



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS CONTÁBEIS
MESTRADO EM CIÊNCIAS CONTÁBEIS**

MARÍLIA AUGUSTA RAULINO JÁCOME

**A REGULAÇÃO COMO PROPULSORA DE PRÁTICAS DE CONTROLE INTERNO
NA SAÚDE SUPLEMENTAR**

João Pessoa

2018

MARÍLIA AUGUSTA RAULINO JÁCOME

**A REGULAÇÃO COMO PROPULSORA DE PRÁTICAS DE CONTROLE INTERNO
NA SAÚDE SUPLEMENTAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências Contábeis, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), como requisito à obtenção do título de Mestre em Ciências Contábeis.

Área de concentração: Informação contábil

Linha de pesquisa: Informação contábil para usuários internos

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Simone Bastos Paiva

João Pessoa

2018

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

J17r Jácome, Marília Augusta Raulino.

A regulação como propulsora de práticas de controle interno na saúde suplementar / Marília Augusta Raulino Jácome. - João Pessoa, 2018.

99 f. : il.

Orientação: Simone Bastos Paiva.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCSA.

1. Ciências contábeis. 2. Regulação econômica - Influência. 3. Práticas de controle interno - saúde suplementar. I. Paiva, Simone Bastos. II. Título.

UFPB/BC

MARÍLIA AUGUSTA RAULINO JÁCOME

**A REGULAÇÃO COMO PROPULSORA DE PRÁTICAS DE CONTROLE INTERNO
NA SAÚDE SUPLEMENTAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), em cumprimento às exigências para obtenção do grau de Mestre em Ciências Contábeis.

Aprovada em 20 de fevereiro de 2018.

COMISSÃO EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Simone Bastos Paiva

Orientadora - Programa de Pós-Graduação em Ciências em Contábeis da UFPB



Prof. Dr. Wenner Glaucio Lopes Lucena

Examinador Interno - Programa de Pós-Graduação em Ciências em Contábeis da UFPB

Prof.^a Dr.^a Sabrina de Melo Cabral

Examinadora Externa – Departamento de Gestão Pública da UFPB

Ao meu Aba (Deus), aos meus pais e ao meu irmão, o que tenho de mais precioso.

[...]

“Não te deixes influenciar por pensamentos alheios ou palavras bonitas. Tenha a tua própria linguagem, seja crítico, (aperfeiçoa-te)” [...].

(Marina da Silva, Ser estudante, s.d.).

AGRADECIMENTOS

Gratidão é a única palavra que alguém, diante de uma conquista, não consegue esquecer e, por isso, faz todo o sentido que esses agradecimentos iniciem este trabalho, pois sozinho não é possível alcançar objetivos. Assim, expresso minha gratidão a todos os que depositaram suas expectativas, incentivos, confiança e estímulos em mim, mas também, aqueles que descreditaram e apenas mostraram as dificuldades dessa jornada, sim, vocês contribuíram para que eu percebesse que realmente não posso e não tenho nada, contudo, há um Deus que é a sabedoria em essência e, Ele sim, é quem me conduz por caminhos de saberes desconhecidos.

Ao meu Deus, dedico toda a evolução de conhecimento contida neste trabalho, pois veio dEle a capacidade intelectual, o que só poderia ser dado por quem possui e pode: você Deus.

Aos meus pais, Jônatas e Edileuza, por sempre me oferecerem o melhor que são e possuem. Vocês me ensinaram a batalhar e a encarar a vida sempre com muita responsabilidade. Em vocês, eu sempre vejo o cuidado e a motivação para seguir em busca de conquistas que os orgulhem. E ao meu irmão, Jônatas Júnior, com quem convivo desde a maternidade e que me ensina a ser alguém melhor sempre, não medindo esforços para estender a mão a quem necessita. Eu amo vocês incondicionalmente.

Aos meus avós (*in memoriam*), Maria Augusta, Maria da Penha e José Jácome, pelo maior presente que vocês poderiam me dar, qual seja, o nascimento e a criação dos meus pais, como pessoas íntegras e tementes a Deus.

A minha eterna “chefe”, Dra. Fátima, por ser sensível ao ponto de permitir que seus olhos fossem abertos por Deus para que me despertasse para a docência. Reconheço que você foi a primeira a me incentivar para a seleção do mestrado e nunca mediu esforços para que esse projeto se tornasse realidade. Obrigada por todo o cuidado, orientação e aprendizados, eles foram fundamentais para que eu conseguisse dar os primeiros passos. Eu a amo.

À querida professora Rossana Guerra, que pacientemente escutou as ideias, ainda imaturas e desencontradas, de uma possível candidata ao mestrado, mas que não se furtou a dar orientações e a me impulsionar para a construção de um projeto cada vez melhor.

À minha orientadora, professora Simone Paiva, que com sua paciência e equilíbrio me direcionou até a conclusão deste trabalho, sempre ponderando as minhas ideias inalcançáveis e me encorajando a contribuir com boas pesquisas acadêmicas.

Aos professores do PPGCC, que, respeitadas as variadas metodologias de ensino, contribuíram para a construção do conhecimento e para a quebra de paradigmas acerca do saber.

À minha Turma 2 do PPGCC, Luciana, Ingrid, Bárbara, Sandrielle, Genilda, Renato, Geisa, Amarando, Jaílson, Derik, Diego, Suelem, Lauro, Thamirys, juntos sofremos e sorrimos, fomos desafiados e vimos os saltos que demos em busca do nosso sonho, nos encorajamos e nos dedicamos incansavelmente aos seminários, provas, artigos e *papers*. Vocês fazem parte dessa conquista.

Às minhas amigas, Luciana e Ingrid, que estavam lado a lado comigo e, por isso, entendiam exatamente o tamanho da dedicação e renúncia exigida pelo mestrado. Juntas, choramos e sorrimos, juntas, percorremos vários quilômetros, de João Pessoa à Campina Grande, mas, tudo isso contribuiu para o nosso crescimento e para o amadurecimento da nossa amizade. Sem vocês, ficaria tudo mais difícil.

Às amigas mais chegadas, Kassya, Katiany, Leyla, Joelma, Emille e Wislenne, por saber que em vocês eu tive a compreensão acerca das minhas ausências. Amigos são irmãos que escolhemos.

À minha família, Raulino e Jácome, que sempre me proporcionou a base necessária para compreensão do que é viver em amor e se doar pelo próximo.

Gratidão a todos.

RESUMO

A presente pesquisa tem como objetivo principal analisar a influência da regulação econômica na adoção de práticas de controle interno nas organizações do mercado de saúde suplementar da Região Nordeste do Brasil. Para tanto, buscou-se a participação ativa das Operadoras de Plano de Saúde (OPS), por meio de um instrumento composto por assertivas que descrevem práticas de controle interno, com base no *framework* do COSO ICIF (2013). A amostra da pesquisa foi formada por 43 OPS da região Nordeste, correspondendo a 53,75% do universo, e os participantes foram os gestores financeiros, contábeis ou de auditoria interna, os quais responderam um questionário com base na escala de *Likert* de cinco pontos. A partir da aplicação de uma metodologia quanti-qualitativa, incluindo o teste de *Kruskal-Wallis* para análise do questionário e a utilização da técnica de análise de conteúdo para a análise da legislação e das respostas discursivas, os resultados mostraram a existência de conexão entre a regulação e algumas práticas de controle interno, todavia, sem envolver todos os princípios contidos no *framework* do COSO. Quanto à realidade das estruturas de controle interno das OPS do Nordeste, observou-se que a média geral se concentrou em 3,70, representando uma concordância parcial dos respondentes acerca da existência de práticas de controle interno, tal como listadas no questionário. Mais especificamente, o componente de atividades de monitoramento apresentou diferença estatística para todas as práticas listadas, ratificando o poder explicativo do porte da OPS e assegurando a existência da influência direta na adoção de práticas de controle interno. Acerca da existência das áreas de auditoria e controle interno, as OPS de pequeno e médio porte demonstraram ainda incipiência, o que repercute sobre a reduzida disseminação da cultura de controle nas OPS. A respeito da subordinação da auditoria interna, em nível mínimo, o posicionamento se dá diretamente em relação ao Conselho de Administração, o que impacta na garantia de sua atuação com independência. Em relação à influência da regulação na adoção das práticas de controle interno das OPS, 95% dos respondentes concordaram sobre essa existência, no entanto, de forma pormenorizada, os respondentes indicaram outros aspectos relacionados à regulação, como o *compliance*, a sustentabilidade e o seu caráter punitivo. Além disso, 9% dos respondentes afirmaram que há insuficiência da regulação em relação aos controles internos, sugerindo então, a criação de regulação específica para controles das OPS. Corroborando essa afirmação, 17% apontaram que o fortalecimento da estrutura e das práticas de controles podem ser um caminho rumo à sustentabilidade do setor da saúde suplementar. Os resultados, de modo geral, confirmaram parcialmente o pressuposto da pesquisa, a medida em que há influência da regulação na adoção de práticas de controle interno, no entanto, não foi possível confirmar a intensidade da relação quanto à adoção das práticas à medida que a regulação econômica se relacionar com estas, sugerindo que a conexão entre ambas não é fator suficiente para a adoção de práticas de controle interno.

Palavras-chave: Regulação. Controle interno. Saúde suplementar.

ABSTRACT

The present research has as its main objective to analyze the influence of the economic regulation in the adoption of internal control practices in the organizations of the supplementary health market of the Northeast Region of Brazil. To that end, the active participation of the Health Plan Operators (HPO) was sought through an instrument composed of assertions that describe internal control practices, based on the framework of COSO ICIF (2013). The surveyed sample was formed by 43 HPO in the Northeast region, which corresponds to 53,75% of the universe, and the participants were financial, account or internal audit managers, which answered to a questionnaire based on the five-points Likert scale. From the application of a quantitative and qualitative methodology, including the *Kruskal-Wallis* test for the analysis of the questionnaire and the use of the content analysis technique for the analysis of the legislation and for the discursive responses, the results showed the existence of a connection between regulation and some internal control practices, although not involving all principles within the framework of the COSO. Regarding the reality of the internal control structures of the HPO from Northeast, it was observed that the general average concentrated in 3.70 representing a partial agreement of the respondents about the existence of internal control practices, as listed in the questionnaire. More specifically, the monitoring activities component presented statistical difference for all the listed practices, confirming the explanatory power of the HPO and ensuring the existence of direct influence in the adoption of internal control practices. About the existence of audit and internal control areas, small and medium-sized HPO still showed incipience, which has repercussions on the reduced dissemination of control culture in the HPO. Regarding the subordination of the internal audit, at a minimum level, the positioning is given directly in relation to the Board of Directors, which impacts on the guarantee of its performance with independence. Concerning the influence of regulation on the adoption of internal control practices of the HPO, 95% of the respondents agreed on this existence, however, in a detailed way, the respondents indicated other aspects related to regulation, such as compliance, sustainability and its punitive character. In addition, 9% of the respondents stated that there is insufficient of regulation in relation to internal controls, suggesting then the creation of specific regulations for HPO's controls. Corroborating this such affirmation, 17% pointed out that the strengthening of the structure and of the control practices may be a path towards the sustainability of the supplementary health sector. In general, results confirmed partially the assumptions of the survey, since there is influence of the regulation in the adoption of internal control practices; however, it was not possible to confirm the relation intensity to the adoption of practices when the economic regulation is connected to it, suggesting that the connection between them is not a sufficient factor for the adoption of internal control practices.

Key words: Regulation. Internal Control. Supplementary Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Taxa de cobertura dos planos de assistência médica por unidades da federação (Brasil – Dezembro/2016)	21
Figura 2 – Conflitos de agência entre os agentes de saúde suplementar	26
Figura 3 – Relação entre operadora, prestador e beneficiário (antes e depois da regulação)	31
Figura 4 – Comparativo do setor de saúde suplementar	32
Figura 5 – Estrutura integrada do COSO de controles internos	38
Figura 6 – Relação entre a estrutura teórica e a questão de pesquisa	47
Figura 7 – Publicações e citações do descritor “saúde suplementar”	49
Figura 8 – Quantidade de publicações por autores	50
Figura 9 – Resumo da metodologia	52
Figura 10 – Categorização da questão aberta	77

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Operadoras de planos privados de saúde em atividade no Brasil (dezembro/1999 a junho/2016)	22
Gráfico 2 – Influência da regulação na adoção das práticas de controle interno ..	77

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Definições de controle interno	35
Quadro 2 – Componentes do controle interno e os respectivos princípios de acordo com a estrutura do COSO de 2013	38
Quadro 3 – Beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial do plano (Brasil - dezembro/2000 a junho/2016)	41
Quadro 4 – Linha temporal do surgimento das principais regulações da saúde suplementar no País	43
Quadro 5 – Quantitativo de beneficiários por modelo de OPS	46
Quadro 6 – Descritores de pesquisas na base <i>web of Science</i>	48
Quadro 7 – Escala de <i>Likert</i>	55
Quadro 8 – Tipos de normas editadas pela ANS	56
Quadro 9 – Temas das normas editadas pela ANS	56
Quadro 10 – Categorização dos instrumentos regulatórios na perspectiva do COSO	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Quantitativo de OPS por região do Brasil	53
Tabela 2 – Quantitativo de OPS por estado da Região Nordeste	53
Tabela 3 – Caracterização dos respondentes	59
Tabela 4 – Total de OPS e Respondentes por estado	61
Tabela 5 – Práticas de controle interno nas OPS em nível de concordância e discordância	65
Tabela 6 – Síntese dos componentes do controle interno nas OPS	68
Tabela 7 – Rotina periódica de auditoria interna	69
Tabela 8 – Características da auditoria interna	70
Tabela 9 – Componente de controle: Ambiente de controle	71
Tabela 10 – Componente de controle: Avaliação de riscos	72
Tabela 11 – Componente de controle: Atividades de controle	73
Tabela 12 – Componente de controle: Informação e Comunicação	74
Tabela 13 – Componente de controle: Atividades de monitoramento	75

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAA	<i>American Accounting Association</i> (Associação Americana de Contabilistas)
ABRAMGE	Associação Brasileira de Planos de Saúde
AICPA	<i>American Institute of Certified Public Accounts</i> (Instituto Americano de Contabilistas Públicos Certificados)
ANPCONT	Associação Nacional de Programas de Pós-Graduação em Ciências Contábeis
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNSP	Conselho Nacional de Seguros Privados
CONSU	Conselho de Saúde Suplementar
CoCo	<i>Criteria of Control Framework</i>
COSO	<i>Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission</i> (Comitê das Organizações Patrocinadoras da Comissão Treadway)
FEI	<i>Financial Executives International</i> (Executivos Financeiros Internacionais)
ICIF	<i>Integrated Framework</i> (Controles Internos e Estrutura Integrada)
IIA	<i>The Institute of Internal Auditors</i> (Instituto dos Auditores Internos)
IMA	<i>Institute of Management Accountants</i> (Instituto dos Contadores Gerenciais)
IN	Instrução Normativa
MP	Medida Provisória
OPS	Operadoras de Planos de Saúde
PPGCC	Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis
RN	Resolução Normativa
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados
TC	Teoria da Captura
TIP	Teoria do Interesse Público
TRE	Teoria da Regulação Econômica
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
1.1. Contextualização do problema de pesquisa	16
1.2. Objetivos	19
1.2.1. Objetivo geral	19
1.2.2. Objetivos específicos	20
1.3. Justificativa	20
2. REFERENCIAL TEÓRICO	25
2.1. Teoria da agência e assimetria informacional no setor de saúde suplementar.	25
2.2. Teoria da regulação econômica	28
2.3. Controle interno	34
2.4. Saúde suplementar no Brasil	40
2.5. Pesquisas empíricas sobre o tema da pesquisa	48
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	51
3.1. Delineamento da pesquisa	51
3.2. Procedimentos de coleta de dados	52
3.3. Instrumento de pesquisa	54
3.4. Métodos de análise dos dados	55
3.5. Aspectos éticos	58
4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	59
4.1. Caracterização dos respondentes e das OPS	59
4.2. Análise nos instrumentos regulatórios que remetem a práticas de controle interno	61
4.3. Práticas de controle interno existentes nas OPS	65
4.4. Análise das práticas de controle interno em função do porte das OPS	68
4.5. Influência da regulação nas práticas de controle interno	76
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
5.1. Limitações e sugestões para estudos futuros	84
REFERÊNCIAS	85
APÊNDICES	94
APÊNDICE A - Carta de Apresentação do Questionário de Pré-teste	94

APÊNDICE B - Carta de Apresentação do Questionário	95
APÊNDICE C - Questionário de pesquisa	96
APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	98

1 INTRODUÇÃO

Nesta pesquisa, discorre-se acerca dos efeitos causados pela regulação sobre o setor de saúde suplementar e pelas práticas de controle interno adotadas pelas Operadoras de Planos de Saúde (OPS). Para tanto, inicialmente, contextualiza-se o problema de pesquisa, de modo a evidenciar a relevância teórica e a prática do estudo, em seguida, apresentam-se os objetivos e a justificativa do estudo.

1.1 Contextualização do problema de pesquisa

No cenário brasileiro do início da década de 30, em reduzida quantidade, a assistência médica era oferecida como forma de beneficiar grupos de trabalhadores. Contudo, o marco histórico da aquisição do direito universal à saúde aponta para a edição e promulgação da Constituição Federal em 1988, quando, publicamente, reconheceu-se a relevância da saúde pública, sendo delegado ao Estado o dever de garanti-la a todos os cidadãos. A imputação desse dever ao Estado impulsionou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, consolidava-se a obrigatoriedade da promoção do bem-estar físico, psíquico e social aos cidadãos brasileiros (SANTOS; GERSCHMAN, 2004).

Considerando o desafio da prestação de assistência à saúde imputado ao Estado, múltiplos arranjos de financiamento e provisão foram indicados para dar suporte à saúde pública e privada, o que Medici (2002) considera como o início do sistema de saúde, ainda extremamente pluralista e fragmentado. Malta et al. (2001) afirma que a política de saúde brasileira seguiu uma trajetória marcada pela redução de investimentos o que, por sua vez, repercutiu na qualidade dos serviços prestados.

Na visão de Santos e Gerschman (2004), a superposição de uma proposta universalizante (advinda do SUS) sobre um sistema de base corporativa gera uma segmentação radical do sistema de saúde, isso, conforme Bahia (2006), torna essa agenda universalizante coberta de pouca chance de ser cumprida sob o ponto de vista das condições políticas, econômicas e institucionais que prevalecem no país.

Nesse sentido, a intensificação da relação público-privada no sistema de saúde aconteceu devido ao aumento da demanda por assistência à saúde, cujos serviços passaram também a ser ofertados pelo setor privado. No entanto, essa relação é sustentada por um crescimento permeado de limitações de entendimento por parte dos beneficiários, especialmente, quanto à compreensão dos seus direitos adquiridos, por exemplo, quando

compram esses serviços. Essas limitações geraram gradativos e consequentes questionamentos e, mais tarde, transformaram-se em objeto de discussões judiciais. Dessa forma, surgiram os primeiros indícios da necessidade de regulação dos serviços de saúde prestados aos cidadãos (MARIO et al., 2006).

Segundo Andrade e Maia (2009), a saúde suplementar se caracteriza pela existência de múltiplas imperfeições que tendem a desequilibrar econômica e informacionalmente o setor. Estes desequilíbrios são causados pela incerteza do tempo, da quantidade de consumo e pela presença da assimetria informacional, o que pressupõe a demanda pela atuação regulatória do Estado. A assimetria informacional se configura quando uma das partes, depois do estabelecimento do contrato, detém mais informações em relação à outra (ANDRADE; MAIA, 2009).

A assimetria informacional na saúde suplementar contribui de modo a comprometer a qualidade do processo transacional, em que existem efeitos para a relação entre os agentes e, consequentemente, para o bem-estar social, isto ocorre em virtude do fato de que aquele que obtém mais informações acaba exercendo mais poder de mercado, pois tem mais capacidade de negociar e de controlar os outros agentes envolvidos na transação (GABAN, 2004).

