

Pandemia evidenciou novos desafios para a saúde

Presidente da Unimed do Brasil, que atende 38% dos beneficiários de planos de saúde no país, fala sobre os efeitos da Covid-19 e de perspectivas para o setor

A pandemia do novo coronavírus colocou os sistemas de saúde globais em evidência, com suas virtudes e distorções. Entender os impactos da crise sobre a utilização dos serviços pode levar a estratégias mais efetivas para responder às necessidades da população, definir prioridades na alocação dos recursos e combater o desperdício.

Diante desse cenário, a cooperação entre diferentes organizações com foco na sustentabilidade do setor, parcerias público-privadas e iniciativas que permitam ampliar o acesso da população à cobertura suplementar ganham relevância.

É o que defende, nesta entrevista, o ginecologista Omar Abujamra Junior, presidente da Unimed do Brasil, confederação que representa o sistema de cooperativas médicas presente em mais de 4,7 mil municípios do país e responsável pelo atendimento de 18,3 milhões de brasileiros. Há 40 anos atuando como médico cooperado, ele analisa, a seguir, os impactos da pandemia de Covid-19, os desafios da saúde suplementar e as expectativas com a revisão do marco regulatório do setor.

Quais os impactos da pandemia para a saúde suplementar?

A pandemia evidenciou a importância de sistemas de saúde organizados e efetivos como um pilar das sociedades democráticas. No Brasil, a estrutura do Sistema Único de Saúde tem sido fundamental, da assistência ao avanço da vacinação. Os planos de saúde contribuem diretamente nesse cenário, garantindo atendimento a quase 49 milhões de brasileiros. As pessoas valorizam e buscam por essa segurança, o que levou à retomada do crescimento do setor, com um salto de 1,9 milhão de novos beneficiários desde junho de 2020, apesar da crise econômica. De outro lado, como fenômeno global, a pandemia sobrecarregou duramente os sistemas de saúde, acentuou desigualdades de acesso, afetou a previsibilidade dos custos, rompeu cadeias de suprimento e acelerou tendências, como a digitalização.

Houve represamento de consultas, exames e tratamentos. É possível medir os efeitos para a saúde das pessoas?

A Covid-19 provocou mudanças sem precedentes na dinâmica dos



AMPLIAÇÃO EM MEIO À PANDEMIA

- Aumento de 58% no número de leitos de UTI de abril/2020 a abril 2021

- Abertura de 12 hospitais de campanha nos momentos mais críticos

- Manutenção dos empregos e contratação de ao menos 13 mil profissionais de saúde e de áreas administrativas para reforçar a linha de frente

- Garantia de cobertura e mais de R\$ 200 milhões em indenizações já pagas pelos seguros de vida e renda temporária em casos de Covid-19

serviços de saúde, que precisam ser mais bem estudadas. A primeira revisão sistemática sobre o tema, publicada neste ano e cobrindo 20 países, aponta a redução mediana de 37% na utilização de serviços, sobretudo em quadros clínicos menos severos. Mas os autores do estudo advertem que precisamos distinguir entre necessidades não atendidas e procedimentos desnecessários ou sem indicação adequada, que foram evitados no período. Entender essa dinâmica nos dará estratégias mais eficazes para priorizar os que mais necessitam de cuidado, além de prevenir os danos à saúde e o desperdício de recursos causados pelo excesso de intervenções.

Como tem se comportado a demanda por atendimentos junto aos planos de saúde?

O represamento das demandas eletivas ocorreu, principalmente, no início da pandemia. Logo, os atendimentos foram retomados e aceleraram neste ano. Tivemos de lidar com uma dupla carga: a explosão da segunda onda de Covid-19, com internações mais prolongadas e maior uso de terapia intensiva, além da reabilitação dos pacientes com sequelas da doença, e o aumento dos procedimentos eletivos, que já voltaram a seus níveis históricos. Com isso, as operadoras têm registrado recordes de custos.

18,3 milhões
de clientes de planos de saúde

38%
de participação na saúde suplementar

4º maior
sistema cooperativista do mundo em receita/PIB per capita, segundo a Aliança Cooperativa Internacional

341
cooperativas médicas

86%
dos municípios brasileiros cobertos

118 mil
médicos cooperados

134 mil
colaboradores diretos

153
hospitais próprios (desde janeiro de 2020, foram entregues 15 hospitais em 8 estados, com abertura de 1,1 mil leitos e investimentos de R\$ 1,5 bilhão)

2.487
hospitais credenciados

De janeiro a outubro, a sinistralidade dos planos de saúde saltou de 78% para 85%, o que significa mais de R\$ 133 bilhões destinados à assistência dos beneficiários no período.

A Unimed está preparando para a maior procura por atendimentos e para os custos da Covid longa?

