos da pandemia de Covid-19. Edição especial de 30 anos de vigência do CDC. 2020. Disponível em:

https://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/BibliotecaDigital/BibDigitalLivros/TodosOsLivros/Direito-do-Consumidor%3Dreflexoes_v.2.pdf#page=122. Acesso em: 12 out. 2024.

GERSCHMAN, S.; UGÁ, M. A. D.; PORTELA, M.; LIMA, S. M. L. O papel necessário da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação das relações entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 463-476, 2012.

GITMAN, L. J. **Princípios de administração financeira**. 12. ed. São Paulo: Pearson, 2010.

HASHIMOTO, P. de A. **Análise da eficiência técnica das operadoras de planos de saúde com a utilização da Análise Envoltória de Dados**. 2010. 139 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências Econômicas) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA (IBGC). **Código das melhores práticas de governança corporativa**. São Paulo, 2015. Acesso em: 07 ago. 2024

JÁCOME, M.A.R.; PAIVA, S.B.; MARTINS, O.S. **Regulação Econômico-Financeira como propulsora de práticas de Governança Corporativa na Saúde Suplementar**. 2020 Disponível em:

<https://revistas.pucsp.br/index.php/pensamentorealidade/article/view/47018/pdf>. Acesso em: 29 set. 2024.

KRAMER, T.G.; STORMOWSKI, M. **A contabilidade como ferramenta de gestão financeira pessoal**. 2023. Disponível em:

https://fema.com.br/rails/active_storage/blobs/proxy/eyJfcmFpbHMiOnsibWVzc2FnZSI6IkJBaHBBak1xliwiZXhwIjpudWxsLCJwdXliOiJibG9iX2lkIn19--23f561eb1c0d00029e21dc1f78a938b703d5f05f/A%20CONTABILIDADE%20COMO%20FERRAMENTA%20DE%20GEST%C3%83O%20FINANCEIRA%20PESSOAL%20-%20Tha%C3%ADs%20Graziele%20Kramer%20-%20M%C3%B4nica%20Stormowski.pdf. Acesso em: 27 jan. 2025.

KOZAN, J; MAGALHÃES, M. Relações entre a judicialização de cobertura e a incorporação de tecnologia na saúde suplementar: o caso dos quimioterápicos. **Revista de Direito Sanitário**, v. 22, n. 1, p. e0003–e0003, 25 ago. 2022.

<https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/176965/185551>. Acesso em: 20 jan. 2025.

GRAÇA, L.; RYNGELBLUM, A. L. A influência dos atores na definição de lógicas institucionais: um exame dos gastos dos planos de saúde privados. **RAE- Revista de Administração de Empresas**, v. 64, n. 1, 1 jan. 2024.

LORENZI, A. G. A.; PROCOPIUK, M.; QUANDT, C. O. Governança corporativa: a situação das empresas brasileiras em relação às melhores práticas. **Revista Brasileira de Estratégia**, v. 2, n. 2, p. 105-119, 2009.

MACEDO, A.; ALBUQUERQUE, J. Universidade Do Brasil – UFRJ, Faculdade De Administração E Ciências Contábeis – FACC, Curso De Graduação Em Administração. Trabalho De Conclusão De Curso. **Qualidade E Inteligência Competitiva No Setor De Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <https://pantheon.ufrj.br/bitstream/11422/4936/1/ARMacedo.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2025.

MAGALHÃES, R. M. *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**, Natal, v. 7. n. 2, p. 53 – 75, 2015.

MALTA, D. C. *et al.* Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 433-44, 2004.

MÁLAGA, F. **Análise de demonstrativos financeiros e da performance empresarial para empresas não financeiras**. São Paulo. Saint Paul, 2019.

MARTINEZ, L. E. Do Impacto Regulatório da Judicialização da Saúde Suplementar. Disponível em: Enap.gov.br, 2018. Acesso em: 01 ago. 2024.

MONTONE, R. C.; TANIGUCHI, S.; WEBER, R. R. PCBs in the atmosphere of King George Island, Antarctica. **Science of The Total Environment**, Brasil, v. 308, n. 1-3, 167-173, 2003. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0048-9697\(02\)00649-6](https://doi.org/10.1016/S0048-9697(02)00649-6). Acesso em: 07 ago. 2024.

Martins, G. A.; Theóphilo, C. R. **Metodologia da Investigação Científica para Ciências Sociais Aplicadas**. 2. ed. São Paulo: Altas, 2009.

COSTA. R. N. O regime regulatório e o mercado de planos de saúde no Brasil. **Ciencia & Saude Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1453–1462, 1 out. 2008.