Considera-se que a existência dessas imperfeições do mercado foi um impulso rumo à regulação do setor, tendo sido dada como resposta a aprovação da Lei nº 9.656, em 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e os seguros privados de assistência à saúde, a qual evidenciou a necessidade de revisar o sistema universal de saúde existente. Assim, em 28 de janeiro de 2000, foi editada a Lei nº 9.961, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), cuja finalidade é de defender o interesse do beneficiário na assistência suplementar à saúde, regulando as OPS no mercado de saúde suplementar brasileiro.

Sobre a regulação, enfatizam-se aspectos importantes estabelecidos pela ANS por meio da Resolução Normativa nº 205, de 09/10/2009, na qual consta uma série de exigências, tais como o fornecimento de dados, a divulgação de informações assistenciais aos beneficiários, a criação de reservas e garantias, além da previsão de auditorias independentes nas OPS de grande porte (as quais possuam mais de 100.000 mil beneficiários).

Em relação aos marcos regulatórios, Nishijima, Postali e Fava (2011) sugerem que eles estabeleceram novas regras, que ampliaram os direitos e as garantias dos beneficiários, o que tornou mais severa e normatizada a atuação das OPS. Para Carvalho, Fortes e Garrafa (2013), a regulação da saúde suplementar objetivou equacionar os conflitos existentes entre usuários e OPS, especialmente os referentes às restrições de utilização de procedimentos

assistenciais, quanto aos reajustes de mensalidades e à falta de garantias, devido à insolvência de empresas, resultados indicados por meio da falta de regulação e de fiscalização do setor.

Assim, sobre a concepção da regulação, Nishijima, Postali e Fava (2011) defendem que ela se atrela à melhoria da eficiência no setor de saúde suplementar, contexto no qual o Estado é posto como ator regulatório, atuando para complementar o mercado. Nesse entendimento, a função da ANS, como representante do Estado, é de proporcionar equilíbrio e sustentabilidade ao mercado de saúde suplementar.

A importância do equilíbrio informacional e econômico-financeiro se justifica por ser considerado o elemento primário e fundamental para a existência saudável de uma empresa. Por se tratarem de operações no mercado de planos de saúde, pressupõe-se mais necessidades e prioridades em seu monitoramento, devido aos riscos vinculados a esse segmento (SALVATORI; VENTURA, 2012). Some-se a isso o fato de que a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro das OPS é condição necessária para garantir a continuidade da prestação de serviços e para competir por maiores fatias do mercado.

Nesse cenário, as OPS se deparam com o desafio de permanência no mercado, e isso as impulsiona a aderir aos mecanismos de controle interno, visto que, na visão de Agyei-Mensah (2016), o controle interno se materializa como um processo, efetuado por uma entidade e projetado para dar uma garantia razoável da realização dos seus objetivos. Os controles internos das OPS têm especial importância no mercado de saúde suplementar, posto que elas operam em um ambiente de riscos, onde as falhas internas repercutem diretamente na capacidade das OPS de arcarem com as obrigações necessárias para o atendimento integral e com a prestação de assistência à saúde de seus clientes.

Nesse entendimento, em que pese sua função regulatória, a ANS monitora e regula medidas para avaliar o equilíbrio econômico-financeiro das OPS, verificando, inclusive, sua capacidade de se manter em dia com as obrigações financeiras junto a seus prestadores.

Em estudo sobre a capacidade das OPS de responderem às exigências contábeis e econômico-financeiras definidas pela ANS, Costa (2008) concluiu que a regulação pressupõe mecanismos de barreira para a entrada, a permanência e a saída das OPS e, ainda, que as OPS sentem dificuldades de se adequarem às exigências impostas pela ANS.

Em seu estudo, Mario et al (2006) se propuseram a investigar se o fato de o órgão regulador exigir determinados parâmetros econômico-financeiros para assegurar às empresas reguladas o direito de continuarem funcionando pode afetar sua escolha por práticas contábeis. Os autores chegaram a conclusão de que há influência nas escolhas de práticas contábeis para a evidenciação da situação econômico-financeira das entidades perante a ANS.

Estudando sobre a saúde suplementar e a assimetria informacional, Sofal (2012) discutiu a regulação econômica exercida pelo Estado sobre a assimetria informacional, concluindo que é preciso mais eficiência econômica advinda da regulação do setor. Isso sugere que, para um maior desenvolvimento do setor, são imprescindíveis estratégias que combinem o regime concorrencial com mecanismos de controle interno e externo, visando evitar as ineficiências de alocação de recursos.

Assim, considerando os resultados de estudos anteriores, entende-se que é importante aprofundar a discussão sobre a regulação e o controle interno na saúde suplementar. Esse cenário oferece oportunidade para se discorrer sobre a seguinte questão norteadora: **Qual a influência da regulação nas práticas de controle interno adotadas nas operadoras de planos de saúde do mercado de saúde suplementar da Região Nordeste do Brasil?** A partir das constatações dos estudos até aqui evidenciados, o pressuposto principal desta pesquisa é que, há influência da regulação na adoção das práticas de controle interno e quanto mais a regulação se relacionar com essas práticas, mais as OPS as adotarão. Com base nas reflexões sobre o referencial teórico construído e nos dados obtidos em documentos e com os gestores das OPS, a pesquisa pretende contribuir para que se possa compreender melhor quais os aspectos da regulação que influenciam na adoção de práticas de controle interno e, por conseguinte, verificar o impacto dessa influência na implantação dessas práticas, de modo que o conhecimento gerado possa colaborar para a identificação de fatores relevantes e direcionadores de possíveis tendências e oportunizar o aprimoramento de práticas de controle interno e de gestão nas OPS.

1.2 Objetivos

Com o propósito de responder à questão de pesquisa, foram definidos os seguintes objetivos para o estudo.

1.2.1 Objetivo geral

Analisar a influência da regulação na adoção de práticas de controle interno nas operadoras de planos de saúde do mercado de saúde suplementar da Região Nordeste do Brasil.

1.2.2 Objetivos específicos

- a) Caracterizar os respondentes e as OPS;
- b) Investigar aspectos da regulação que aludem às práticas de controle interno nas OPS;
- c) Identificar as práticas de controle interno existentes nas OPS pesquisadas;
- d) Analisar a aderência às práticas de controle interno em função do porte da OPS;
- e) Analisar a percepção dos gestores das OPS quanto à influência da regulação na adoção das práticas de controle interno nas OPS.

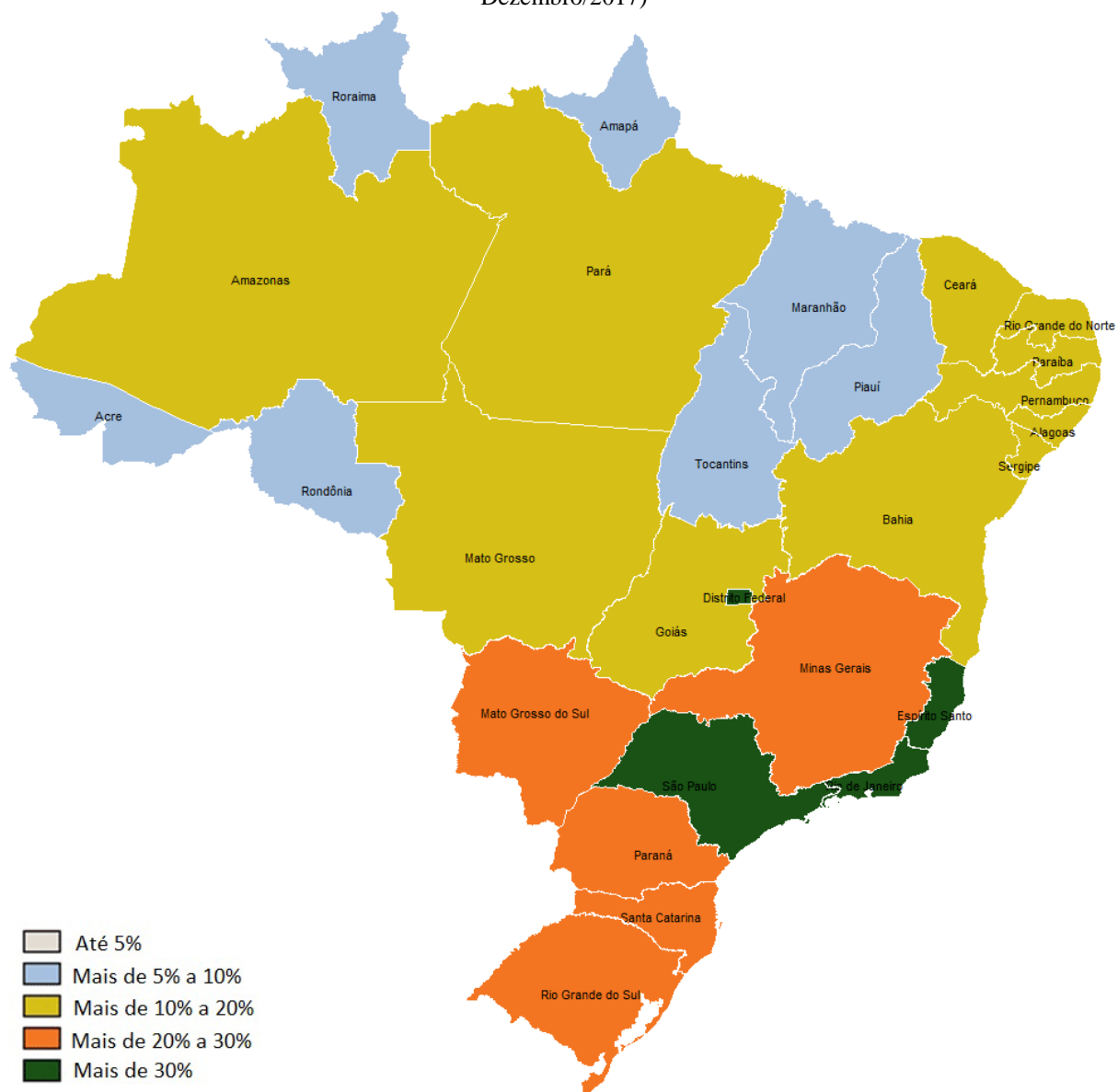
1.3 Justificativa

A saúde suplementar é um mercado caracterizado por sua complexidade e particularidade, especificamente, no que diz respeito ao objeto de negócio ofertado – o serviço de assistência à saúde. Permeado de riscos, esse mercado abrange cerca de 47,8 milhões de brasileiros que movimentaram o montante de recursos financeiros, no ano de 2016, em termos reais, de R\$ 118 bilhões de reais em receitas de contraprestações e 101 bilhões de reais em despesas assistenciais (ANS, 2017).

Sobre o público de beneficiários do setor de saúde suplementar, na Figura 1 retrata-se a cobertura dos planos de assistência médica, por estado, no Brasil. Nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Espírito Santo, a taxa de cobertura está acima de 30%, demonstrando maior concentração dos recursos movimentados pelas OPS. Ainda sobre essa cobertura, os estados do Nordeste mostram forte concentração e são classificados na faixa entre mais de 10% a 20%, excetuando-se o Maranhão e o Piauí, que apresentam cobertura entre 5% e 10%.

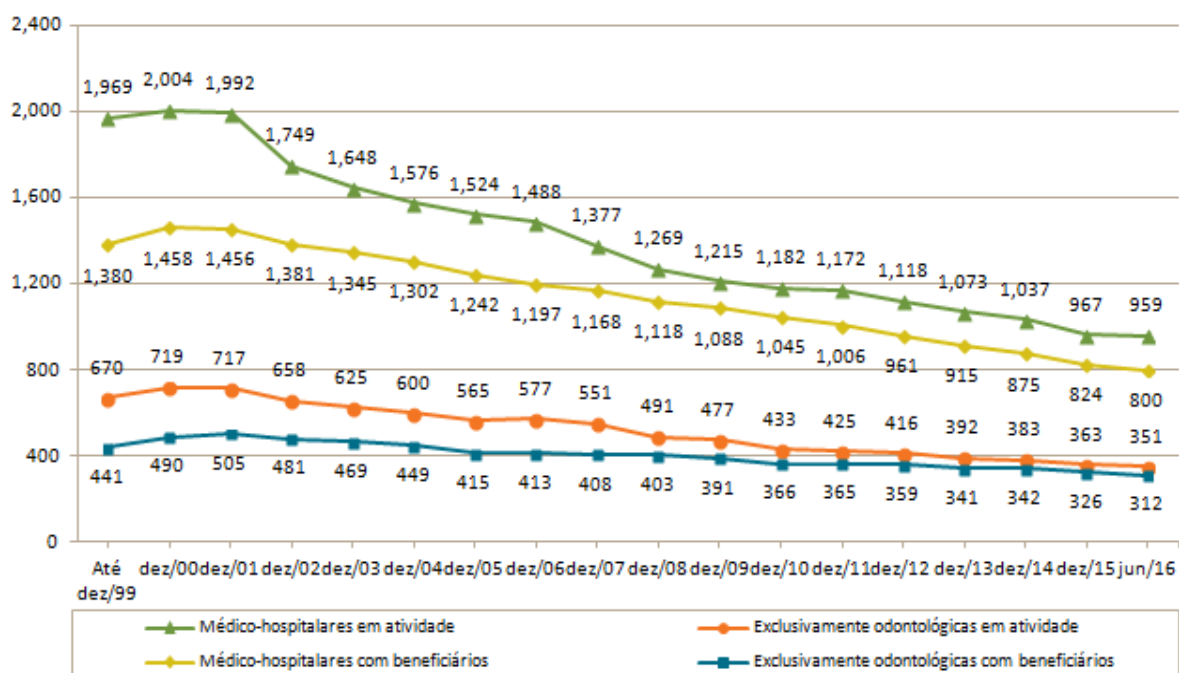
Almeida e Sant'anna (2010) afirmam que, devido à abrangência territorial, atrelada ao quantitativo de beneficiários participantes do mercado de saúde suplementar, e devido à complexidade que permeia o setor de saúde em relação ao risco inerente à própria atividade e à crescente regulação da ANS, o fator de risco se refere ao fato de que as OPS não preveem o gasto futuro com seus beneficiários, porquanto, essa é uma variável exclusiva e decorrente da utilização do plano de saúde. Nessa perspectiva, Guimarães e Alves (2009) asseveram que o mercado tem sinalizado negativamente quanto à solvência das OPS, o que remete diretamente às dificuldades financeiras, que, se confirmadas em algum momento, poderão comprometer a prestação de serviços aos seus usuários.

Figura 1 – Taxa de cobertura dos planos de assistência médica por unidades da federação (Brasil – Dezembro/2017)



Fonte: Caderno de Informações da Saúde Suplementar - Sistema de informações de beneficiários/ANS/MS – 12/2016 e População – IBGE/DATASUS/2012.

Segundo Guimarães e Alves (2009), a solvência das OPS é um fator indissociável de um bom desempenho e, conseqüentemente, para a permanência e a sustentabilidade das OPS no mercado de saúde suplementar. Historicamente, a ANS (2016) demonstra a constante redução na quantidade de OPS em pleno funcionamento no mercado da saúde suplementar. Excluindo as entidades odontológicas, em 2010, havia 1.045 OPS, em 2011, esse número foi reduzido para 1.006, em 2012, havia 961, em 2013, eram 915, em 2014, caiu para 875, em 2015, 824 e, em 2016, 800 OPS ativas e com beneficiários, cadastradas na base de dados da ANS, conforme mostra o Gráfico 1.

Gráfico 1 – Operadoras de planos privados de saúde em atividade no Brasil (dezembro/1999 a junho/2016)

Fonte: Sistema de informações de beneficiários/ANS/MS (2016) e CADOP/ANS/MS (2016).

Esses dados remetem ao risco de insolvência das OPS, e sobre isso Almeida e Sant'anna (2010) ressaltam que além dos beneficiários afetados diretamente pela impossibilidade de utilizar o serviço de saúde, os prestadores de serviços (hospitais, clínicas, laboratórios, médicos e outros), serão indiretamente afetados. Isso acarretará impactos negativos para o mercado de saúde suplementar e, conseqüentemente, para a economia brasileira, além de contribuir para um colapso no que diz respeito à prestação de serviços de saúde aos brasileiros.

Convém ressaltar que, na busca por equilíbrio econômico-financeiro, solvência e melhores desempenhos nas OPS, a regulação pode exercer influência sobre as práticas internas das OPS. Nesse cenário, a ANS tem exercido sua função regulatória, por meio da edição de normativos que impõem a constituição de garantias financeiras, reservas e mecanismos com vistas a promover o alcance dos objetivos da entidade.

Considerando a importância do setor de saúde suplementar em seu contexto social, a ANS (2016) afirma que, de cada três brasileiros, pelo menos um possui plano privado de assistência à saúde, e que os montantes financeiros de R\$ 262.678.679.502,00 (duzentos e sessenta e dois bilhões, seiscentos e setenta e oito milhões, seiscentos e setenta e nove mil e quinhentos e dois reais), que circularam nesse setor, em 2016, correspondem a 4% do PIB do Brasil (ANS, 2016).

Assim, esta pesquisa se apresenta relevante por ter o propósito de estudar como a regulação pode influenciar na adoção de práticas de controles internos nas OPS, uma vez que, pacificamente, os controles internos são mecanismos que podem promover o equilíbrio econômico-financeiro da entidade e garantir o alcance dos seus objetivos, os quais, no caso em questão, materializam-se a partir da prestação de serviços de assistência à saúde aos seus beneficiários.

Além disso, os resultados deste estudo possibilitam identificar em quais aspectos a regulação pode influenciar na adoção de práticas de controle interno nas OPS. Assim, torna-se possível agregar novos conhecimentos acerca da importância desses mecanismos de regulação e discutir sobre o mercado de saúde suplementar, cujos estudos ainda são escassos na área acadêmica.

A escassez desses estudos pode ser confirmada pela existência reduzida de pesquisas presentes nos anais de dois importantes eventos da área contábil no país: os Congressos da Associação Nacional de Programas de Pós-graduação em Ciências Contábeis (ANPCONT) e o Congresso USP (Universidade de São Paulo) de Contabilidade e Controladoria, ambos no período de 2007 a 2016, e cujos descritores de busca utilizados foram: saúde, saúde suplementar, planos de saúde, operadoras de planos de saúde e Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Com esses critérios de busca, nos anais dos congressos da ANPCONT, não foi possível identificar pesquisa que tivesse afinidade com o tema proposto neste estudo, em particular, com a área da saúde suplementar. Já nos anais do Congresso USP foram identificados quatro (04) trabalhos, a saber: em 2011, o artigo intitulado “Gastos com Serviços Médicos por *status* de sobrevivência no Setor de Saúde Suplementar no Brasil”, (ANDRADE; MAIA; RODRIGUES, 2013); em 2012, o artigo intitulado “Implantação do *Balanced Scorecard* como Instrumento Estratégico em Operadoras de Plano de Saúde: estudo de caso” (VIANA; CARDOSO, 2012); em 2014, o artigo intitulado “Uma Análise Exploratória da Viabilidade do Microseguro Saúde no Brasil” (MARTINS; AFONSO, 2014), e ainda, o artigo intitulado “Análise da Influência da Regulação Econômica e Tributária no Gerenciamento das Provisões Técnicas constituídas por Operadoras de Planos de Saúde” (MATTOS; MACEDO, 2014).

Além dos bancos de dados dos anais dos dois congressos mencionados, foram realizadas buscas em periódicos qualificados da área de Contabilidade e Finanças, a saber: Revista Contabilidade & Finanças, Contabilidade Vista & Revista, *Advances in Scientific and Applied Accounting – ASAA*, *Brazilian Business Review*, Revista Universo Contábil, BASE

(UNISINOS), Custos e @gronegocio *online*, Revista Contemporânea de Contabilidade, Revista Brasileira de Gestão de Negócios, Revista de Contabilidade e Organizações, Revista de Educação e Pesquisa em Contabilidade, Sociedade, Contabilidade e Gestão, Revista Enfoque: Reflexão Contábil, Contabilidade, Gestão e Governança e Pensar Contábil.