Temos a maior rede assistencial privada do país e estamos presentes em nove de cada dez cidades brasileiras. Durante a pandemia, nossas cooperativas mantiveram os investimentos planejados, somando R\$ 1,5 bilhão e a entrega de 15 novos hospitais em menos de dois anos. Sem contar as ações emergenciais. Portanto, estamos preparados. O principal desafio do setor é a escalada dos custos. A chamada “Covid longa” é outro aspecto para cuidarmos. Estudo feito pela nossa empresa Integra Unimed, em uma base de 1.272 clientes que se internaram por Covid-19, mostra um aumento de 79,6% na despesa mensal desses pacientes, comparando os 12 meses anteriores à internação e os 6 primeiros meses de acompanhamento após a alta.

O que deve ser feito para garantir a sustentabilidade do setor?

O ponto de partida é entendermos que os planos de saúde seguem o princípio do mutualismo: todos os clientes pagam para cobrir os custos daqueles que utilizam os serviços. É como a conta de água em um condomínio: ainda que tenha passado o mês fora de casa, o morador paga a sua mensalidade e ajuda a custear o consumo do prédio. Esse modelo pressupõe solidariedade e boa-fé de todos no uso de recursos que são comuns e finitos. Nos planos de saúde, os custos são afetados pela frequência com que os clientes usam os serviços, seguindo as condutas prescritas pela rede de profissionais e prestadores e o valor dos procedimentos. Ao contrário do que se pensa, as operadoras não geram altos custos para cobrar mais caro. O setor trabalha com margens estreitas.

Qual é o papel das operadoras?

As operadoras precisam ser eficientes em dois papéis: a gestão do risco e a gestão clínica. De um lado, temos de preservar o equilíbrio entre receitas e despesas dos contratos, respeitando a regulamentação do setor. De outro, garantimos o acesso do beneficiário aos serviços de saúde previstos no seu contrato, com qualidade, segurança e no tempo oportuno. Uma gestão clínica efetiva assegura que os clientes acessem os serviços mais adequados às suas necessidades.

O marco regulatório da saúde suplementar é de 1998, e o Congresso discute uma proposta de revisão. O que precisa ser alterado?

O setor precisa de segurança jurídica e flexibilidade. Somos favoráveis a uma regulamentação clara e objetiva que beneficie todos os envolvidos, tanto na garantia de direitos como na definição de limites e no respeito aos contratos. A saúde é um tema sensível e nem sempre abordado com racionalidade, como sinalizam o crescimento da judicialização e os cerca de 250 projetos de lei em discussão, propondo mudanças nos planos de saúde. Sem previsibilidade nas regras e coberturas, não há como calcular adequadamente o risco, e os preços sobem. E o preço é a principal barreira de acesso à saúde suplementar. Com mais flexibilidade, poderemos criar linhas de produtos para atender a diferentes perfis de necessidades e capacidade de pagamento. Não se trata de limitar direitos – crítica frequente às propostas de segmentação –, mas de facilitar o acesso e incluir pessoas que, hoje, não têm direito à cobertura suplementar.

Como os sistemas público e privado podem trabalhar juntos?

Passamos pela transição demográfica mais radical do mundo, com o rápido envelhecimento populacional no contexto de crise fiscal do estado, redução da renda das famílias e desigualdade. Portanto, temos um desafio estrutural que, assim como a previdência, precisa ser enfrentado no sistema de saúde. Ampliar o acesso à cobertura suplementar, com regras bem definidas, é um caminho para aliviar a pressão sobre o SUS. Esse debate interessa a toda a sociedade. Além disso, na experiência da Unimed, construímos parcerias locais bem-sucedidas, por exemplo no planejamento da rede assistencial e na gestão de crises como a pandemia. Isso ocorre em grandes capitais e nas menores cidades onde atuamos.

O Sistema Unimed lidera o mercado, com 38% dos beneficiários e a maior capilaridade. O que diferencia a atuação das cooperativas no setor?

A Unimed se organiza a partir do cuidado médico. Somos 118 mil médicos cooperados na linha de frente, ao lado de 134 mil colaboradores diretos. Você mencionou a capilaridade e, mais do que ter abrangência, nossas cooperativas são parte das comunidades, vivem e conhecem as necessidades locais, contribuem para viabilizar a rede assistencial, geram empregos, movimentam toda a cadeia de serviços e aportam tecnologia. Além disso, destinamos R\$ 85 milhões a projetos socioambientais em 2020. Esse vínculo é próprio do cooperativismo.



Omar Abujamra Junior, presidente da Unimed do Brasil

Ilustração Henrique Assale



OUTRAS UNIDADES DE NEGÓCIOS

- **Central Nacional Unimed**, operadora nacional com carteira de 2 milhões de beneficiários de planos de saúde

- **Unimed Odonto**, operadora de planos odontológicos com mais 600 mil clientes

- **Unimed Participações**, holding empresarial e hub de novos negócios

- **Seguros Unimed**, com atuação nos ramos de saúde, vida e previdência, seguros patrimoniais e de responsabilidade civil

- **InvestCoop Asset Management**, gestora de recursos com expertise em fundos para a saúde suplementar

- **MultiCoop**, entidade fechada de previdência complementar que atende a cooperados e colaboradores

- **Faculdade Unimed**, credenciada pelo Ministério da Educação desde 2016, com cursos de graduação tecnológica, pós-graduação e educação a distância