OLIVEIRA, F. R. J. **Análise das provisões técnicas em operadoras de planos de saúde na perspectiva da suficiência de lastro: um estudo de caso na Região Metropolitana de João Pessoa - PB**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Atuariais) - Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, João Pessoa, 2010.

OCKÉ-REIS, C. O.; ANDREAZZI, M. DE F. S. DE; SILVEIRA, F. G. O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do estado? **Revista de Economia Contemporânea**, v. 10, n. 1, p. 157–185, abr. 2006.

OCKÉ-REIS, C. O. Os desafios da ANS frente à concentração dos planos de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 1041–1050, 2007. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400025>. Acesso em: 05 set. 2024.

OCKÉ-REIS, C.O.; FIUZA, E.P.S.; COIMBRA, P.H.H. **Inflação dos planos de saúde: 2000-2018**. Rio de Janeiro: Ipea, 2019. (Nota Técnica, n. 54.).

ARAÚJO, M. L. O. *et al.* Impacto da Covid-19 na sustentabilidade financeira das operadoras de planos de saúde no Brasil. **Revista Eletrônica do Departamento de Ciências Contábeis & Departamento de Atuária e Métodos Quantitativos (REDECA)**, v. 9, p. e58519, 7 jul. 2022.

ROMÃO, A. P. I. A.; BUCCI, D. P. M.; HADDAD, F. O projeto dos planos de saúde acessíveis: prejuízo para beneficiários e para o sistema público. **Revista de Direito Sanitário**. Disponível em: www.revistas.usp.br, 11 abr. 2022. Acesso em: 05 set. 2024.

PADOVEZE, Clóvis L. **Contabilidade geral: facilitada**. Rio de Janeiro: Método, 2017. E-book. pág.231. ISBN 9788530974237. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788530974237/>. Acesso em: 18 out. 2024.

PADOVEZE, Clóvis L. **Contabilidade gerencial: um enfoque em sistema de informação contábil**. 7. ed. Rio de Janeiro: Atlas, 2010. E-book. p.Capa. ISBN 9788522486960. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788522486960/>. Acesso em: 09 dez. 2024.

PEDRAL, E. *et al.* **Nota Técnica: a nova metodologia de reajuste dos planos de saúde medirá os custos, os preços e a eficiência das operadoras?** 2020. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10272/1/NT_90_Disoc_ANovaMetodoIReajustePlanoSaude.pdf. Acesso em: 6 out. 2024.

PEREIRA, F.; SANTOS. **Saúde suplementar: impactos e desafios da regulação**. 2020. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/revistaufg/article/download/48114/23473/201603>. Acesso em: 27 set. 2024.

PEREIRA, R. C.; SILVESTRE, R. M. **Regulação e modelos assistenciais em saúde suplementar: produção científica da rede de centros colaboradores da ANS-2006/2008**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009. (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde).

PIMENTEL, V. P. *et al.* Saúde como desenvolvimento: perspectivas para atuação do BNDES complexo industrial da saúde. In: SOUSA, F. L. (org). **BNDES 60 anos: perspectivas setoriais**. Rio de Janeiro: Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social, 2012. p. 300-332. Acesso em: 29 set. 2024.

RAULINO, A. **A regulação como propulsora de práticas de controle interno na saúde suplementar**. Paraíba. Disponível em: Ufpb.br, 2018. Acesso em: 05 set. 2024.

REGERT, R. *et al.* A importância dos indicadores econômicos, financeiros e de endividamento como gestão do conhecimento na tomada de decisão em tempos de crise. **Revista Visão: Gestão Organizacional**, v. 7, n. 2, p. 67–83, 31 dez. 2018. <https://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/visao/article/view/1579/837>. Acesso em: 09 dez. 2024.

RIBEIRO, OSNI M. **Contabilidade geral fácil**. 9th ed. Rio de Janeiro: Saraiva Uni, 2013. E-book. p.130. ISBN 9788502202023. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788502202023/>. Acesso em: 15 out. 2024.

RIBEIRO, OSNI M. **Contabilidade geral**. 10. ed. Rio de Janeiro: Saraiva, 2017. E-book. 449p. ISBN 9788547220815. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788547220815/>. Acesso em: 18 out. 2024.

RODRIGUES, D.; MILTON, M.; DA SILVA, N. **A contribuição dos indicadores financeiros de liquidez, endividamento e rentabilidade para a tomada de decisão dentro das organizações**. 2018. Disponível em: <http://45.4.96.19/bitstream/aee/8248/1/Artigo%20TCC%20Dayane%20Priscila%20Rodrigues.pdf>. Acesso em: 18 out 2024.