Em relação ao período de publicação de 2013 a 2017, foram encontrados apenas dois (02) artigos, que abordam o tema desta pesquisa: o primeiro é uma publicação do ano de 2014, no periódico Contabilidade, Gestão e Governança, cujo título é “Análise das Intervenções da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) através dos Índices de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS)” (SANCOVSCHI; ÁLVARO; ALBERTO, 2014); e o outro, de 2015, publicado na Revista Universo Contábil, que tem como título: “Efeitos da regulação econômico-financeira nas estratégias de financiamento das Operadoras de Planos de Saúde” (PINHEIRO et al., 2015).

Com base no exposto, pode-se perceber que esta pesquisa poderá contribuir para a construção e o desenvolvimento do conhecimento teórico e prático na área da saúde suplementar. Além disso, por fim, vale ressaltar que este estudo está em sintonia com a linha de pesquisa “Informações contábeis para usuários internos”, do Programa de Pós-graduação em Ciências Contábeis (PPGCC) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), uma vez que a questão de pesquisa será analisada na perspectiva dos gestores de OPS, possivelmente, os principais usuários internos das informações resultantes dos aspectos regulatórios (econômicos e financeiros), considerando-se, inclusive, que eles são responsáveis pela condução dos processos internos das organizações, abrangendo, dessa forma, o funcionamento dos controles internos como mecanismo de promoção do equilíbrio financeiro, da sustentabilidade e do desempenho satisfatório do negócio.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

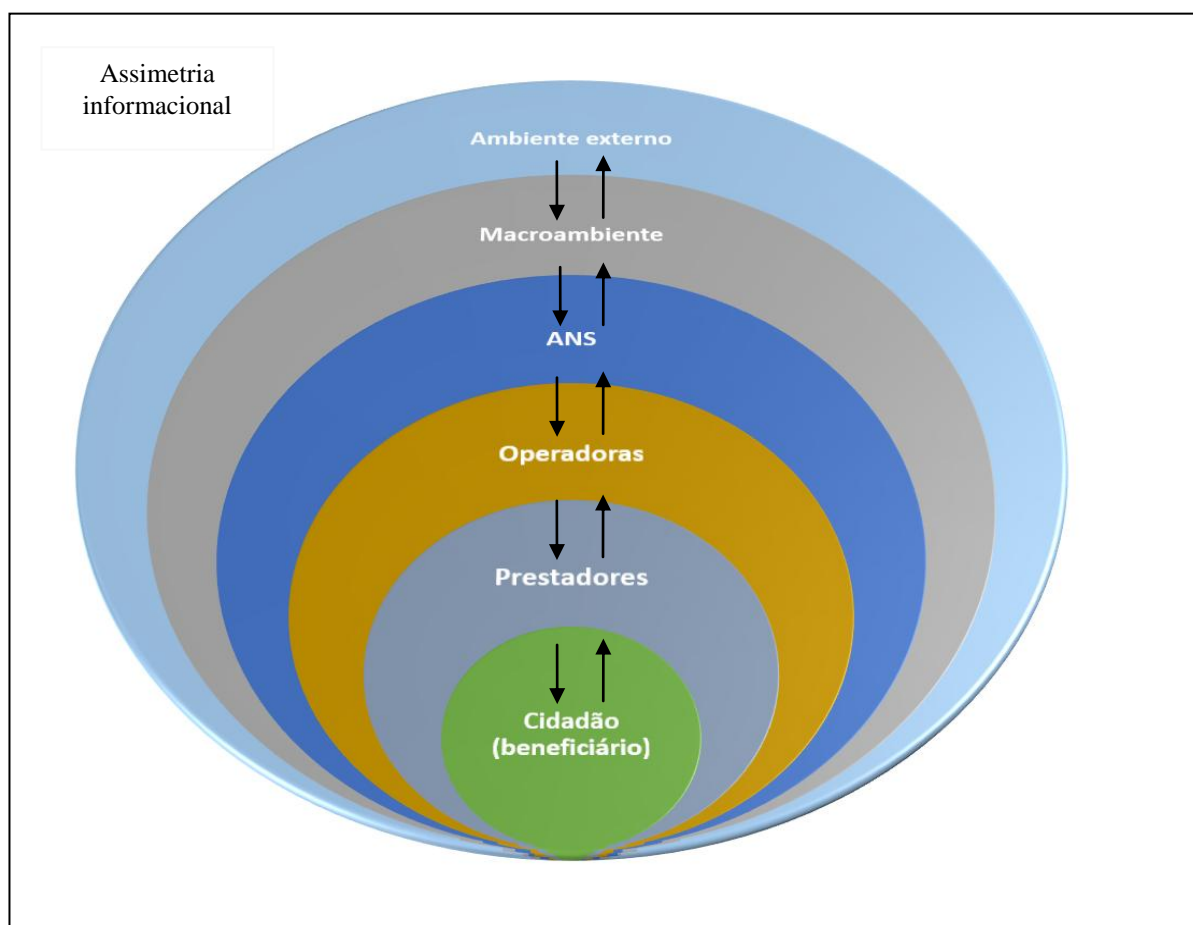
Neste capítulo, são tratados os seguintes tópicos: Teoria da agência e assimetria informacional, Teoria da regulação, Controle interno e Saúde suplementar no Brasil. Os conteúdos ora apresentados tecem a malha teórica necessária para a compreensão da problematização e a interpretação dos resultados.

2.1 Teoria da agência e assimetria informacional no setor de saúde suplementar

A teoria da agência é a base teórica que, mediante análise, identifica a existência de relações entre atores de um sistema, a qual pode resultar em conflitos decorrentes de divergências de interesses entre eles. A esse respeito, Fama (1980) afirma que tal teoria analisa os conflitos e também os custos resultantes da separação entre propriedade e controle de capital. No cenário das empresas de capital aberto, facilmente se identifica a falta de participação do acionista no gerenciamento da empresa, configurando a separação entre a propriedade e o controle.

A definição de Jensen e Meckling (1976) estabelece que a relação de agência se configura como um contrato em que o principal, por meio de uma relação de prestação de serviços, contrata o agente para desempenhar funções relacionadas à gestão de recursos e, por conseguinte, da organização, o que envolve a delegação de autoridade e responsabilidade de decisão para o agente. Para Hendriksen e Van Breda (1999), a teoria da agência é um modelo de tomada de decisão que envolve mais de um indivíduo e que tem um enfoque prescritivo, em que um dos indivíduos é o agente, e o outro é o principal, em que o primeiro executa tarefas para o segundo, que tem o dever de remunerá-lo.

Os conflitos originados da teoria da agência apontam para a assimetria informacional como a causa deles. Sobre isso, Andrade e Maia (2009) afirmam que a assimetria se configura quando um agente detém um conhecimento a respeito de informações não disponíveis para os outros agentes participantes da relação. No cenário da saúde suplementar, essa assimetria pode ocorrer entre os prestadores de serviços de saúde, ou seja, as OPS, os beneficiários e a ANS, conforme apresentado na Figura 2.

Figura 2 – Conflitos de agência entre os agentes da saúde suplementar

Fonte: a própria autora, 2017.

Os conflitos entre os atores da saúde suplementar podem se materializar, por exemplo, no momento em que o beneficiário contratará o plano de saúde, isto quando tal sujeito omite informações acerca da sua real situação de saúde, acarretando na assunção de maior risco por parte da OPS. Outro exemplo de conflito entre os atores se dá pela obrigatoriedade das OPS fornecerem informações financeiras e econômicas à ANS, uma vez que esta monitora seus índices e impõe restrições às OPS com baixos índices. Essa relação se encontra permeada de assimetria informacional, podendo colaborar para a ineficiência desse mecanismo regulatório.

Ainda quanto aos conflitos, a relação entre as OPS e os prestadores de serviço pauta-se na busca por serviços e na contraprestação pecuniária oferecida por eles. É uma relação em que as OPS buscam minimizar os seus custos com os serviços oferecidos aos seus beneficiários, e os prestadores de serviços procuram maximizar os valores recebidos pelas OPS, como mecanismo de manutenção do negócio.

Rover et al. (2012, p. 3) entendem que a assimetria de informação ocorre devido ao fato de que “os usuários internos estão mais informados, visto que têm acesso privilegiado às informações da organização”. Por isso, é possível compreender que o acesso às informações

está bem mais disponível para os usuários internos, tendo em vista a facilidade e a necessidade de manejar essas informações em relação às atividades operacionais da organização.

Sobre a assimetria informacional, Akerlof (1970) argumenta que a falta de condições perfeitas do mercado ocasiona falhas, como o risco moral. Há que se ressaltar que vários mercados são permeados pelos problemas de assimetria informacional, o que não é diferente no mercado da saúde suplementar, no qual esses problemas podem ocorrer, por exemplo, quando o beneficiário não dá informações sobre o real estado de sua saúde ou nas situações em que as OPS escolhem uma carteira de beneficiários com maior probabilidade de utilizar os serviços.

O risco moral pressupõe que há uma predisposição de o agente modificar seu comportamento, de forma oportunista, e transferir os custos para a outra parte da relação contratual (AKERLOF, 1970). A presença do risco moral no mercado de saúde suplementar se concretiza em virtude da sobreutilização dos serviços contratados. Nishijima, Postali e Fava (2011) corroboram essa assertiva quando afirma que os possuidores de planos de saúde, em média, consomem mais, indicando que a posse de um plano de saúde pode ser um motivo causador de risco moral.

Na assistência à saúde, o risco moral se refere, especificamente, à mudança no comportamento de consumo, quando os indivíduos são protegidos ou isolados contra determinados riscos e perdas por seguros de saúde (PAULY; HELD, 1990). Por isso, grande parte da literatura econômica demonstra como a procura por cuidados de saúde é sensível às variações de preços. Esse fato foi ilustrado em um ensaio clínico controlado, realizado nos Estados Unidos (EUA). O experimento (1971-1982) descobriu que os segurados, quando condicionados a pagar mais por um seguro privado de saúde, tendem a usá-lo menos. Esse estudo parece sugerir que o risco moral aumenta a demanda de seguros sem que, necessariamente, os segurados sejam mais saudáveis (WHELAN, 2013).

O risco moral é tratado na literatura como um caso especial de assimetria de informação, tendo em vista que o segurador não tem informações completas sobre o segurado, especialmente como e por que ele vai realmente utilizar o seguro (ARON-DINE et al., 2012). Por essa razão, o risco moral é um problema de ação oculta para o segurador.

Assim, para minimizar a existência do risco moral nos serviços de saúde, as OPS desenvolveram formas de transferir alguns riscos e custos para os beneficiários. Isso pode ser observado nas franquias e na coparticipação, formas exemplificadas por Eichner (1998) e Manning e Marquis (2001). Corroborando a ideia do compartilhamento de custos, Whelan

(2013) afirma que esse é um mecanismo por meio do qual a OPS deixa de se intitular como responsável exclusiva pelas despesas dos beneficiários, porquanto, há uma partilha dessa responsabilidade com esses sujeitos. Na visão de Whelan (2013), isso é o que se pode chamar de mecanismo de diminuição do risco moral, em que é atribuída aos beneficiários uma parcela dos custos das utilizações dos serviços de saúde.

A importância de se considerar a existência do risco moral e de pressupor que esse fator exerce influência direta no consumo dos beneficiários de planos de saúde deve-se ao fato de que a sinistralidade é um importante indicador de utilização dos serviços. Para Malta et al. (2001), o conceito de sinistralidade está estritamente ligado à representação entre as despesas assistenciais e o total das receitas com operação de planos de saúde (contraprestações efetivas). Os autores seguem afirmando que não existe consenso sobre a sinistralidade ideal para as OPS, contudo, quanto maior for a sinistralidade, menor será a margem de lucratividade das OPS, haja vista essas grandezas serem inversamente proporcionais.

Desse modo, as OPS devem considerar uma margem de lucratividade suficiente para custear suas despesas administrativas e comerciais, a fim de viabilizar o negócio. Sobre isso, Mourad, Paraskevopoulos e Michaelis (2010) afirmam que, no plano de saúde, o preço pago por cada beneficiário, por meio das mensalidades, equivale ao risco do custo dos serviços que serão utilizados, mais os custos administrativos e o lucro que as OPS deverão obter pela transação e pela assunção do risco.

Nesse cenário de monitoramento da lucratividade e dos custos das OPS, a ANS, cumprindo sua função regulatória, estabelece a obrigatoriedade do envio periódico das informações financeiras e contábeis, para consolidar as informações do setor e, por meio de métricas pré-estabelecidas, divulgar para que os usuários tenham acesso às informações, o que contribui para reduzir a assimetria informacional presente no setor.

Nesse sentido, em que pese à função regulatória da ANS, é importante compreender as origens e os cenários que fomentaram seu surgimento e entender como essa regulação pode influenciar a forma como as OPS conduzem suas decisões na gestão, em busca do equilíbrio econômico-financeiro e da sustentabilidade na saúde suplementar.

2.2 Teoria da regulação econômica

As discussões acerca da regulação iniciaram a partir de questionamentos sobre a intervenção estatal na economia. Segundo Hantke-Domas (2003), isso se deve ao fato de que, nos Estados Unidos e no Reino Unido, essa regulação consistia em proteger o interesse

público. Nesse cenário, segundo Stigler (1971), emerge a Teoria do Interesse Público (TIP), corroborando a ideia de que essa regulação traria benefícios (de forma geral) para o público.

A TIP pressupõe que a legislação buscará maximizar o bem-estar social (PINHEIRO et al., 2015). Contudo, Pinheiro et al. (2015, p. 112) afirma que, “sem a ideia de limitar o comportamento das empresas, a teoria não conseguiria explicar porque elas foram beneficiadas com a regulação”, o que dá indícios de que os reguladores favoreceriam a indústria. Esse fenômeno é denominado de “captura” e originou a Teoria da Captura, cujo objetivo, segundo Pinheiro et al. (2015), é de atender, justamente, às demandas da indústria.

Para Mario et al. (2006), a Teoria da Captura (TC) pressupunha que a agência reguladora sempre era capturada pela indústria regulada. Isso contribuía para facilitar a liberalidade do regulador em maximizar os lucros das empresas reguladas, em detrimento do cumprimento do seu objetivo inicial, que seria o de causar bem-estar público. Logo, conforme Campos (2008), a TC foi criticada por apresentar o mesmo problema conceitual da TIP, posto que demonstrou fragilidade (evidenciada empiricamente), que embasou a conclusão de que essas duas “ditas teorias”, na visão de Mario et al. (2006), eram apenas hipóteses. Esse foi o marco inicial para o surgimento da Teoria da Regulação Econômica (TRE).

Duas premissas da TRE são destacadas na literatura: a primeira se refere ao fato de que o mecanismo básico de atuação do Estado é seu poder de coerção, conquanto tal poder exista, sempre haverá grupos se contrapondo a ele, no sentido de convencer o Estado a usá-lo em benefício próprio. A segunda premissa da TRE é de que o ser humano é impulsionado a tomar decisões racionais sempre a seu favor (VISCUSI; VERNON; HARRINGTON, 1995).

Nesse cenário de regulação, no que se refere ao mercado de saúde suplementar, Pinheiro et al. (2015) afirma que parece haver consenso favorável à intervenção estatal, a fim de garantir o bem-estar social. Sobre esse tipo de mercado, estima-se que, no Brasil, os primeiros planos privados de saúde passaram a existir em meados dos anos 1950, ainda sob uma perspectiva liberal dos agentes de mercado, surgindo, portanto, em um cenário escasso de regras formais específicas sobre o seu funcionamento. Nesse contexto, a livre pactuação entre os contratantes era o suficiente para garantir a autorregulação dos mercados.

Como esse mercado se desenvolvia por meio do modelo de autorregulação, o governo se deparou com questões insolúveis, as quais, segundo Mario et al. (2006), estavam interligadas com a diversidade de produtos comercializados por milhares de OPS, com o recebimento antecipado das contraprestações pagas pelos beneficiários e com o não fornecimento do serviço de assistência à saúde contratado, de sorte que essas questões evidenciavam falhas no mercado de saúde suplementar.

Assim, considerando que o impulso para a regulação foram as falhas desse mercado, Mario et al. (2006) afirmam que o Estado deve contribuir para minimizar essas falhas. Essa é a justificativa mais simples para a regulação. As falhas identificadas pelo governo dizem respeito à assimetria informacional, em que a discrepância da informação disponível ao consumidor o coloca em situação de vulnerabilidade, porquanto ele não dispõe de todas as informações necessárias para tomar decisões em relação às OPS.

Sobre a assimetria informacional, Pindyck (2002) afirma que em ocasiões cujos agentes envolvidos em uma operação no mercado detêm o privilégio da exclusividade de alguma informação relevante em relação à outra parte da operação, há um problema de assimetria informacional. Então, considerando que a assimetria informacional permeia o mercado da saúde suplementar, o objetivo do governo de regular esse mercado deveu-se à necessidade de padronizar os produtos e os serviços e, conseqüente, reduzir a assimetria das informações.

Sobre como se processam a regulação econômica e a assimetria informacional, Viscusi, Vernon e Harrington (2000) defendem que, se vivêssemos em um mundo que funcionasse de acordo com a concorrência perfeita, por conseguinte, haveria pouca necessidade de políticas de concorrência e esforços regulatórios. Nesse sentido, os autores apregoam que os mercados consistiriam em um grande número de fornecedores de um produto e os beneficiários seriam totalmente informados das implicações de cada produto.

Além disso, Viscusi, Vernon e Harrington (2000, p. 297) entendem que, em um mercado assimétrico, são necessários esforços regulatórios para preencher as lacunas informacionais decorrentes da assimetria e que esse impulso rumo à regulação econômica é uma forma de o governo impor uma “limitação na discricionariedade que deve ser praticada pelas organizações, usando do poder de coerção com o propósito de restringir as decisões econômicas”. Quando o mercado não disponibiliza mecanismos que produzam esse equilíbrio entre seus agentes, o Estado precisa intervir para proporcionar um equilíbrio informacional na relação entre OPS e beneficiários.

Ainda sob o enfoque econômico, Mattos (2002) defende que a regulação pode ser entendida por meio de métodos administrativos de correção de “falhas de mercado” e de estabilização do desenvolvimento econômico. Por meio desse mecanismo, o Governo garante a uniformização e a redução de conflitos existentes entre os agentes do mercado.

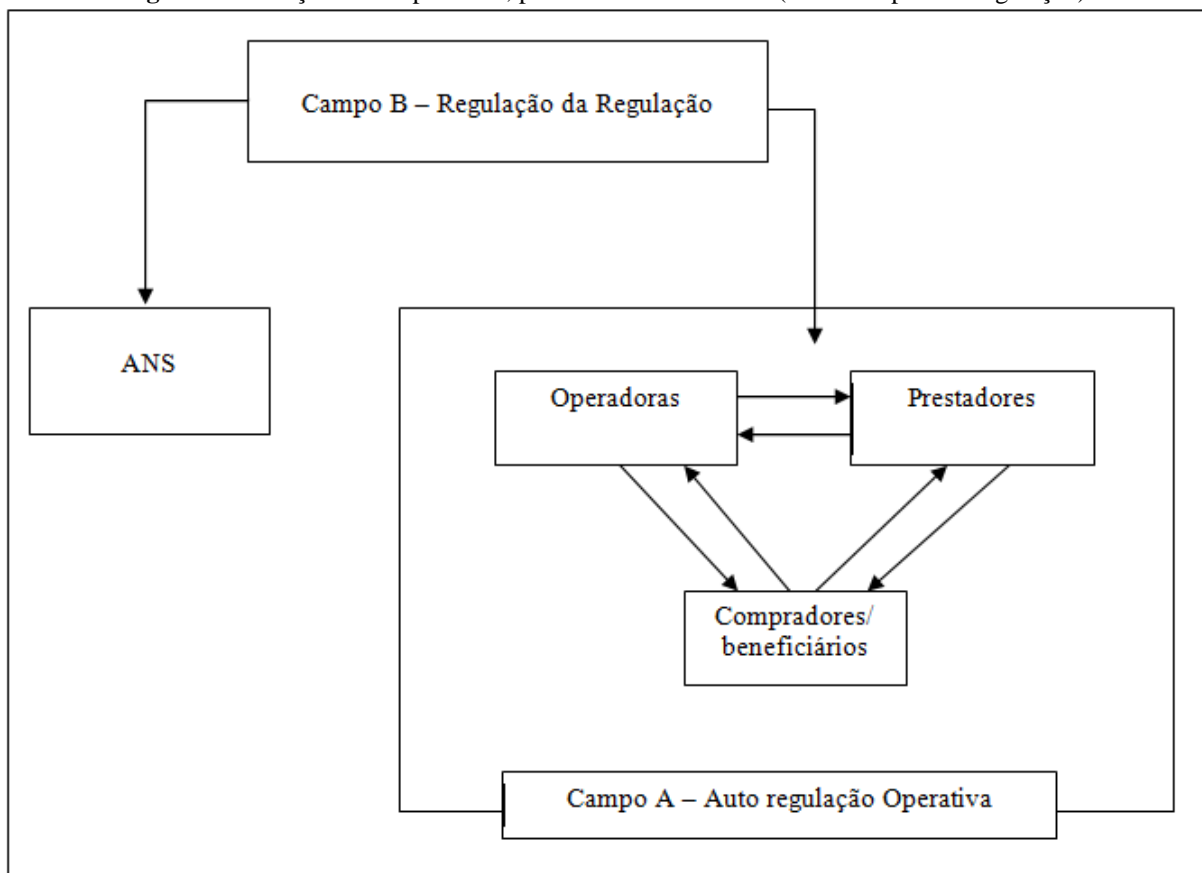
No setor da saúde suplementar, Gerschman et al. (2011) referem que a regulação econômica surgiu como mediadora e como fonte de resolução dos conflitos existentes entre os usuários e as operadoras de planos de saúde. Logo, a regulação pode ser definida como o

conjunto de formas institucionais, redes e normas explícitas e implícitas que asseverem que as relações sociais de produção sejam compatíveis com o seu desenvolvimento de consumo social (BOYER, 2004; AGLIETTA, 1976; HIRSCH, 2010).

Para ilustrar as relações entre os atores do mercado de saúde suplementar e os mecanismos da regulação, a Figura 3 demonstra, inicialmente, a autorregulação, antes da criação da ANS, e, um segundo cenário, em que se prevê a intervenção da ANS.

Notadamente, as relações nesse setor ocorrem nos sentidos horizontal e vertical, contudo, explicitamente no campo A, a inter-relação se configura por meio das operações que envolvem os beneficiários, que são os favorecidos dos serviços de planos de saúde, as OPS, detentoras dos produtos oferecidos aos beneficiários, e os prestadores, que por sua vez prestam os serviços comercializados pelas OPS e adquiridos pelos beneficiários dos planos de saúde.

Figura 3 – Relação entre operadora, prestador e beneficiário (antes e depois da regulação)



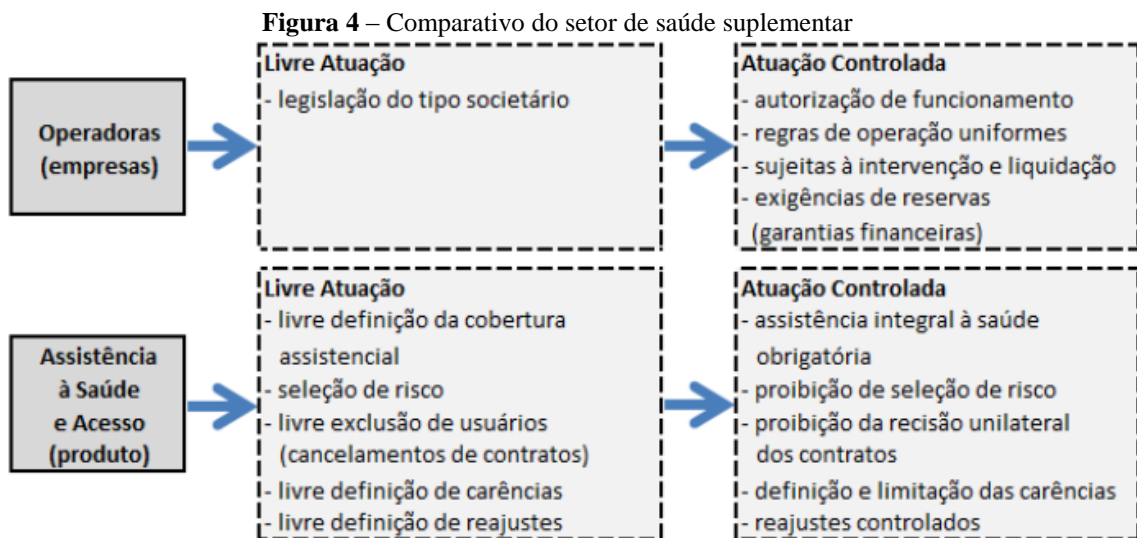
Fonte: Adaptado de Malta e Merhy. (2001, p. 436).

Nesse cenário, retratado no campo A, anterior à criação da ANS, claramente se observa a falta da regulação como atenuadora das relações, o que torna o ambiente suscetível à constituição de diferentes entendimentos no que diz respeito à troca de informações, à

padronização de mecanismos internos, aos conflitos entre os atores, à instituição de direitos e às obrigações. Isso significa que eram necessários mecanismos regulatórios advindos do ambiente externo.

Por sua vez, o campo B demonstra o surgimento e a atuação da ANS como órgão responsável pela regulação do setor de saúde suplementar, órgão que atenderia à demanda originada dos conflitos do campo A. No entendimento apresentado na Figura 3, a ANS foi criada para instituir mecanismos de regulação que abrangessem as OPS, os beneficiários e os prestadores de serviços de saúde, de modo a dirimir os constantes conflitos originados pela ausência de padrões regulatórios no setor.

Verifica-se, com base no exposto, que é latente a necessidade da força de regulação exercida pelo Estado com a inserção da ANS no mercado de saúde suplementar, com o objetivo de restringir os poderes concentrados nas OPS, levando-as a seguir regras específicas para manterem suas atividades nesse mercado. Montone (2002) ilustra o comparativo do setor de saúde suplementar em dois momentos: antes e depois da regulação (Figura 4).



Fonte: Montone (2002).

Vê-se que os cenários foram bastante modificados com a inserção da regulação. Isso se aplica tanto em relação às OPS quanto em relação ao próprio produto ou serviço oferecido aos beneficiários. No cenário de falta de regulação, o setor foi marcado por sua livre atuação, em que as práticas de livre definição da cobertura assistencial eram permitidas e as OPS podiam praticar a seleção de risco, escolhendo os beneficiários possíveis adquirentes de seus produtos.

Outra prática permitida era o cancelamento dos contratos sem comunicação prévia ou por escolha unicamente da OPS, o que, por vezes, inviabilizou a utilização dos serviços pelos beneficiários. Por fim, as práticas de livre definição de carências e de reajustes culminaram em conflitos entre os usuários e as OPS, o que colaborou para a regulação do setor.

Ainda com base na Figura 4, vê-se que, no cenário posterior à regulação, a existência e a manutenção das OPS passaram a ser monitoradas pela ANS, ao ponto de que, em sua abertura, a OPS precisava preencher os requisitos e constituir as garantias financeiras, com o objetivo de resguardar o direito dos beneficiários à assistência à saúde. Outra modificação que merece destaque é a proibição da seleção de risco, pressupondo que qualquer cidadão pode adquirir o plano de saúde de qualquer OPS. Ademais, houve mudanças no que diz respeito às proibições que causaram alterações significativas no setor, dentre as quais: a rescisão unilateral por parte da OPS e o estabelecimento de parâmetros para definir as carências e os reajustes, o que eliminou a subjetividade e a livre atuação por parte das OPS.

No setor brasileiro da saúde suplementar, o principal marco legal aconteceu com a publicação da Lei nº 9.656/98, que regulou esse mercado. Inicialmente, a função de regulação foi compartilhada entre os Ministérios da Fazenda e da Saúde. Mario et al. (2006) esclarecem que, por um lado, ao Ministério da Fazenda, por meio do Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) e da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), atribuiu-se a função de regular os aspectos econômico-financeiros. Esses órgãos atuaram no processo de elaboração de normas de funcionamento, fiscalização e políticas de reajustes.

Por outro lado, os aspectos assistenciais, de qualidade e rol de procedimentos, foram delegados ao Ministério da Saúde, por meio do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) e da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). A bipartição da função de regulação permaneceu vigente até a criação da ANS e começou com a Medida Provisória (MP) nº 1.928/99, convertida na Lei nº 9.961/00, em que se estabelece que a ANS é uma autarquia sob regime especial, cuja finalidade é de regular, normatizar, controlar e fiscalizar o mercado de saúde suplementar no Brasil.

Na visão de Gerschman et al. (2011), o marco conceitual da regulação refere-se ao papel proativo do Estado de definir as políticas sociais e intervir nelas, especificamente no que diz respeito aos instrumentos de planejamento de políticas de saúde pública e privada. Nesse sentido, como medida de estabelecimento e segregação da estrutura interna da ANS, concomitantemente à criação da ANS, por meio da Lei nº 9.961/00, houve a aprovação do Decreto nº 3.327/00, explicitando que a ANS é constituída pela seguinte estrutura básica: Diretoria Colegiada (DICOL), Procuradoria Federal junto à ANS (PROGE), Ouvidoria

(OUVID), Corregedoria, Auditoria Interna (AUDIT), Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS) e Comissão de Ética (CEANS).

A DICOL tem uma estrutura que suporta as especificidades necessárias à sua atribuição de editar normas sobre a saúde suplementar e é composta pelas seguintes Diretorias: a de Desenvolvimento Setorial (DIDES), a de Normas e Habilitação de Operadoras (DIOPE), a de Normas e Habilitação de Produtos (DIPRO), a de Fiscalização (DIFIS) e a de Gestão (DIGES). A Resolução Regimental nº 01/2017 da ANS estabelece que compete à DIDES realizar estudos e propor normas referentes aos aspectos econômico-financeiros dos mecanismos de regulação do uso dos serviços adotados e utilizados pelas OPS.

Vê-se, assim, que a regulação do setor de saúde suplementar busca proporcionar o equilíbrio na relação entre os atores envolvidos nesse mercado, conduzindo as OPS à adoção de práticas que instituem controles internos que suportem as diretrizes e os parâmetros estabelecidos pela regulação, o que será discutido na próxima seção.

2.3 Controle interno

A discussão sobre controle interno se tornou ainda mais relevante em virtude das consequências de grandes escândalos contábeis ocorridos em meados do ano de 2002, quando foi promulgada, nos Estados Unidos, a Lei Sarbanes Oxley, de iniciativa do senador Paul Sarbanes e do deputado Michael Oxley. Segundo Lelis e Pinheiro (2012), o objetivo dessa Lei era estabelecer novos procedimentos e aperfeiçoar os sistemas de controles internos existentes nas organizações, com o fim de recuperar a confiança e a credibilidade dos investidores nas empresas listadas na Comissão de Valores Mobiliários dos Estados Unidos.

Considerando que existem definições diferentes sobre controle interno, adota-se nesta pesquisa o entendimento de que o controle interno é estabelecido como um processo, efetuado por uma entidade e por seu conselho de administração, com vistas a cumprir os objetivos da entidade (COSO, 1992). Portanto, a condução do controle interno é de responsabilidade da gestão da entidade, direcionando seus esforços para assegurar que os objetivos sejam estabelecidos.

Palfi e Bota-Avram (2009, p. 1091) entendem que o controle interno é um “processo destinado a facilitar e apoiar a realização dos objetivos da organização, abrangendo a conformidade, os relatórios financeiros e, principalmente, a consideração dos riscos significativos nas suas operações”. Com base nessa definição, compreende-se que o controle

interno e o alcance dos objetivos da organização estão interligados e são considerados como uma relação de causa e efeito, em que a estruturação de sistemas de controles internos pode dar suporte ao alcance dos objetivos da entidade.

Um sistema de controle interno representa uma ferramenta relevante para os investidores, os sócios ou os acionistas avaliarem a adequação de suas práticas aos relatórios corporativos. Desse modo, um sistema de controle interno é tão importante que poderia melhorar, inclusive, a qualidade das informações que ajudam os gerentes a tomarem melhores decisões (ZHOU; CHEN; CHENG, 2016). Para eles, o controle interno poderá reduzir a ineficiência dos investimentos realizados pelas empresas, porque define uma série de regras para controlar e restringir a tomada de decisão dos gerentes.

Por essa razão, o controle interno tem sido um importante mecanismo para o alcance dos objetivos da entidade, sobretudo, no que se refere à garantia da alta qualidade de relatórios financeiros (ASHBAUGH-SKAIFE; COLLINS; LAFOND, 2007). Em uma visão endógena da entidade, o controle interno é considerado um importante mecanismo de gestão (FAMA; JENSEN, 1983; HOOGHMSTRA; HERMES; EMANUELS, 2015).

Considerando-se a importância conceitual dos controles internos, apresentam-se no Quadro 1 as principais definições de controle interno que embasaram as análises dessa pesquisa:

Quadro 1 – Definições de controle interno

Fonte	Definição
COSO (2013)	[...] um processo conduzido pela estrutura de governança, administração e outros profissionais da entidade, desenvolvido para proporcionar segurança razoável com respeito à realização dos objetivos relacionados a operações, divulgação e conformidade.
AICPA (1991)	[...] o plano da organização e todos os métodos e medidas coordenados, aplicados a uma empresa, a fim de proteger seus bens, conferir a exatidão e a fidelidade de seus dados contábeis, promover a eficiência e estimular a obediência às diretrizes administrativas estabelecidas.
IIA BRASIL (1992)	[...] qualquer ação tomada pela administração (assim compreendida tanto a Alta Administração como os níveis gerenciais apropriados) para aumentar a probabilidade de que os objetivos e metas estabelecidos sejam atingidos. A Alta Administração e a gerência planejam, organizam, dirigem e controlam o desempenho de maneira a possibilitar uma razoável certeza de realização.
BARGERON, LEHN e ZUTTER (2010)	[...] um processo desenvolvido para alcançar o objetivo de controle que é implementado pelo conselho de administração, supervisores, gerentes e funcionários. O objetivo é o de fornecer uma garantia razoável para melhorar a eficiência e eficácia operacionais e promover o desenvolvimento das organizações.

Fonte: a própria autora, 2017.

A diversidade de conceitos de controle interno foi o principal incentivo para que algumas organizações dos Estados Unidos se reunissem com o fim de dar início a um

processo de elaboração de uma estrutura conceitual, a qual incluísse a convergência de entendimento sobre o controle interno. Adicionado a isso, segundo Verschoor (2002), outros fatores propulsores da elaboração dessa estrutura foram os escândalos financeiros como o da empresa *Enron* e o da *Worldcom*, cujas causas apontam, principalmente, para fragilidades do seu sistema de controle interno, conseqüentemente, os relatórios financeiros não continham informações sobre as vulnerabilidades internas, e isso comprometeu a percepção dos acionistas.

Cinco grandes associações dos Estados Unidos, ligadas à área financeira e contábil, patrocinaram a estrutura conceitual de controles internos, ou seja, o *Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission* (COSO), a saber:

- a) AICPA - *American Institute of Certified Public Accounts* (Instituto Americano de Contabilistas Públicos Certificados);
- b) *American Accounting Association* (Associação Americana de Contadores - AAA);
- c) *Financial Executives International* (Executivos Financeiros Internacionais - FEI);
- d) *The Institute of Internal Auditors* (Instituto dos Auditores Internos - IIA);
- e) *Institute of Management Accountants* (Instituto dos Contadores Gerenciais - IMA).

O *framework* do COSO é estruturado com três objetivos do controle interno: operacional, divulgação e conformidade, que são sustentados por cinco componentes: o ambiente de controle, a avaliação de riscos, as atividades de controle, a informação e a comunicação e as atividades de monitoramento. Essa estrutura pressupõe a existência dos cinco componentes que irão conduzir a organização para um controle interno eficaz (LANSILUOTO; JOKIPII; EKLUND, 2016).

Sobre essa estrutura integrada (*framework*) do COSO, infere-se que, por meio da implementação dos componentes do COSO, a gestão alcançaria mais confiabilidade em relatórios financeiros, maximizaria a aderência dos mecanismos de conformidade, a partir de leis e regulamentos, e potencializaria a eficiência e a eficácia de suas operações. Nesse sentido, o *framework* do COSO se tornou amplamente aceito como referencial para a concepção e o funcionamento dos sistemas de controle interno, porque visa colaborar para que uma organização alcance os seus objetivos de desempenho e rentabilidade, a fim de que se evite a perda de recursos (COSO, 1992).

Sobre o seu funcionamento, Lansiluoto, Jokipii e Eklund (2016) referem que o *Framework* COSO também pressupõe a existência e o funcionamento de cinco componentes, que desempenham um papel importante na realização dos objetivos do controle interno da

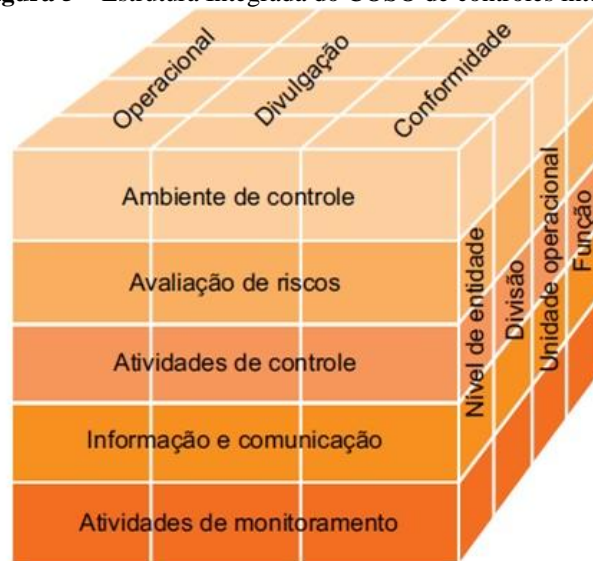
empresa, inclusive no que se refere ao auxílio em processos de planejamento e avaliação do ambiente organizacional interno.

No entanto, como uma estrutura consolidada de controles internos, o *framework* do COSO foi amplamente aceito como padrão para a concepção e o funcionamento dos sistemas de controle interno para as empresas que adotam a avaliação dos controles internos relacionados às suas operações, a nível de conformidade e de divulgação de relatórios financeiros (COSO, 2004).

Via de regra, a Comissão de Valores Mobiliários e de Câmbio dos EUA (SEC) entende que o controle interno é limitado ao subconjunto de controles abordados no *framework* do COSO que pertencem aos objetivos dos relatórios financeiros. Isso deixa claro que a SEC designa o *framework* do COSO como sendo a estrutura que satisfaz os critérios regulamentares para avaliar os controles internos das empresas naquele país. Uma grande revisão do *framework* do COSO, disponibilizada em 2013 (COSO, 2013), incorporou mudanças significativas para todos os componentes do quadro original do COSO de 1992, relacionadas ao esclarecimento ou destinadas a tornar mais explícitos os conceitos e a aplicabilidade dos componentes, contudo, sem alterar a definição de controle interno.

Depois de revisado, o cubo do COSO conservou os cinco elementos originais do controle interno: ambiente de controle, avaliação de riscos, atividades de controle, informação e comunicação e monitoramento. No *framework* original, os capítulos que descrevem cada um desses componentes sugerem a existência de determinados princípios que podem ser associados a cada componente. Com a revisão, os princípios associados a cada componente, tais princípios aparecem de forma explícita (COSO, 2013).