ROCHA C.H.; GLADSTON S. L. **Avaliação da condição econômico-financeira de operadoras brasileiras de planos de saúde: uma nota sobre finanças e regulação**. 2022. Rio Grande do Norte. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/ambiente/article/view/24033/15280pdf>. Acesso em: 16 ago. 2024.

SAMPAIO, L. M. D.; OLIVEIRA, M. J. F. DE; IGNACIO, A. A. V. **Análise e classificação das operadoras da saúde suplementar**. XLI SBPO 2009 - Pesquisa Operacional na Gestão do Conhecimento, Porto Seguro, Bahia, Brasil. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/303363306_ANALISE_E_CLASSIFICACAO_DAS_OPERADORAS_DA_SAUDE_SUPLEMENTAR. Acesso em: 06 set. 2024.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. **Metodologia de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: MacGraw-Hill, 2006. Acesso em: 27 set. 2024.

SANDE, Sílvio. **Contabilidade Geral e Avançada**. Rio de Janeiro: Método, 2020. E-book. pi ISBN 9788530982300. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788530982300/>. Acesso em: 18 out. 2024.

SANTANA, W. **Reserva de emergência: saiba o que é, como fazer e onde investir**. 2021. Disponível em:

<https://www.cnnbrasil.com.br/economia/financas/reserva-de-emergencia-saiba-o-que-e-como-fazer-e-onde-investir/>. Acesso em: 20 set. 2024.

SANTOS, SOARES, I.; UGÁ, DOMINGUEZ, A. M.; PORTO, MARTA, S. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 1431-1440, 2008.

LIMA, S.S V.; MIRANDA, G. J. **Determinantes dos índices de rentabilidade**: roa, roe, roi. Repositorio.ufu.br, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/19969>. Acesso em: 16 jan. 2025.

SANTOS, F.P.; MALTA, D.C.; MERHY, E.E. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, pp. 1463-1475, 2008.

SALVADOR, L. *et al.* **Empresas de Planos de Saúde no Brasil**: crise sanitária e estratégias de expansão. 2021. Disponível em: https://gpdes.com.br/wp-content/uploads/tainacan-items/798/5221/Cap-5.-Empresas-e-Planos-de-Saude-no-Brasil_in_-Livro-Economia-e-Financiamento-no-Brasil.pdf. Acesso em: 6 out. 2024.

SALVATORI, R. T.; VENTURA, C. A. A. A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS: onze anos de regulação dos planos de saúde. **Organizações & Sociedade**, v. 19, n. 62, p. 471–488, set. 2012.

TESSER, S. M.; DALCANALE, C. O Sistema de Saúde brasileiro ante a tipologia internacional: uma discussão prospectiva e inevitável. **Saúde em Debate**. v. 43.

SILVA, J. **Relatório técnico**. 2019. Disponível em: https://tce.ro.gov.br/Licitacao/arquivos/Arquivos/Arquivo_CONCO_12020_03-03-20090431An%C3%A1li.pdf. Acesso em: 15 out. 2024.

SILVA, J. P. **Regulação atuarial e a sustentabilidade dos planos de saúde no Brasil**. Piauí: Editora Saúde, 2020. p 45. Acesso em: 01 ago. 2024.

SILVA JUNIOR, A. G. da *et al.* Experiências de avaliação do setor suplementar de saúde: contribuições da integralidade. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1489-1500, out. 2008.

SILVA, R. D. **Cooperativas de crédito**: uma análise econômico-financeira através de indicadores. Ufrn.br, 2022. Rio Grande do Norte..Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/50654/1/CooperativasCreditoAnalise_Silva_2022.pdf. Acesso em: 10 dez. 2024.

SILVA, J. C. L. Governança corporativa: um instrumento fundamental na gestão financeira organizacional. **Revista Tópicos**, v. 2, n. 12, p. 1–17, 9 ago. 2024. <https://revistatopicos.com.br/artigos/governanca-corporativa-um-instrumento-fundamental-na-gestao-financeira-organizaciona>. Acesso em: 20 jan. 2025.

SILVEIRA, A. **Governança Corporativa, desempenho e valor da empresa no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade de São Paulo, Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, São Paulo, 2002.

SISSON, M. C. *et al.* Satisfação dos usuários na utilização de serviços públicos e privados de saúde em itinerários terapêuticos no sul do Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 15, n. 36, p.123-136, mar. 2011.

SOUZA, R. **Planejamento e gestão de reservas financeiras**.2023. Portal do investidor Disponível em:
<https://www.gov.br/investidor/pt-br/penso-logo-invisto/planejamento-e-gestao-de-reservas-financeiras>. Acesso em: 27 set. 2024.