Conforme apresentado na Figura 5, o cubo do COSO pressupõe que os componentes sustentam os objetivos do controle interno, que serão atingidos por meio do pleno funcionamento dos componentes adequados e eficientes. Sob esse prisma de interpretação, esses componentes do controle interno devem estar presentes, interligados e funcionando adequadamente, a fim de proporcionarem um sistema de controle interno eficiente. No entanto, consoante circunstâncias e funcionamento da entidade, esses componentes podem ser ligados em qualquer sequência (REZAEE, 1995).

Figura 5 – Estrutura Integrada do COSO de controles internos

Fonte: COSO – *Framework* (2013).

Os objetivos do controle interno são classificados em: operacional, de divulgação e de conformidade. As operações necessitam de eficiência e estão atreladas ao cumprimento de regras e normas, as quais devem produzir informações fidedignas que serão divulgadas para os usuários das informações. Para que esses objetivos sejam atingidos, é necessário a existência e o funcionamento dos componentes dos controles internos. Sob a perspectiva de Agyei-Mensah (2016), os componentes sustentam os objetivos, todavia, os aspectos que os caracterizam são pautados no compromisso da organização com suas práticas internas.

O sumário executivo da estrutura integrada do COSO (2013) apresenta os 17 princípios oriundos dos cinco componentes citados anteriormente, conforme evidenciado no Quadro 2:

Quadro 2 – Componentes do controle interno e os respectivos princípios de acordo com a estrutura do COSO de 2013

Componentes do controle interno	Princípios
Ambiente de controle	1. A organização demonstra ter comprometimento com a integridade e os valores éticos.
	2. A estrutura de governança demonstra independência em relação aos seus executivos e supervisiona o desenvolvimento e o desempenho do controle interno.
	3. A administração estabelece, com a suspensão da estrutura de governança, as estruturas, os níveis de subordinação e as autoridades e responsabilidades adequadas na busca dos objetivos.
	4. A organização demonstra comprometimento para atrair, desenvolver e reter talentos competentes, em linha com seus objetivos.
	5. A organização faz com que as pessoas assumam responsabilidade por suas funções de controle interno na busca pelos objetivos.
Avaliação de riscos	6. A organização especifica os objetivos com clareza suficiente, a fim de permitir a identificação e a avaliação dos riscos associados aos objetivos.

	7. A organização identifica os riscos à realização de seus objetivos por toda a entidade e analisa os riscos como uma base para determinar a forma como devem ser gerenciados.
	8. A organização considera o potencial para fraude na avaliação dos riscos à realização dos objetivos.
	9. A organização identifica e avalia as mudanças que poderiam afetar, de forma significativa, o sistema de controle interno.
Atividades de controle	10. A organização seleciona e desenvolve atividades de controle que contribuem para a redução, a níveis aceitáveis, dos riscos à realização dos objetivos.
	11. A organização seleciona e desenvolve atividades gerais de controle sobre a tecnologia para apoiar a realização dos objetivos.
	12. A organização estabelece atividades de controle por meio de políticas que estabelecem o que é esperado e os procedimentos que colocam em prática essas políticas.
Informação e comunicação	13. A organização obtém ou gera e utiliza informações significativas e de qualidade para apoiar o funcionamento do controle interno.
	14. A organização transmite internamente as informações necessárias para apoiar o funcionamento do controle interno, inclusive os objetivos e responsabilidades pelo controle.
	15. A organização comunica-se com os públicos externos sobre assuntos que afetam o funcionamento do controle interno.
Atividades de monitoramento	16. A organização seleciona, desenvolve e realiza avaliações contínuas e/ou independentes para se certificar da presença e do funcionamento dos componentes do controle interno.
	17. A organização avalia e comunica deficiências no controle interno em tempo hábil aos responsáveis por tomar ações corretivas, inclusive, a estrutura de governança e alta administração, conforme aplicável.

Fonte: COSO (2013).

Legenda: Sumário executivo - Estrutura de controles internos.

Na perspectiva de Agyei-Mensah (2016), o objetivo do *framework* do COSO de controle interno visa assegurar a conformidade legal da gestão, salvaguardar os ativos, melhorar a eficiência e a eficácia operacional e dar informação financeira adequada e transparente. Assim, um dos aspectos essenciais para se prestar uma informação completa e confiável é a existência de um conjunto de controles internos rigorosos. Sob a visão do mencionado autor, o colapso da empresa Enron evidenciou a total exposição a desvios do sistema de controle interno, revestindo-se de formalidades de divulgação das informações financeiras que são impactadas diretamente pelo funcionamento do sistema de controle interno.

O propósito do COSO é de formar uma robusta conceituação de controle interno e, atualmente, seus princípios são usados em empresas de todo o mundo para orientar a gestão de controles internos e a gestão de risco, especialmente, em empresas sujeitas à Lei Sarbanes-Oxley, de 2002. Existem também outras estruturas desenvolvidas, tais como a *Criteria of Control Framework* (CoCo), aplicada no Canadá. No entanto, a maioria das empresas usa o *framework* do COSO como base para avaliar o controle interno (KLAMM; KOBELSKY; WATSON, 2012).

De acordo com Deumes (2004), as informações sobre o sistema de controle interno melhoram a qualidade dos relatórios financeiros e o monitoramento realizado pelo Conselho de Administração, impactam na redução do custo de agência e da assimetria de informação e, conseqüentemente, dos problemas no mercado. Ashbaugh-Skaife, Collins e Lafond (2007) encontraram que os mercados reagem negativamente a deficiências de controle interno. Desse modo, esforços para atrair o investimento poderão direcionar as organizações na demonstração de maiores níveis de transparência por meio da divulgação de informações sobre o controle interno.

Diante das evidências empíricas advindas das pesquisas aqui resenhadas, é possível compreender que as informações divulgadas sobre os controles internos podem influenciar a tomada de decisão dos usuários da informação. Além disso, a eficiente estruturação desses controles pode contribuir para o equilíbrio interno das operações nas organizações, o que, na saúde suplementar, apontará para níveis maiores de garantia de prestação de serviços de assistência à saúde aos beneficiários.

2.4 Saúde suplementar no Brasil

Isento da intervenção regulatória do Estado, o mercado de planos de saúde, na década de 90, era marcado pela autorregulação. Segundo Mario et al. (2006), a estrutura existente na época atribuía ao Ministério da Saúde a responsabilidade de conduzir o setor, definindo regras e parâmetros de operação da saúde. Para o funcionamento do mercado de saúde suplementar, pressupõe-se a existência de atores - os beneficiários, que contratam os serviços, as OPS, que adquirem a obrigação de garantir o acesso aos serviços de assistência à saúde, e os denominados prestadores de serviços, que materializam a prestação dos serviços de saúde para os beneficiários contratantes.

No entanto, considerando o crescimento do mercado de saúde suplementar, a relação entre as OPS e os beneficiários se tornou o foco dos conflitos existentes nesse setor. Essa relação emerge da livre vontade do cidadão de contratar serviços de assistência à saúde privada, o qual se reveste da obrigação de desembolsar o fluxo financeiro contínuo em favor das OPS. Esse contexto estabelece relações que, em algumas circunstâncias, originam complexos mecanismos nas organizações.

O crescimento da saúde suplementar no país está evidenciado no Quadro 3, que retrata a evolução do quantitativo de beneficiários desde o ano de 2007 até setembro de 2017.

Quadro 3 - Beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial do plano (Brasil - dezembro/2007 a setembro/2017)

Data	Assistência médica com ou sem odontologia	Exclusivamente odontológico
Dez/07	39.316.313	9.164.386
Dez/08	41.468.019	11.061.362
Dez/09	42.561.398	13.253.744
Dez/10	44.937.350	14.514.074
Dez/11	46.017.972	16.904.560
Dez/12	47.728.858	18.963.206
Dez/13	49.370.451	20.187.409
Dez/14	50.397.541	21.140.413
Dez/15	49.397.350	22.011.674
Dez/16	47.683.530	21.671.589
Set/17	47.303.952	22.931.567

Fonte: SIB/ANS/MS (2017).

A consequência desse crescimento foi o aumento das ocorrências de conflitos entre os atores desse setor. Na falta de regulação, a relação entre os usuários e as OPS seria permeada por um *gap* informacional, tornando-se o principal motivo que impulsionou a exigência dos beneficiários por informações reguladas e padronizadas. Nessa perspectiva, Salvatori e Ventura (2012) defendem que, considerando a falta de regulação, os beneficiários dos planos de saúde eram submetidos às condições contratuais aleatórias, que se caracterizavam pela livre arbitrariedade, principalmente nos aspectos relacionados à cobertura, aos prazos de carência e aos reajustes de valores pela prestação dos serviços de assistência à saúde.

Assim, devido ao crescimento do setor de saúde suplementar e, por conseguinte, à atenuação dos conflitos nas relações entre os atores desse setor, a Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, tem sua importância justificada por causa do estabelecimento de dispositivos sobre os planos e os seguros privados de assistência à saúde. Essa Lei foi considerada um marco para regular esse mercado e sua edição trouxe uma nova realidade para o mercado de saúde suplementar com a introdução de uma série de exigências financeiras e técnicas que não eram exigidas antes da sua edição. O fato é que essas exigências resultaram em obrigações para a adoção de mecanismos de controle operacional e interno nas OPS.

Complementando esse marco regulatório, a saúde suplementar também foi marcada pela Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, cujo objetivo foi o de criar a ANS, designando a essa agência a função regulatória total desse mercado, que, até então, era conhecido por sua complexidade. Nessa Lei, foram definidos aspectos quanto à finalidade, à estrutura, às atribuições, à receita, à vinculação ao Ministério da Saúde, à natureza da ANS, dentre outros.

Com a criação da ANS, passou a existir um único órgão com funções regulatórias e fiscalizatórias no mercado de saúde complementar no país, o que, certamente, impactou esse setor. Essa formalização organizacional, conforme Mourad, Paraskevopoulos e Michaelis (2010), pode ser atribuída à evolução do mercado de saúde privada no Brasil, tanto em complexidade quanto em dimensão e quantitativo de beneficiários. Ademais, é certo que o surgimento da ANS também se configurou como uma resposta à sociedade que utilizava os serviços de saúde suplementar, porque, em vista o seu desenvolvimento, era indispensável editar normas e regras para esse segmento.

Considerando que a regulação desse setor preencheu a lacuna entre as OPS e os beneficiários, Salvatori e Ventura (2012) asseguram que os principais benefícios (para os beneficiários), advindos da regulação do setor de saúde suplementar foram a ampliação das coberturas assistenciais, o estabelecimento de direitos dos beneficiários, a portabilidade de carências e a imposição de barreiras para a entrada e a saída de OPS do mercado.

Assim sendo, considerando a importância da regulação do setor, convém demonstrar a gradação temporal dos marcos regulatórios da saúde suplementar no país, a começar pela Lei dos Planos de Saúde, perpassando a criação da ANS, a determinação de criação das seguradoras de saúde, a criação de mecanismos de controle de produtos e de beneficiários, a publicação de penalidades às OPS, a criação do padrão de troca de informações da saúde suplementar, do índice de reclamações, da notificação de intermediação preliminar, de ouvidorias, da agenda regulatória e a obrigatoriedade da formalização de contratos, entre outros, conforme mencionados no Quadro 4.

Quadro 4 - Linha temporal do surgimento das principais regulações da saúde suplementar no País

Ano	Assunto
1998	- Promulgação da Lei nº 9.656 – Lei dos Planos de Saúde
2000	- Promulgação da Lei nº 9.961 – Criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar
2001	- Criação do “Disque ANS”, canal de atendimento à sociedade; - Promulgação da Lei nº 10.185 – Determina que as seguradoras criem empresas especializadas em planos de saúde; - Estabelecimento das primeiras regras de regulação das garantias financeiras a serem constituídas pelas OPS; - Criação do Sistema de Informações de Produtos (SIP) para acompanhar a prestação da assistência aos beneficiários.
2002	- Publicação das normas para o fornecimento de informações do cadastro de beneficiários, para que a ANS possa acompanhar o ingresso de beneficiários nos planos em comercialização; - Criação de regras para a Declaração de Saúde, documento vinculado aos contratos de planos de saúde, no qual o consumidor informa as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador no momento da contratação.
2003	- Reformulação das regras de reajuste por faixa etária, advinda da publicação do Estatuto do Idoso; - Lançamento do índice de reclamações no portal da ANS; - Publicação da RN nº 24, que estabelece normas para aplicação de penalidades (aumenta em até 20 vezes o valor da multa pecuniária no caso de infrações que produzem efeitos de natureza coletiva); - Publicação da RN nº 42, que estabelece requisitos para a celebração dos instrumentos jurídicos entre operadoras e prestadores de serviços hospitalares.
2004	- Lançamento o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, que avalia a qualidade das operadoras e o desempenho institucional da ANS; - Promulgação da Lei nº 10.850/2004, que determina a ANS e lança o PIAC (Programa de Incentivo à Adaptação de Contratos), para estimular o incremento do número de contratos de planos de saúde abrangidos pela regulação; - Lançamento do Caderno de Informação de beneficiários, operadoras e planos – Dados do Setor, publicação trimestral, impressa e disponível no portal da ANS com dados sobre o setor. A publicação foi expandida no decorrer dos anos transformando-se, em 2006, no Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos, com a mesma periodicidade; - Publicação da RN nº 82 – a ANS edita nova versão do rol de procedimentos e eventos em saúde.
2005	- Criação do padrão TISS (Troca de Informação em Saúde Suplementar), que organiza e padroniza as informações trocadas entre os prestadores de serviços e as operadoras por meio das guias de atendimento utilizadas pelos planos de saúde; - Publicação da RN nº 94 – a ANS inicia o processo de implantação do conceito de promoção da saúde e de prevenção de doenças na saúde suplementar, induzindo as operadoras a assimilarem uma nova forma de gestão preventiva, com foco na saúde do consumidor.
2006	- Publicação da RN nº 142, a qual institui a reparação voluntária e eficaz, possibilitando ação reparatória dos danos ou prejuízos causados pela conduta infrativa de uma operadora antes da lavratura do auto de infração.
2007	- Publicação da RN nº 160 – a ANS estende a obrigatoriedade das garantias financeiras a todas as operadoras, ampliando ainda mais a segurança do mercado; - Assinatura, pela ANS, do primeiro de uma série de Acordos de Cooperação Técnica com órgãos de defesa do consumidor.
2008	- Publicação da Instrução Normativa (IN) conjunta DIPRO e DIOPE nº 01, por meio da qual a ANS estabelece novas regras que fortalecem a indução da adoção de programas de promoção à saúde e prevenção de doenças pelas operadoras.
2009	- Implementação, por parte da ANS, da portabilidade de carências no setor de saúde suplementar; - Lançamento do Guia ANS de Planos de Saúde, que passou a auxiliar o beneficiário de plano individual contratado a partir de janeiro de 1999, adaptando a Lei nº 9.656/98 a exercer seu

	direito à portabilidade de carências.
2010	- Criação do procedimento de Notificação de Investigação Preliminar (NIP), instrumento que visa à solução de conflitos entre beneficiários e operadoras de planos privados de saúde, nas situações de negativa de cobertura informadas pelos beneficiários à ANS.
2011	- Implantação, pela ANS, da sua primeira Agenda Regulatória, um instrumento de planejamento de atividades e controle social com os temas prioritários; - Implantação, pela ANS, do primeiro repasse direto ao Fundo Nacional de Saúde, no valor de R\$ 76,1 milhões, arrecadados a título de ressarcimento ao SUS, pelas internações hospitalares nos dois anos anteriores; - Publicação da RN nº 256, que institui o plano de recuperação assistencial e regulamenta a direção técnica, visando corrigir práticas que constituam risco à qualidade ou à continuidade do atendimento; - Publicação da RN nº 278, que institui o Programa de Conformidade Regulatória, na busca por maior adesão das operadoras ao cumprimento de aspectos essenciais da regulação e conferindo tratamento diferenciado às operadoras que permaneçam regulares; - Publicação da RN nº 274, a qual estabelece medidas administrativas e econômico-financeiras com foco principal nas pequenas e médias operadoras de planos de saúde, com a proposta de reduzir o peso da regulação para estas operadoras, sem perdas no monitoramento.
2012	- Publicação da RN nº 286, a qual visa aperfeiçoar os requisitos obrigatórios para a celebração de contratos entre operadoras e prestadores de serviços de saúde; - Publicação da RN nº 290, que simplifica o Plano de Contas Padrão para as operadoras; - Publicação da RN nº 299, que acrescenta requisitos mínimos para a autorização, pela ANS, dos atos de alteração ou transferência de controle societário, incorporação, fusão ou cisão; - Publicação da RN nº 307, a qual estabelece um conjunto de medidas e ações para correção gradual de anormalidades econômico-financeiras das operadoras; - Publicação da RN nº 305, que amplia o padrão para a troca de informações no setor de planos privados de saúde.
2013	- Adoção de mais mecanismos de publicidade, com o ingresso oficial no <i>Twitter</i> , para que o público receba de forma ágil as principais notícias da ANS; no <i>YouTube</i> (vídeos) e no <i>Slideshare</i> (apresentações); - Ampliação dos critérios usados no monitoramento da garantia de atendimento, para avaliar, também, o descumprimento dos prazos máximos de atendimento para marcação de consultas, exames e cirurgias; bem como, as negativas indevidas de cobertura; - Publicação da RN nº 309/2012, que define as regras para os reajustes anuais aplicados para os contratos dos planos coletivos com menos de 30 beneficiários, agrupando estes contratos para fins de cálculo e aplicação de reajuste; - Publicação da RN nº 323/2013, a qual estabelece a obrigatoriedade de criação de ouvidorias pelas operadoras de planos de saúde.
2014	- Reestruturação da NIP, que passa a ser denominada Notificação de Intermediação Preliminar e figura como instrumento inicial de análise de todas as demandas de reclamação cadastradas na ANS. A medida visa a garantir um canal eficiente e célere de mediação ativa de conflitos; - Ingresso da ANS oficialmente no <i>Facebook</i> . A presença nas redes sociais tem por objetivo a interação com o público e a divulgação das ações institucionais; - Promulgação da Lei nº 13.003, que estabelece a obrigatoriedade de substituir os prestadores de serviços de saúde descredenciados; de comunicar previamente ao beneficiário o descredenciamento; e a obrigatoriedade de inclusão de regras de reajuste nos contratos entre prestadores de serviços de saúde e operadoras; - Publicação do primeiro Guia Técnico de Boas Práticas Regulatórias com orientações básicas para os procedimentos relacionados ao fluxo regulatório com o objetivo de torná-lo cada vez mais eficiente e acessível.
2015	- Assinatura, pela ANS e pelo Ministério Público do estado de São Paulo, de um Acordo de Cooperação Técnica com a finalidade de ampliar o acesso a informações sobre o setor de planos de saúde aos beneficiários e contribuir para o aperfeiçoamento dos instrumentos de monitoramento e regulação do mercado de saúde suplementar; - Lançamento do aplicativo desenvolvido para celulares <i>smartphones</i> e <i>tablets</i> , que permite ao cidadão pesquisar informações sobre coberturas assistenciais obrigatórias de acordo com o tipo de plano de saúde contratado.
2016	- Publicação da RN nº 389/2015 (RN da Transparência), que obriga as operadoras a criarem

	<p>áreas exclusivas para beneficiários e pessoas jurídicas contratantes de planos de saúde em seus portais na internet;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Criação da sala de situação para o setor de saúde suplementar. Beneficiários, atores do mercado, gestores e demais interessados ganharam um instrumento que permite consultas a dados atualizados mensalmente pela ANS; - Publicação da cartilha com orientações sobre os parâmetros e procedimentos do acompanhamento econômico-financeiro das operadoras de planos de saúde, realizado pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE).
--	--

Fonte: ANS (2017)¹.

Notadamente, a regulação vem alcançando novos patamares atrelados à asseguaração em favor dos beneficiários da saúde suplementar. Inicialmente, por meio da Lei nº 9.656/98, foi estabelecido o conceito de OPS, a partir do qual se dissiparam as variações existentes e unificou-se o entendimento sobre os atores desse mercado. É válido ressaltar que, conforme a referida Lei, as OPS são consideradas empresas que operam, comercializam, disponibilizam ou administram planos de assistência à saúde nos segmentos médico-hospitalar e/ou odontológico. Ainda com o objetivo de clarificar a classificação dessas OPS, a mencionada Lei estabelece que as operadoras devem ser classificadas em: autogestão, administradora de planos, cooperativa médica e odontológica, filantropia, seguradora especializada, odontologia e medicina de grupo.

Sobre esta classificação das OPS, Mourad, Paraskevopoulos e Michaelis (2010) destacam alguns critérios que as diferenciam. Quanto aos aspectos, embora as administradoras sejam empresas de planos de assistência à saúde, são financiadas por outra empresa que pode ser uma OPS. Ainda sobre as administradoras, é importante ressaltar que não têm carteira de beneficiários, logo, os riscos atrelados a esses usuários não são diretamente de responsabilidade das administradoras. Outro aspecto que merece destaque é que as administradoras de planos de saúde não dispõem de redes de atendimento, porque sua função é apenas administrar planos.

Ainda sobre a classificação das OPS, também conforme Mourad, Paraskevopoulos e Michaelis (2010), uma característica peculiar às OPS no modelo de autogestão é a prestação de assistência à saúde a empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados e outros parentes/dependentes, de associações, fundações, sindicatos e entidades de classes. Por isso, qualquer forma livre de prestação de serviços à saúde para qualquer beneficiário deve ser excluída do entendimento das OPS nessa modalidade de autogestão. Quanto à modalidade cooperativas médicas e odontológicas, as OPS passam a ser vistas como sociedades sem fins

¹ Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Acesso em: 12 mar. 2017.

lucrativos, regidas por legislação própria, cuja base de criação é a Lei nº 5.764/71, que define a Política Nacional do Cooperativismo.

Na modalidade filantrópica, enquadram-se as OPS que atuam no Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e que, conforme sua constituição, não têm fins lucrativos, o que, se fosse configurado, descaracterizaria a modalidade baseada na filantropia. A seguradora especializada em saúde é outra modalidade da OPS, desde que, do ponto de vista estatutário, seu objetivo seja, exclusivamente, o de atuar no mercado de planos de saúde. Por fim, ainda sob o prisma de Mourad, Paraskevopoulos e Michaelis (2010), a Medicina e a Odontologia de grupo também são consideradas modalidades de OPS, contudo podem englobar todas as demais empresas que operam planos de saúde ou odontológicos.

Quantitativamente, as OPS têm milhões de beneficiários atrelados a elas, conforme se visualiza no Quadro 5.

Quadro 5 – Quantitativo de beneficiários por modelo de OPS

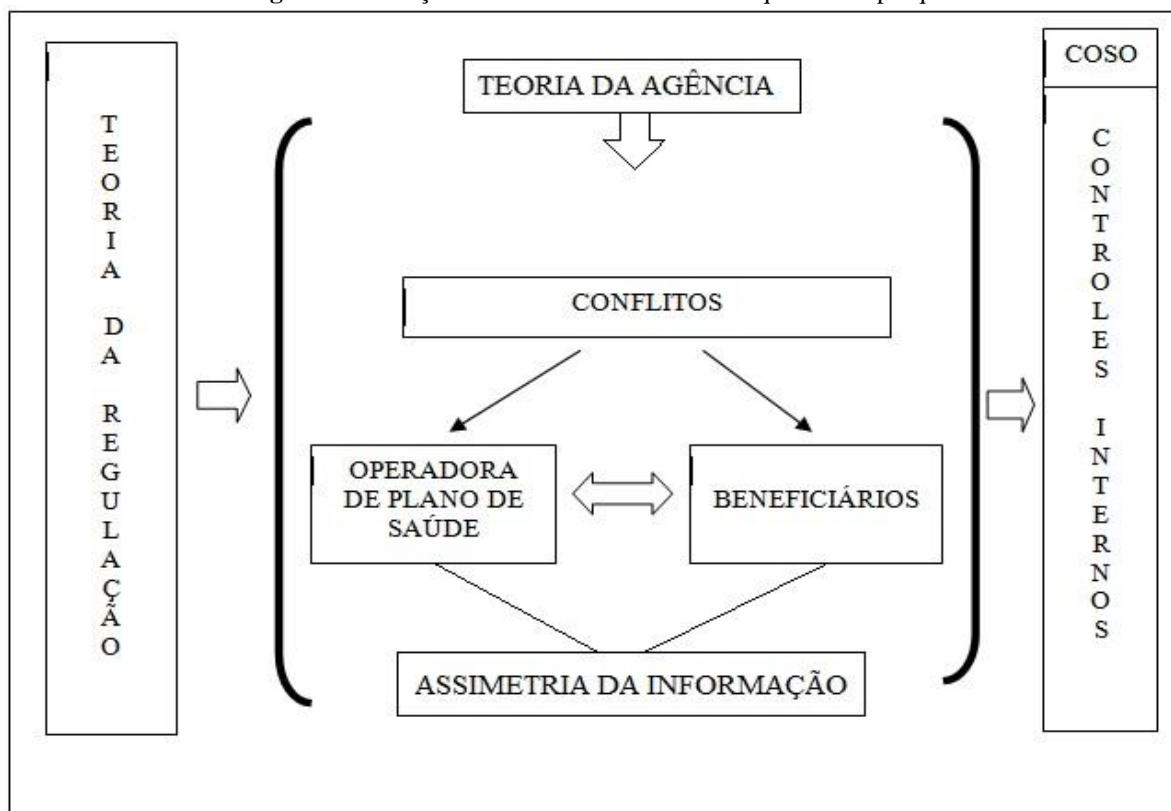
Modelo de OPS	Quantitativo de beneficiário
Cooperativas médicas	18,3 milhões
Medicina de grupo	17,4 milhões
Seguradoras	6,9 milhões
Autogestão	5 milhões
Filantrópicas	1 milhão

Fonte: a própria autora, 2017, a partir de ANS (2017).

Quanto à caracterização do setor da saúde suplementar no Brasil, dados do perfil do setor (divulgados no sítio eletrônico da ANS), dispõem que, aproximadamente, 48,6 milhões de beneficiários estão inseridos no público consumidor desses serviços. A ANS divulgou, em junho de 2016, que a taxa de cobertura de planos de saúde da população brasileira é de 25%, ou seja, a cada quatro brasileiros, um tem plano de saúde suplementar.

Nesse sentido, a estrutura teórica apresentada nesta pesquisa evidencia que a regulação econômica representou um marco para o mercado de saúde suplementar, porquanto inseriu mecanismos de monitoramento e tornou rígidas as regras que permeiam a relação entre as OPS e os beneficiários. A Figura 6 sintetiza a relação entre a estrutura teórica e a questão de pesquisa proposta no trabalho.

Figura 6 – Relação entre a estrutura teórica e a questão de pesquisa



Fonte: A própria autora (2017).

Considerando os conflitos existentes entre as OPS e os beneficiários dos planos de saúde, a teoria da regulação pressupõe que é necessária a intervenção do Estado para que se possam equacionar as questões entre as partes e dirimir os conflitos até então existentes. Por sua vez, a regulação institui normas, regras e padrões que conduzem as OPS a fortalecerem suas operações internas, podendo levá-las a adotarem práticas de controles internos, a fim de promoverem o equilíbrio e o alcance de seus objetivos. Nesse sentido, as OPS têm, no *framework* do COSO, uma estrutura padrão para os controles internos que poderá ser mais eficiente e controlar seu ambiente interno.

Assim sendo, considerando que a regulação econômica tem aspectos que se relacionam com os controles internos, o pressuposto principal desta pesquisa é de que há influência da regulação na adoção de práticas de controle interno e quanto mais a regulação se relacionar com essas práticas, mais as OPS as adotarão.

2.5 Pesquisas empíricas sobre o tema da pesquisa

Em busca da contextualização de pesquisas sobre o tema do presente trabalho, realizou-se, por meio da bibliometria, uma etapa que tem por finalidade gerar conhecimento sobre pesquisas anteriores que abordaram aspectos convergentes com o tema estudado (DUTRA, et al., 2015; VALMORBIDA; ENSSLIN, 2016).

A bibliometria ocorreu com a busca na base de dados da empresa Thomson Reuters, *Web of Science*, que contém cerca de 12.000 periódicos. Para tanto, foram definidos os eixos da pesquisa, considerando que tais eixos evidenciam o desmembramento do tema central em subtemas, e as respectivas palavras-chave que o representam. As palavras-chave selecionadas para a busca são as que seguem: “controle interno”, “saúde suplementar”, “regulação na saúde suplementar”, “*internal control*”, “*supplementary health*” e “*regulation in supplementary health*”, conforme apresentado no Quadro 6.

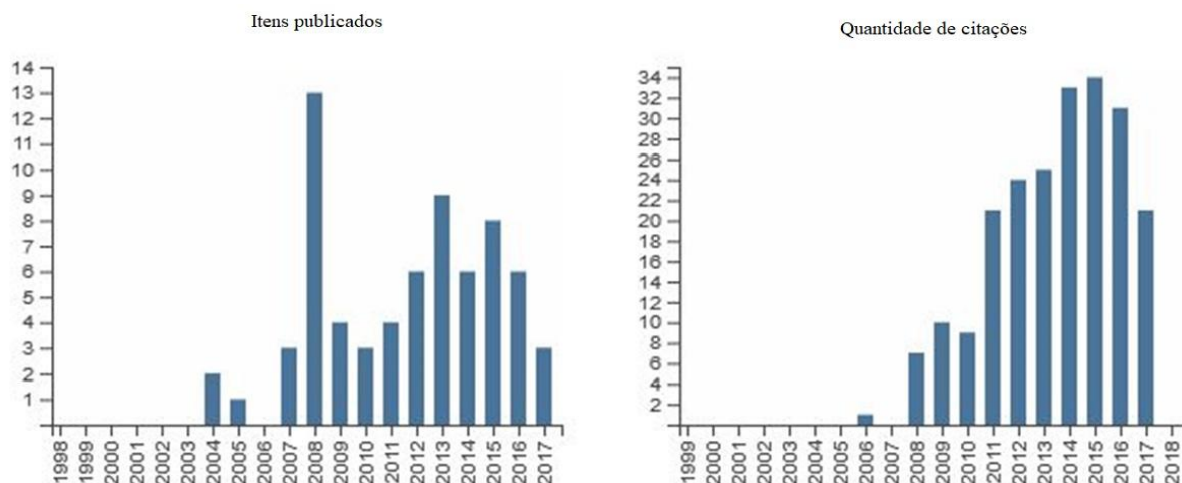
As buscas foram realizadas nos dias 07, 08 e 09 de setembro 2017 e como resultados foram encontrados 85 trabalhos nacionais e 44 trabalhos internacionais na língua inglesa, no período referente aos últimos 20 anos, ou seja, de 1997 a 2017. As categorias para as buscas de pesquisas foram: *Management, Public Administration, Business Finance, Health care sciences services e Economics, Ethics e Law*.

Quadro 6 – Descritores de pesquisas na base *web of Science*

Descritores da busca	Quantidade de publicações	Quantidade de citações
Controle interno	14	14
Saúde suplementar	68	216
Regulação na saúde suplementar	03	29
<i>Internal control</i>	07	02
<i>Supplementary health</i>	11	15
<i>Regulation in supplementary health</i>	26	91
Total	129	367

Fonte: *Web of Science* (2017).

O descritor que apresentou o maior quantitativo de publicações e, conseqüentemente, o maior quantitativo de citações, foi “saúde suplementar”, conforme se apresenta na Figura 7.

Figura 7 – Publicações e citações do descritor “saúde suplementar”

Fonte: *Web of Science* (2017).

Identificou-se que o ano de 2008 apresentou o maior quantitativo de publicações, totalizando 13 pesquisas. Verifica-se que há variação no quantitativo das pesquisas nos anos subsequentes, no entanto, nenhum ano posterior alcançou o quantitativo de 2008. Identificou-se, ainda, que a pesquisa que possui o maior número de citações, 21, é o trabalho intitulado “*Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais*”, dos autores Malta et al. (2001), ratificando-se, portanto, a importância desse trabalho, visto ter sido utilizado no referencial teórico da presente pesquisa.

Ademais, observa-se que, conforme a Figura 7, entre os anos de 2009 a 2017, a quantidade de publicações se mantém abaixo de 10 por ano, o que pode ser apontado como o fator explicativo para o aumento das citações, considerando que estes trabalhos são as fontes disponíveis em periódicos para a construção de referenciais teóricos que sustentem outras pesquisas. Os demais descritores não foram analisados de forma detalhada, por sua baixa representatividade, ao considerar-se o total de resultados.

Na busca pelos autores que mais publicaram sobre o descritor “*regulation in supplementary health / regulação na saúde suplementar*”, obteve-se o resultado apresentado na Figura 8.

Figura 8 – Quantidade de publicações por autores

Campo: Autores	Contagem do registro	% de 26	Gráfico de barras
GERSCHMAN SILVIA	3	11.538 %	■
LIMA SHEYLA MARIA LEMOS	3	11.538 %	■
BAHIA LIGIA	2	7.692 %	■
CAETANO JOAO CARLOS	2	7.692 %	■
GARRAFA VOLNEI	2	7.692 %	■
PORTELA MARGARETH CRISOSTOMO	2	7.692 %	■
VASCONCELLOS MIGUEL MURAT	2	7.692 %	■

Fonte: *Web of Science*, 2017.

Nota: Foram considerados para fins de exposição, apenas os autores com 02 ou mais publicações, uma vez que os demais apresentaram apenas 01 publicação.

Assim, foram identificadas três (03) publicações de autoria Gerschman (2004, 2008, e 2012), sendo uma delas utilizada na construção teórica da presente pesquisa, a saber: “As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil – arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores”. Além disso, 03 (três) publicações de Lima (2006, 2011 e 2012) abordam aspectos assistenciais e de qualidade da saúde suplementar, não possuindo afinidade com o tema discutido no presente estudo. As 02 (duas) publicações de Bahia (2005 e 2006) trazem debates importantes sobre o tema, a citar: “Padrões e mudanças no financiamento e regulação do Sistema de Saúde Brasileiro: impactos sobre as relações entre o público e privado” e “Avanços e percalços do SUS: a regulação das relações entre o público e o privado”, as quais estão contidas na malha teórica da presente pesquisa.

Em síntese, face às evidências sobre as pesquisas mais representativas, em termos de citações e quantitativo de publicações por autores da área, a presente pesquisa encontra-se ancorada, teoricamente, nos principais argumentos trazidos pelos trabalhos relacionados na base *Web of Science*.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo, apresentam-se o delineamento do estudo e os aspectos relacionados com a metodologia aplicada a esta pesquisa, visando ao alcance dos objetivos propostos. Dessa forma, nas seções seguintes, são apresentados os procedimentos empregados na coleta e análise dos dados, o universo da pesquisa e a seleção da amostra.

3.1 Delineamento da pesquisa

Quanto à tipologia, a presente pesquisa se caracteriza como exploratória, uma vez que, devido à escassez de estudos na área, o pesquisador dispõe da possibilidade de aumento do conhecimento sobre os fatos, bem como, o estudo possui o “o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximado, acerca de determinado fato”, conforme Gil (2007, p. 43).

No que diz respeito aos procedimentos, a pesquisa é uma *survey*, pois foram buscadas informações de forma direta com o grupo de interesse, sendo esse um procedimento útil, especialmente em pesquisas exploratórias e descritivas (SANTOS, 1999). A pesquisa que se utiliza de *survey* pode ser relacionada com a obtenção de dados ou informações sobre as características ou as opiniões de determinado grupo de pessoas, indicado como representante de uma população-alvo, utilizando um questionário como instrumento de pesquisa (FONSECA, 2002).

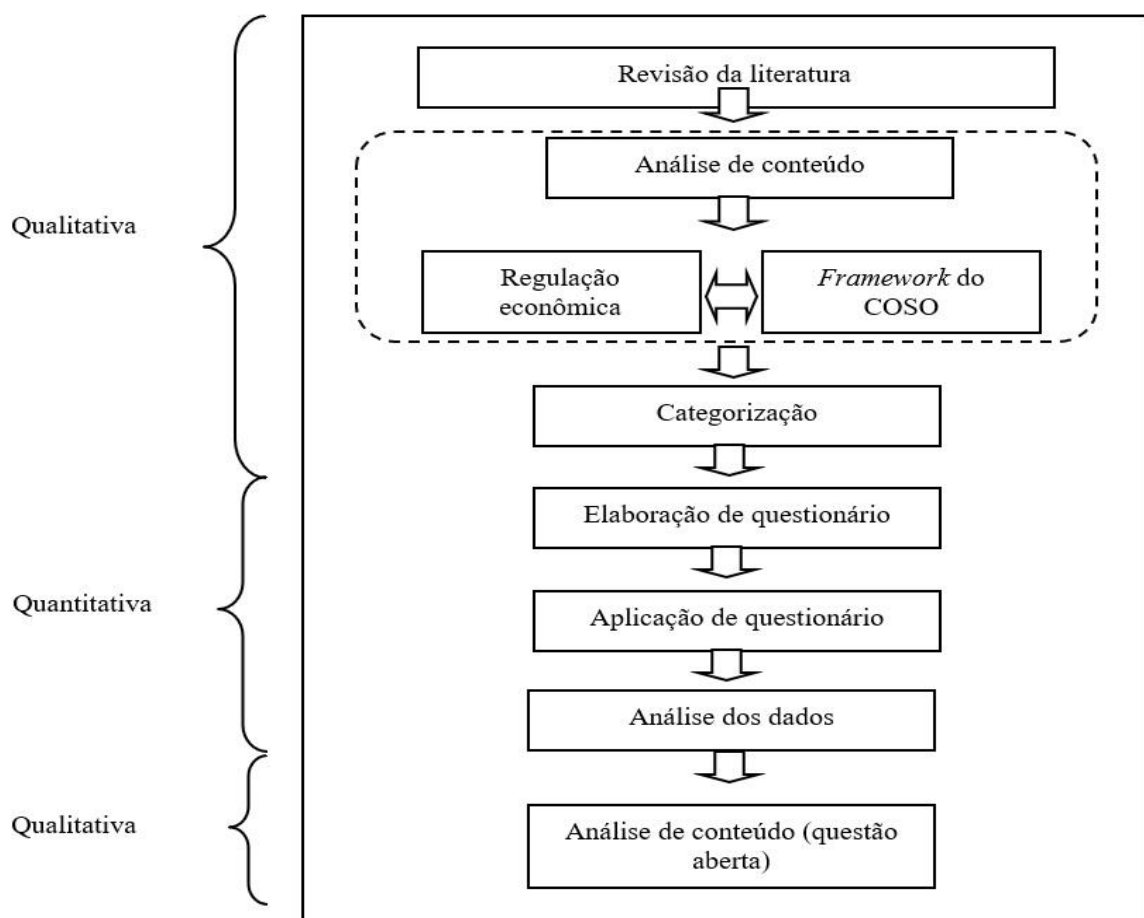
Em relação à abordagem, a pesquisa caracteriza-se como qualitativa e quantitativa. Na abordagem qualitativa, empregou-se a análise de conteúdo às leis promulgadas pelo Governo Brasileiro e às normas de regulação editadas pela ANS, para identificar as práticas de controle interno nelas presentes, com apoio na literatura e ainda empregou-se para análise da percepção dos gestores quanto a influência da regulação na adoção destas práticas. Quanto à abordagem quantitativa, esta se materializa com a aplicação e análise de um questionário, elaborado a partir da análise de conteúdo realizada na legislação. De acordo com Cervo, Bervian e Silva (2007, p. 53), “o questionário é a forma mais usada para coletar dados, pois possibilita medir com mais exatidão o que se deseja”.