SOARES, A. L.; SANTOS, A. DOS; FERNANDO. **Modelo de Previsibilidade de Risco Regulatório Econômico Financeiro Para Operadoras De Planos de Saúde de Medicina Assistencial** | Galoá Proceedings. Proceedings.science, 2019. Congresso Internacional de Qualidade em Serviços e Sistemas de Saúde. Disponível em:
<https://www.semanticscholar.org/paper/Modelo-de-Previsibilidade-de-Risco-Regulatório-Para-Soares-Santos/0c016bc8c2e89a7346bd7a4420f71f68e2da83ed>. Acesso em: 10 dez. 2024.

SUSEP. 2021. Disponível em:
<https://www2.susep.gov.br/safe/scripts/bnweb/bnmap.exe?router=upload/25995>. Acesso em: 20 jan. 2025.

Valor 1000. **Valor Econômico**.2024. Editora Globo S/A. Disponível em:
<https://infograficos.valor.globo.com/valor1000/rankings/os-50-maiores-planos-de-saude/2024>. Acesso em: 19 out. 2024.

VARELLA, D.; CESCHIN, M. **A saúde dos planos de saúde: os desafios da assistência privada no Brasil**. São Paulo: Paralela, 2014.

VENTURA, C. A. A. **As Agências Reguladoras e seu papel na reestruturação do setor de telecomunicações**: um estudo comparado da Agência Nacional de Telecomunicações (Anatel) - Brasil e da Federal Communications Commission (FCC) - EUA. 2004. Tese (Doutorado em Administração) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

VELOSO, G. G.; MALIK, A. M. Análise do desempenho econômico-financeiro de empresas de saúde. **RAE-eletrônica**, v.9, n. 1, p. 1-22, 2010.

VELEVA, V.; ELLENBECKER, M. Indicators of sustainable production: Framework and methodology. **Journal of Cleaner Production**, v. 9, n.6, p. 519-549, 2001.
[https://doi.org/10.1016/S0959-6526\(01\)00010-5](https://doi.org/10.1016/S0959-6526(01)00010-5). Acesso em: 12 dez. 2024.

VIACAVA, F.; BAHIA, L. Assistência Médico-Sanitária: os serviços de saúde segundo o IBGE". **Revista DADOS/RADIS**, nov., n. 20, p. 3-30, 1996. Acesso em: 06 set. 2024.

VIEIRA, F. *et al.* **Sustentabilidade na saúde suplementar**: um estudo sobre cooperativas operadoras de planos de saúde UNIMED. 2017. Disponível em: <https://www.singep.org.br/6singep/resultado/259.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2025.

VILELA, R. H. P.; FERRAZ, S. F. S.; FERRAZ, S. B. Modelo diagnóstico de governança corporativa em cooperativas de saúde. **Revista Adm FACES Journal**, v. 14, n. p. 28-48, 2015.

DIRSCHERL, F.P.; ANDRADE, A. F. **Análise da decisão do Superior Tribunal de Justiça acerca da taxatividade do rol de procedimentos da agência nacional de saúde**. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/revistafadir/article/view/66526/36354>. 2022. Uberlândia. Acesso em: 29 set. 2024.

FIDELIS, T.O. *et.al.* **O marco da solvência na saúde suplementar**. Disponível em: <https://publicacoes.unifal-mg.edu.br/revistas/index.php/cei/article/view/534/pdf>. 2018. Minas Gerais. Acesso em: 27 set. 2024.

XAVIER, D. O.; SOUZA, A. **A eficiência econômico-financeira de operadoras de planos de saúde: a influência da modalidade**. 2020 Minas Gerais. Disponível em: <http://repositorio.fjp.mg.gov.br/items/4c087518-4377-480e-b1d7-6c8ab4f9ec3e/full>. Acesso em: 2 ago. 2024.

XAVIER, D. O. **Variáveis determinantes do desempenho econômico-financeiro de operadoras de planos de saúde**. Dissertação de Mestrado em Administração, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. Acesso em: 7 ago. 2024.

ZANELLA, L. C. H. **Metodologia de Pesquisa**. Santa Catarina. Universidade de Santa Catarina 2011. Disponível em: <https://www.atfcursosjuridicos.com.br/repositorio/material/3-leitura-extra-02.pdf>. acesso: Acesso em: 14 out. 2024.

26 anos da Lei dos Planos de Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/26-anos-da-lei-dos-planos-de-saude>. Acesso em: 13 set. 2024.