Os estudos quantitativos e os qualitativos têm, separadamente, aplicações particulares e, por conseguinte, limitações já conhecidas pela Academia. Por essa razão, as pesquisas em que se utilizam métodos mistos podem trazer resultados relevantes para a construção de conhecimentos, desde que os pesquisadores empreguem a técnica de identificar com clareza

as potencialidades e as limitações no momento de aplicar os métodos em questão (DAL-FARRA; LOPES, 2013).

A estratégia de utilização da abordagem de métodos mistos utilizada nesta pesquisa será a sequencial (CRESWELL, 2007), iniciando pela análise de conteúdo, seguida pela aplicação de um questionário aos gestores das OPS e posterior análise da percepção destes gestores quanto a influência da regulação na adoção de práticas de controle interno. De forma resumida, a metodologia da pesquisa segue explicitada na Figura 9.

Figura 9 - Resumo da metodologia



Fonte: a própria autora, 2017.

3.2 Procedimentos de coleta de dados

O período de análise da legislação compreendeu o intervalo entre os anos de 1998 e 2017. Essa escolha se justifica pelo fato de a regulação econômica do setor de saúde suplementar no País ter iniciado em 1998 e, desde então, de forma contínua, o poder público e a ANS têm editado normativos que objetivam regular esse setor. Os dados foram coletados

em Leis, Decretos, Resoluções e Instruções Normativas, editados e publicados pelo Poder Executivo Federal e pelo órgão regulador (ANS), respectivamente, cujo acesso é público, por meio digital.

Para a realização da *survey* recorreu-se às OPS da Região Nordeste do Brasil, cujo universo totaliza 89 entidades atuantes nessa região, conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 – Quantitativo de OPS por região do Brasil

Região	Quantitativo de OPS
Norte	27
Nordeste	89
Sudeste	469
Sul	142
Centro-oeste	62
Total	789

Fonte: ANS (2017).

Mais especificamente, a Tabela 2 evidencia o quantitativo de OPS por estado da Região Nordeste, onde cada um dos estados registra pelo menos três OPS atuando e com beneficiários, sendo o caso do Rio Grande do Norte, que apresentou a menor presença de OPS; já, a Bahia é o estado da Região Nordeste que tem a maior concentração de OPS (24).

Tabela 2 – Quantitativo de OPS por estado da Região Nordeste

Estados do Nordeste	Quantitativo de OPS		Porte das OPS		
	n	(%)	Pequeno	Médio	Grande
Alagoas	08	8,98%	5	2	1
Bahia	24	26,97%	14	10	-
Ceará	11	12,36%	5	4	2
Maranhão	05	5,62%	3	2	-
Paraíba	11	12,36%	8	2	1
Pernambuco	11	12,36%	7	3	1
Piauí	08	8,98%	3	5	-
Rio Grande do Norte	03	3,39%	1	1	1
Sergipe	08	8,98%	6	2	-
Total	89	100%	52	31	6

Fonte: ANS (2017).

Importante destacar que, devido à composição heterogênea da amostra, entre as OPS de pequeno, médio e grande porte, o fator tamanho (porte) foi analisado como um aspecto de diferenciação para a adoção de práticas de controle interno.

3.3 Instrumento de pesquisa

A ferramenta de coleta de dados foi um questionário composto por três partes: I – Perfil do respondente e da OPS; e II – Controles internos, mais especificamente sobre as práticas de controle interno que resultaram da análise de conteúdo da legislação, categorizada conforme os cinco componentes da estrutura conceitual do COSO (2013) – ambiente de controle, avaliação de riscos, atividades de controle, informação e comunicação e atividades de monitoramento, realizada na primeira etapa da pesquisa e III – Percepção da influência da regulação econômica sobre as práticas de controle interno.

Anterior à aplicação do questionário foi realizado um pré-teste (APÊNDICE A), com três especialistas da área de auditoria e controles internos na saúde suplementar, os quais foram: um Gestor da Agência Nacional de Saúde Suplementar, um Gerente de Auditoria Interna e um Gestor Contábil, os dois últimos de Operadoras de Planos de Saúde de Grande Porte, cujo envio e retorno ocorreu por e-mail. O pré-teste foi realizado com o objetivo de obter sugestões, recomendações e opiniões relacionadas à compreensão e adequação das questões, a partir de um olhar externo ao do pesquisador. O pré-teste resultou em exclusão, inclusão e alteração de questões, proporcionando maior clareza e objetividade aos questionamentos.

Após o pré-teste, o instrumento de pesquisa (questionário) foi enviado às 80 OPS da Região Nordeste, que compõem o universo da pesquisa (censo), valendo salientar que houve a exclusão de quatro (04) OPS, que não possuíam beneficiários (conforme informações da ANS), e de 05 OPS que apresentaram inconsistência em seus endereços eletrônicos. A amostra final foi formada por 43 OPS que participaram da pesquisa, o que representa 53,75% do universo. Os sujeitos que responderam ao questionário foram os gestores financeiros e contábil e gestores de auditoria e controles internos que estão em atuação nas OPS, tendo em vista o conhecimento e a afinidade com o tema tratado nesta pesquisa. Em cada uma das OPS participantes, apenas um sujeito respondeu o instrumento aplicado, informação confirmada pela identificação dos e-mails dos respondentes.

Os respondentes foram contactados por meio de um e-mail informativo que continha o *link* para o questionário eletrônico, elaborado com a utilização do serviço de questionários via *web – google forms*. Esse instrumento foi enviado e respondido de forma *online*, sem o contato pessoal entre o pesquisador e o pesquisado. Com vistas a tornar a presente pesquisa representativa (em termos quantitativos), buscou-se o apoio da ANS e da ABRAMGE

(Associação Brasileira de Planos de Saúde), sendo obtido o auxílio dessa última para o envio do questionário aos seus associados, no caso, as OPS do Nordeste.

Classifica-se o questionário como semiestruturado, contendo 27 questões, sendo 07 de caracterização do perfil do respondente, 03 do tipo fechada com assertivas “sim” ou “não”, 16 do tipo fechada, nas quais os participantes tinham que optar por uma das alternativas elencadas, e uma questão aberta, na qual os participantes puderam expor suas opiniões quanto ao questionamento central da pesquisa. As respostas das 16 questões fechadas foram padronizadas, com a utilização da escala *Likert*, em que os respondentes assinalaram o seu grau de concordância/discordância sobre as práticas de controles internos existentes em sua OPS, conforme demonstrado abaixo:

Quadro 7 – Escala de *Likert*

Discordo				Indiferente		Concordo			
1	Totalmente	2	Parcialmente	3	Nem concordo, nem discordo	4	Parcialmente	5	Totalmente

Fonte: a própria autora, 2017.

Na carta de apresentação da pesquisadora (APÊNDICE B), que precedeu o questionário (APÊNDICE C), foram informados aos sujeitos o objetivo do estudo e a importância de sua participação na pesquisa.

3.4 Métodos de análise dos dados

A análise da legislação foi realizada por meio da técnica de análise de conteúdo, mediante a categorização e definição das unidades de análise. As categorias foram constituídas a partir dos componentes da estrutura conceitual do COSO (2013) – ambiente de controle, avaliação de riscos, atividades de controle, informação e comunicação e monitoramento – e as respectivas subcategorias atreladas aos princípios de cada componente, conforme retratados na Fundamentação Teórica.

Os dados foram coletados nas leis, nos decretos, nas resoluções e nas instruções normativas relativas à saúde suplementar. Por meio da análise de conteúdo, buscou-se identificar referências às categorias e subcategorias, definidas conforme os componentes da estrutura conceitual e os princípios de cada componente do COSO (2013). Inicialmente, organizaram-se as informações coletadas nos documentos, em quaisquer referências aos aspectos de controle interno, tendo como unidade de análise o trecho em sua totalidade de

conteúdo, objetivando captar a ideia completa do tema mencionado, com o intuito de relacioná-las às categorias e subcategorias estabelecidas.

Foram selecionadas, no conjunto da legislação regulatória do setor de saúde suplementar, as seguintes leis: a Lei nº 9.656/98 (Lei dos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde) e a Lei nº 9.961/00 (Lei de Criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar). Considerando que a ANS tem a função de estabelecer as normas de regulação no uso dos serviços de saúde, também foram selecionados os seguintes tipos de normas (Quadro 8):

Quadro 8 - Tipos de normas editadas pela ANS

Tipo de norma
Comunicado
Decreto
Despacho
Lei (externo à ANS)
Medida Provisória (externo à ANS)
CONSU (Conselho de Saúde Suplementar)
RDC (Resolução de Diretoria Colegiada)
RE (Resolução Especial)
RO (Resolução Operacional)
Súmula Normativa
Resolução Normativa
Instrução Normativa
Instrução Normativa Conjunta

Fonte: ANS, 2017.

Conforme pesquisa exploratória sobre os tipos de normas editadas pela ANS, no período de 2000 a 2017, obteve-se, no sítio eletrônico da entidade, a classificação das normas “por temas”, os quais estão elencados no Quadro 9.

Quadro 9 - Temas das normas editadas pela ANS

Nº	Tema	Quantidade vigente	Quantidade revogada
1.	Agência Nacional de Saúde Suplementar	82	44
2.	Fiscalização	28	38
3.	Legislações	19	00
4.	Aspecto econômico-financeiro	60	41
5.	Manutenção de registro	61	36
6.	Ressarcimento ao SUS	31	22
7.	Operadoras – Troca de informações na Saúde Suplementar	12	14
8.	Compromissos e interações com a ANS	57	28
9.	Plano de saúde – cobertura	18	25
10.	Plano de saúde – contratação e troca de plano	29	08
11.	Plano de saúde – reajustes de preço	27	03

Fonte: ANS (2017).

Para fins deste estudo, as análises foram centradas nos temas que apresentam mais afinidade com o objeto de estudo, a saber: Agência Nacional de Saúde Suplementar, Fiscalização, Legislações e Aspecto econômico-financeiro, o que totaliza 189 documentos produzidos pela ANS, analisados na pesquisa.

A análise de conteúdo é um conjunto de instrumentos metodológicos que descrevem a substância das mensagens de comunicações que podem ser extremamente variadas e cujas categorias devem ser consolidadas, considerando-se a semelhança e as características em comum (BARDIN, 2009).

Após se identificarem os aspectos da regulação econômica que têm relação com as práticas de controle interno, conforme a estrutura conceitual do COSO (2013), realizou-se a segunda etapa empírica da pesquisa, cujos dados foram coletados por meio de questionário.

Para análise da consistência interna das questões que compuseram o instrumento de pesquisa, calculou-se o *Alpha de Cronbach*, cujo valor varia entre 0 a 1, em que quanto mais próximo de 1, a consistência interna é maior. Conforme Costa (2011, p. 90) “o coeficiente alfa é baseado na matriz de correlação e na matriz de covariância e o seu cálculo é facilitado pelas várias fórmulas que possui e pela disponibilidade de cálculo em *softwares* estatísticos”. A equação do coeficiente alfa segue representada abaixo:

$$\alpha = \left(\frac{k}{k-1} \right) \times \left(1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right) \quad (1)$$

Onde:

k = número de itens;

S_i^2 = variância de cada item; e

S_t^2 = variância total do questionário, corresponde a soma de todas as variâncias.

$0 < \alpha \leq 1$ ou $0 \leq \alpha \leq 100$.

Conforme a equação acima, a presente pesquisa apresentou como resultado o coeficiente de 0,88, o que evidencia boa consistência interna, posto que a literatura aponta que o coeficiente a partir de 0,70 apresenta boa consistência interna do instrumento de pesquisa. Todavia, não há consenso na literatura sobre qual o escore mínimo que garante a consistência interna de um instrumento de pesquisa.

Os dados obtidos por meio das respostas dos participantes ao questionário foram tabulados em planilhas, permitindo a utilização de medidas estatísticas, iniciando pela verificação da normalidade dos dados, por meio do teste de *Kolmogorov-Smirnov*, cujo

resultado rejeitou a hipótese de normalidade dos dados, apontando a necessidade da utilização de teste estatístico não paramétrico.

Em seguida, os dados foram analisados de forma descritiva e com a utilização do teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis*, para verificar se a diferença das práticas de controles internos adotadas nas OPS analisadas possuía relação com o porte de cada uma.

A questão discursiva (aberta) do questionário foi analisada com o auxílio de um *software* qualitativo (NVivo®), em que por meio da análise de conteúdo foram definidas as unidades de análise conforme os termos-chave da pesquisa. Desse modo, por meio das análises textuais, agruparam-se as respostas, conforme suas afinidades, e foram comparadas as opiniões dos pesquisados.

3.5 Aspectos éticos

Por fim, esclarece-se que em cumprimento às determinações das pesquisas que envolvem a participação de seres humanos, o instrumento de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), de forma a assegurar aos participantes da pesquisa o sigilo de identificação em todas as divulgações dos resultados que dela advierem, assim como o direito de recusar sua participação, em qualquer momento da pesquisa, sem qualquer prejuízo ou dano, material ou moral, ou atendimento no local da pesquisa, agora ou em qualquer época. Ademais, respeitando os direitos dos participantes da pesquisa, firma-se o compromisso de não infringir qualquer constrangimento durante o envio e tratamento analítico do questionário.

Todos os participantes foram previamente informados dos objetivos da pesquisa para que decidissem livremente sobre sua participação, formalizada por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D).

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Com o objetivo de responder à questão de pesquisa, este capítulo apresenta os resultados obtidos a partir da análise documental e aplicação do instrumento de pesquisa aos gestores das OPS, subdividindo-se em cinco seções: (a) caracterização dos respondentes e das OPS; (b) análise nos instrumentos regulatórios; (c) análise das práticas de controle interno identificadas nas OPS; (d) análise das práticas de controle interno em função do porte das OPS e (e) análise da influência da regulação nas práticas de controle interno nas OPS.

4.1 Caracterização dos respondentes e das OPS

Na primeira parte do instrumento de pesquisa, constituída por 07 questões, buscou-se caracterizar os respondentes por gênero, faixa etária, grau de instrução, área de concentração profissional, tempo de experiência e atuação na OPS, porte da OPS e localização da OPS. Os dados coletados foram sintetizados na Tabela 3.

Tabela 3 – Caracterização dos respondentes

Perfil dos respondentes	Frequência (n)	Percentual (%)
Gênero		
Masculino	24	55,81
Feminino	19	44,19
Total	43	100
Faixa etária		
Até 25 anos	2	4,65
Entre 26 e 35 anos	11	25,59
Entre 36 e 45 anos	17	39,53
Entre 46 e 55 anos	12	27,91
Acima de 55 anos	1	2,32
Total	43	100
Maior grau de instrução		
Graduação	20	46,51
Pós-Graduação	23	53,49
Total	43	100
Área de concentração na atuação profissional		
Gestão Financeira e Administrativa	15	34,88
Controles Internos e Auditoria	6	13,95
Gestão Contábil	22	51,16
Total	43	100
Tempo de atuação na Operadora de Plano de Saúde		
Até 5 anos	1	2,33

De 6 até 10 anos	15	34,88
De 11 até 15 anos	16	37,21
De 16 até 20 anos	7	16,28
Mais de 20 anos	4	9,30
Total	43	100
Porte da Operadora de Plano de Saúde		
Pequeno porte - até 20.000 beneficiários	19	44,19
Médio porte - de 20.000 até 100.000 beneficiários	18	41,86
Grande porte - acima de 100.000 beneficiários	6	13,95
Total	43	100

Fonte: Dados da pesquisa (2017).

Conforme a Tabela 3, a amostra foi constituída por 43 respondentes, sendo 55,81% gestores do gênero masculino e 44,19%, do gênero feminino, evidenciando uma predominância do gênero masculino nos cargos de gestão contábil, financeira/administrativa, controle interno/auditoria nas OPS participantes da pesquisa.

Observa-se também que 39,53% dos respondentes se encontram na faixa etária intermediária (de 36 a 45 anos), seguidos pelos que estão na faixa entre 46 anos e 55 anos (27,91%). Apenas 4,65% estão na faixa etária até os 25 anos de idade, o que pode indicar a preferência das OPS por profissionais experientes para os cargos dos participantes.

Além disso, 53,49% afirmaram ter pós-Graduação, enquanto 46,51% informaram possuir apenas o curso de Graduação, o que sugere ser a formação acadêmica superior a exigência para a assunção dos cargos de gestão. Todavia, é importante destacar a necessidade do aperfeiçoamento e da especialização dos profissionais dos cargos de gestão, por meio de pós-graduações, o que poderá agregar benefícios na prestação dos serviços técnicos às OPS.

Em consonância com a proposição da presente pesquisa, os respondentes distribuem-se nas seguintes áreas de atuação profissional: gestão contábil (51,16%), financeira e administrativa (34,88%) e controles internos e auditoria (13,95%), indicando adequado nível de conhecimento e experiência prática nas OPS. Merece destaque os 13,95% que atuam na área de controles internos e auditoria, isto por representarem a menor parcela dos respondentes. Essa baixa representatividade apresenta relação com a diminuta existência das áreas de controle e auditoria interna nas OPS.

No tocante ao tempo de atuação nas OPS, apenas 2,33% apontaram possuir até 05 (cinco) anos de atuação, reduzindo, nesse sentido, a possibilidade de desconhecimento dos respondentes acerca das questões contidas no instrumento de pesquisa. Verifica-se que

72,09% dos pesquisados atuam entre 06 a 15 anos nas OPS e 25,58% têm mais de 16 anos, demonstrando uma permanência longa no quadro colaborativo das OPS.

Quanto ao porte das OPS, 44,19% dos respondentes atuam em OPS de pequeno porte, ou seja, aquelas que possuem até 20.000 beneficiários; 41,86% afirmaram que atuam em OPS de médio porte, comportando em sua carteira entre 20.000 e 100.000 usuários de planos de saúde; e 13,95% dos respondentes atuam em OPS de grande porte, aquelas que possuem acima de 100.000 beneficiários. Ressalta-se que, a nível nacional, o quantitativo de OPS de pequeno e médio porte é também mais elevado que as de grande porte.

A Tabela 4 apresenta a amostra dos 43 respondentes, estratificada por estado.

Tabela 4 – Total de OPS e Respondentes por estado

Estado	Total de OPS	Frequência de Respondentes	Percentual de respostas (%)
Alagoas	08	02	25,00%
Bahia	24	06	25,00%
Ceará	11	04	36,36%
Maranhão	05	04	80,00%
Paraíba	11	10	90,90%
Pernambuco	11	03	27,27%
Piauí	08	03	37,50%
Rio Grande do Norte	03	03	100,00%
Sergipe	08	08	100,00%
Total	89	43	-

Fonte: Dados da Pesquisa (2017).

Observa-se que, considerando-se os respondentes, os estados com os maiores números de participantes foram o Rio Grande do Norte e Sergipe, o que corresponde a 100,00% do total de OPS existentes neste estado. É importante destacar a participação de todos os estados do Nordeste no estudo, embora em alguns casos com poucos representantes.

4.2 Análise nos instrumentos regulatórios que remetem a práticas de controle interno

O Quadro 10 apresenta as categorias e subcategorias resultantes da análise de conteúdo, evidenciando quais os itens dos instrumentos regulatórios que se relacionam com a estrutura de controle interno (COSO).

O resultado da análise de conteúdo evidenciou que todos os componentes de controle interno possuem relação com itens da regulação econômica da saúde suplementar, sendo estes destacados no quadro abaixo. Quanto aos princípios, originados de cada componente de

controle, observa-se que os que envolvem a capacidade técnica, responsabilidade, identificação e análise de riscos, rotinas e padrões apresentaram várias conexões com itens da regulação. Além destes, destaca-se que a ênfase na troca e qualidade das informações (tecnologia e segurança), bem como aspectos relacionados à estrutura de governança e controle apresentam representação nos instrumentos regulatórios analisados.

Quadro 10 – Categorização dos instrumentos regulatórios na perspectiva do COSO

CATEGORIAS (Componentes do COSO 2013)	SUBCATEGORIAS (resumo da descrição dos princípios)	Lei nº 9.656	Lei nº 9.961	Instrução Normativa					Resolução Normativa									
				IN 14	IN 20	IN 28	IN 31	IN 33	RN 2	RN 3	RN 10	RN 13	RN 206	RN 209	RN 227	RN 244	RN 290	RN 400
Ambiente de controle	Subordinação, autoridade	Art. 20 § 1º	-	Art. 3º- XI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Gestão de Pessoas, Capacitação técnica	Art. 8 - IV	Art. 4 - XXV	-	-	-	-	-	-	-	-	Art. 3º - II	-	-	-	-	-	-
	Responsabilidade	Art 17 § 2º e § 3º, Art 17 A § 2º, Art 18, Art 18 - III, Art 19 § 6º, Art 24 A § 6º, Art 25, Art 33, Art 35J	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Avaliação de riscos	Definição de objetivos, Identificação de riscos	-	-	Art. 3º III	-	Art. 1º	-	-	-	-	Art. 4º	Art. 3º I	-	-	-	-	-	Art. 10; Art. 11
	Avaliação de riscos, Análise de riscos	-	-	Art. 4º	-	Art. 1º- II c	-	-	-	-	-	-	-	Art. 6º II §5º	-	-	-	Art. 10
Atividades de controle	Controle de tecnologia da informação, Sistema de informação	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Art. 4º
	Manual e rotinas, Padronização	Art 9º, § 2, Art 11, Art 12 I, II, III, IV, V, VI, VII, Art. 12 VII §	-	-	Art. 1º; Art. 2º	-	-	Par. único	Art. 1º	Art. 1º	Art. 2º; Art. 3º I	Art. 2º	-	Art. 1º	-	-	-	Art. 4º

		2º, §4º, Art 17A, Art 34 § 3º																
Informação e comunicação	Informações de qualidade	Art. 29A	Art 4º XXIV, Art 4º XXXV II	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Troca de informações internas, Responsabilização	Art 8º, §3º d, Art 16 Par. único, Art 17, Art 17 § 1º, Art 20	Art. 4º XXXI	Art. 3º V	Art. 1º; Art. 2º	-	Art. 1º	Art. 3º	-	-	Art 3º, §2; Art 6º; §2º	Art 3º II; Art 7º V, §1º	-	Art. 2º Par. único	Art. 4º	Art. 2º	Art. 1º Par. único	Art. 16
	Divulgação de relatórios de controle, Canais de comunicação	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Atividades de monitoramento	Auditoria interna, Avaliação periódica de controles	-	-	Art 3º II; Art 3º XII §2º; Art 4º V; Art 5º III; Art 5º VII §2	-	-	Art. 1º	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Estrutura de governança, Comunicação de deficiências de controle	-	-	Art 3º II; Art 3º VII; Art 3º VIII; Art 5º VII	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Art. 5º Par. único	-	Art. 5º I	Art. 5º; Art. 19

Fonte: a própria autora (2017), a partir da legislação analisada e do COSO (2013).

Importante destacar que o quadro 10 é composto apenas pelas Resoluções e Instruções Normativas que apresentaram conexão com os componentes de controle estabelecidos no *framework* do COSO 2013, excluindo, portanto, as demais que não apresentaram em seu conteúdo nenhuma interface com estes componentes.

Acerca da ausência da relação de alguns princípios do controle com a regulação, enfatiza-se, dentre eles, o risco de fraude, a integridade e a ética, cuja existência e a prática destes podem resultar em benefícios para as OPS.

4.3 Práticas de controle interno existentes nas OPS

Na Tabela 5, apresentam-se os 16 itens, conforme a regulação da saúde suplementar analisada na etapa da construção do questionário, indicados como propulsores de práticas de controle interno nas OPS. Para ter-se uma visão geral, os itens foram agrupados por níveis de concordância e discordância das respostas, para fins de análise.

Tabela 5 – Práticas de controle interno nas OPS em nível de concordância e discordância

Práticas de Controle Interno	Discordo (%)		Neutro (%)	Concordo (%)	
	1	2	3	4	5
1. Os desvios de conduta são identificados e corrigidos.	2,33	34,88	2,33	39,53	20,93
2. A periodicidade das avaliações dos controles internos varia conforme o risco da atividade.	18,60	32,56	2,33	32,56	13,95
3. A administração avalia os resultados dos controles internos periodicamente.	16,28	27,91	2,33	30,23	23,26
4. As deficiências de controles internos são comunicadas aos responsáveis para ações corretivas.	13,95	25,58	4,65	27,91	27,91
5. A auditoria interna acompanha e monitora a implementação das recomendações.	13,95	30,23	4,65	18,60	32,56
6. A estrutura hierárquica está disposta em organograma	-	-	4,65	9,30	86,05
7. Existem normas e procedimentos que limitam alçadas (competências).	2,33	2,33	4,65	48,84	41,86
8. Existe plano de treinamento e desenvolvimento periódico para os colaboradores.	6,98	11,63	-	56,97	24,41
9. As demonstrações financeiras são elaboradas conforme os princípios e as normas de contabilidade.	2,33	9,30	-	30,23	58,14
10. Os riscos identificados são mensurados, classificados e tratados, continuamente.	6,98	41,86	4,65	27,91	18,60
11. As atividades de controle subdividem-se em manuais e automatizadas.	-	20,93	6,98	51,16	20,93
12. Os controles relacionados às contas/produção médica são revisados constantemente.	-	11,63	6,98	44,19	37,21
13. Os sistemas de informação produzem informações tempestivas, exatas, completas e protegidas.	-	11,63	9,30	65,12	13,95
14. Existe canal de comunicação para denúncias internas.	-	20,93	-	51,16	27,91
15. Os perfis de acesso aos sistemas de informação são delimitados conforme o cargo.	-	4,65	2,33	44,19	48,84

16. As formas de comunicação com o público consideram os requisitos legais e regulatórios.	-	2,33	2,33	62,79	32,55
--	---	------	------	--------------	--------------

Fonte: Dados da pesquisa (2017).

O item 1 questiona a identificação e correção dos desvios de conduta que ocorrem nas OPS, sendo obtido 60,46% de concordância dos respondentes, o que indica a existência de práticas internas direcionadas a coibir comportamentos destoantes dos estabelecidos internamente pelas OPS. Entretanto, a parcela de discordância se apresenta com 37,21%, demonstrando a necessidade de fortalecimento ou implantação de práticas que estabeleçam a correção dos desvios de condutas.

No questionamento do item 2, vincula-se a periodicidade das avaliações de controle interno com o risco presente nas atividades, obtendo-se 51,16% de discordância por parte dos respondentes quanto à existência dessa relação em suas OPS. Esse resultado evidencia conflito com a literatura sobre o COSO, definido como um *framework* de controle interno que adota uma abordagem de riscos para análise e definição de indicativos de práticas de controle interno, o que permite o entendimento da relação entre os controles internos e o risco oferecido pelas atividades (SOUSA; SOUTO; NICOLAU, 2017).

O item 3 demonstrou que 53,49% dos respondentes concordaram que há uma avaliação periódica dos controles por parte da Administração da OPS, denotando a existência de um compromisso com a busca de resultados, o que oferece suporte à implementação de melhorias decorrentes dessas avaliações. No entanto, no mesmo questionamento, 44,19% das respostas apontaram para uma discordância em relação à periodicidade da avaliação dos controles por parte da Administração. As baixas médias das OPS de pequeno e médio porte sobre a existência das rotinas de auditoria interna, conforme já apresentado na Tabela 5, possivelmente servem de explicação razoável para este percentual de discordância apontado no item 3.

Os itens 4 e 5 abordaram aspectos específicos da auditoria interna, 55,82% e 51,16%, respectivamente, concordaram com as assertivas sobre o reporte das deficiências dos controles internos para ações corretivas e acerca dos serviços de monitoramento de implementação das recomendações da auditoria. Sobre os percentuais de discordância, não desprezíveis, em ambos os itens, a possível justificativa pode ser a ausência de rotinas periódicas de auditoria interna nas OPS de pequeno e médio porte (Tabela 5).

Acerca do item 6, que versou sobre a existência de organograma da estrutura hierárquica da OPS, 95,35% concordaram, demonstrando que as linhas de autoridade e comando estão delimitadas e disponíveis para conhecimento de toda a organização. Na

mesma perspectiva de delimitação de autoridade e competências, o item 7 expressa que 90,70% dos pesquisados concordaram quanto à existência de normas e procedimentos que limitam alcadas de competências, o que alude para uma estruturação interna, em termos de definição dos deveres e das atividades dos colaboradores.

Quanto à existência de planos de treinamento e desenvolvimento dos colaboradores, questionado no item 8, as respostas explicitaram 81,38% de concordância, sugerindo que as OPS realizam periodicamente investimentos em busca da capacitação e do aprimoramento técnico do seu corpo funcional. É importante ressaltar que os controles internos são conduzidos por pessoas e que dois importantes investimentos que as empresas devem realizar nessa área são: tecnologia e formação do pessoal, conforme Bhattacharya et al. (2003). O desenvolvimento dos recursos humanos juntamente com o estabelecimento de normas e padrões de conduta podem conduzir as OPS a cenários de eficiência operacional.

O item 9 indagou aos pesquisados acerca da elaboração das demonstrações financeiras em conformidade com os princípios e as normas de contabilidade, resultando em um percentual de concordância de 88,37%, confirmando, assim, a observância e a conformidade das áreas de contabilidade às normas e aos princípios que a regem.

A assertiva 10 sobre a prática de mensuração, classificação e tratamento dos riscos identificados, demonstrou 48,84% de discordância, sinalizando uma fragilidade das OPS quanto aos riscos e sua mitigação. Esse resultado pode estar relacionado com a não periodicidade das avaliações dos controles internos conforme o risco da atividade, conforme identificado no item 2.

Em relação ao item 11, indagou-se aos respondentes sobre a divisão das atividades de controle em manuais e automatizadas. Como resultado obteve-se que 72,09% concordaram com a existência da segregação das atividades de controle, desempenhadas pelos recursos humanos (manual), e com auxílio de mecanismos tecnológicos.

Ainda acerca dos controles existentes nas estruturas internas das OPS, o item 12 questionou a periodicidade ou a constância da revisão dos controles inerentes à produção/contas médica, obtendo-se a concordância de 81,40% dos respondentes quanto à constante revisão dos controles relacionados a essa área. Destaca-se que, a área de produção/contas médicas congrega os maiores esforços operacionais. Ao considerar-se que o negócio das OPS é oferecer serviços de saúde e por meio das contas médicas, se materializam as cobranças e os pagamentos dessa prestação de serviço.

Quanto à assertiva 13, que questiona se os sistemas de informação produzem informações tempestivas, exatas, completas e protegidas, 79,07% dos respondentes afirmaram

positivamente, o que sugere a existência de um suporte informacional aos gestores para a tomada de decisão, nas OPS. Todavia, considerando que os beneficiários dos planos de saúde, governo, credores e órgão regulador (ANS) também são usuários das informações geradas pelas OPS, é importante que a confiabilidade da informação seja percebida também por esses atores externos às OPS.

O item 14 questiona acerca da existência de um canal de comunicação para denúncias internas, obtendo-se a concordância de 79,07% dos respondentes, o que pode contribuir para inibir o descumprimento de normas e procedimentos. No entanto, 20,93% dos respondentes discordaram sobre a existência desse canal, evidenciando, assim, a oportunidade para a sua implementação, como medida de mitigação de risco e não conformidades e descumprimentos de condutas internas nas OPS.

Em relação aos perfis de acesso aos sistemas de informação, 93,03% dos respondentes concordaram com a assertiva de que há delimitação conforme o cargo do colaborador. Verificou-se anteriormente, no item 7, a existência de normas e procedimentos limitantes das alçadas, o que se fortalece com o controle sobre os perfis nos acessos aos sistemas de informação.

A assertiva 16, que versa sobre as formas de comunicação com o público, 95,34% dos respondentes apresentaram concordância, indicando que há consideração dos requisitos legais e regulatórios no estabelecimento dos canais e ferramentas de comunicação entre as OPS e o público usuário das informações. Cumpre destacar que a ANS, enquanto agência reguladora, estabelece normativas específicas que instituem canais de comunicação entre os atores da saúde suplementar, justificando, assim, o elevado grau de concordância.

4.4 Análise das práticas de controle interno em função do porte das OPS

Inicialmente, apresentam-se os resultados dos componentes do controle, sintetizados na Tabela 6, os quais serão, logo em seguida, examinados de forma detalhada.

Tabela 6 – Síntese dos componentes do controle interno nas OPS

Componentes de Controle	Média	Desvio Padrão
Ambiente de Controle	3,34	0,64
Avaliação de Riscos	3,87	0,96
Atividade de Controle	4,09	0,71
Informação e Comunicação	3,92	0,73

Atividades de Monitoramento	3,42	1,06
-----------------------------	------	------

Fonte: Dados da pesquisa (2017)

Nota: Quanto maior a média, maior a concordância quanto à existência de práticas associadas ao componente de controle.

Conforme a Tabela 6, dentre os componentes de controle definidos pelo *Integrated Framework* (ICIF) - COSO 2013, verificam-se que, de forma mais representativa, as práticas relacionadas à atividade de controle sobressaem em termos percentuais, apresentando média de 4,09, indicando que as práticas relacionadas a esse componente do controle interno se encontram mais presentes nas estruturas internas das OPS pesquisadas. As práticas pertencentes ao componente de informação e comunicação, na visão dos respondentes, também apresentaram uma representativa média de 3,92, seguida pelo componente avaliação de riscos, com 3,87 de média.

Ressalta-se que o componente do ambiente de controle apresentou a menor média dentre os demais, o que sugere a necessidade de fortalecimento dessas práticas, podendo ocorrer por meio da implantação de setores de auditoria interna ou da ampla disseminação da cultura de controles internos.

Verificou-se, ainda, que a média das OPS que possuem rotina de auditoria interna é variável em função do seu porte, podendo influenciar a existência da rotina, conforme evidência a Tabela 7.

Tabela 7 – Rotina periódica de auditoria interna

Auditoria Interna	OPS de pequeno porte		OPS de médio porte		OPS de grande porte	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
Possui rotina periódica de Auditoria Interna	1,89	1,28	3,75	1,34	5,00	0,00

Fonte: Dados da pesquisa (2017).

Segundo a definição do IIA (2010), a auditoria interna é uma atividade independente e objetiva, que presta serviços de avaliação e consultoria e tem como objetivo adicionar valor e melhorar as operações de uma organização. Comumente esses serviços de auditoria interna podem ser prestados pelo menos de duas formas: a primeira é por meio de entidade terceirizada, contratada para os fins específicos, e a segunda é por meio da implantação de setor específico, composto por funcionários da própria entidade. No entanto, ambas alternativas requerem investimentos financeiros e estruturais, motivos que podem ser a explicação para a média reduzida nas OPS de pequeno porte.

Ainda sobre a existência da auditoria interna, a Tabela 8 evidencia as respostas acerca do posicionamento da auditoria interna, obtidas exclusivamente das OPS que possuem o setor próprio em sua estrutura organizacional. Destaca-se que, independente do porte da OPS, as médias terão o mínimo de 0,00 e o máximo de 1,00, considerando que a resposta da questão era “sim” (1,00) ou “não” (0,00). Desse modo, quanto ao posicionamento da auditoria interna subordinada ao Conselho de Administração, as médias se revelaram mínimas, indicando que, nas OPS em que há a auditoria interna, o posicionamento não é de subordinação direta ao Conselho de Administração.

Tabela 8 – Características da auditoria interna

Características da Auditoria Interna	OPS de pequeno porte		OPS de médio porte		OPS de grande porte	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
A auditoria interna é subordinada diretamente ao Conselho de Administração	0,13	0,39	0,12	0,34	0,12	0,34
Possui Comitê de Auditoria	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fonte: Dados da pesquisa (2017).

Nota: Quanto maior a média, mais o grupo de OPS se aproxima das características da Auditoria Interna elencadas na Tabela.

Ressalta-se que a subordinação hierárquica da auditoria interna se associa à independência com que essa auditoria poderá atuar na entidade. Sobre isso, Lelis e Pinheiro (2012) afirmam que a independência é uma característica relacionada ao posicionamento da auditoria interna dentro da estrutura organizacional da empresa. Nesse aspecto, o IIA (2010) recomenda que a área de auditoria interna seja vinculada ao Conselho de Administração das empresas, pois entende que, desse modo, sua atuação seria mais independente do que se vinculada à presidência ou diretoria financeira.

Destaca-se, ainda, a afirmação da totalidade dos respondentes quanto à inexistência do Comitê de Auditoria nas OPS. Possivelmente, a minimização da existência da rotina de auditoria interna nas OPS pode estar relacionada com a ausência desse Comitê, considerando que para a sua existência, é necessário haver a manutenção de estruturas consolidadas em controles e auditoria interna.

Após a visão geral trazida, acerca das assertivas constantes no instrumento de pesquisa, segue-se para a análise das médias das respostas por assertiva, estratificadas por componente de controle e porte das OPS, conforme as Tabelas de 9 a 13. Posteriormente, apresenta-se a comparação das médias, usando o teste de *Kruskal-Wallis*, buscando evidenciar

uma possível influência do porte da OPS na adoção de práticas de controle interno, ainda que, a adoção dessas práticas seja impulsionada pela regulação.

Tabela 9 – Componente de controle: Ambiente de controle

Práticas de controle interno	OPS de pequeno porte		OPS de médio porte		OPS de grande porte		Kruskal-Wallis
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	<i>p-value</i>
Os desvios de conduta são identificados e corrigidos	2,84	1,3	3,62	1,08	4,37	0,51	ns
A auditoria interna é subordinada diretamente ao Conselho de Administração	1,84	0,37	1,75	0,44	1,62	0,51	ns
Possui comitê de auditoria	1,94	0,22	1,87	0,34	1,75	0,46	ns
A estrutura hierárquica está disposta em organograma	4,68	0,67	4,93	0,25	4,87	0,35	ns
Existem normas e procedimentos que limitam alçadas (competências)	4,00	1,00	4,31	0,60	4,75	0,70	ns
Existe plano de treinamento e desenvolvimento periódico para os colaboradores	3,00	1,10	3,62	0,95	4,37	0,74	0,005

Fonte: Dados da pesquisa (2017).

Notas: (a) quanto maior a média, maior a concordância quanto à existência de práticas associadas ao componente de controle; (b) *ns* equivale a não significante.

A Tabela 9 evidencia as práticas relacionadas ao componente do controle interno: ambiente de controle. De forma geral, as médias possuem variação relevante, mesmo as cinco primeiras práticas de controle interno não apresentando significância estatística. No tocante à identificação dos desvios de conduta, as médias aumentam em decorrência do porte das OPS, sendo de 2,84 nas OPS de pequeno porte, 3,62, de médio porte e 4,37, grande porte. Intui-se que a identificação e correção dos desvios de conduta podem resultar mais frequentemente de estruturas internas mais robustas, como nas OPS de grande porte.

A respeito da subordinação da Auditoria Interna ao Conselho de Administração, as médias se apresentam com resultados baixos e próximos, com uma pequena variação, ao se comparar as médias por porte das OPS. Esse resultado indica a necessidade de reposicionamento das áreas de auditoria interna existentes nas OPS, que não sejam subordinadas diretamente ao Conselho de Administração, considerando essa medida como fundamental para a atuação de forma independente da Auditoria Interna.

De forma semelhante, as OPS apresentaram lacunas quanto à existência de um Comitê de Auditoria, unidade esta que traz uma importante contribuição no processo de supervisão da integridade dos controles e procedimentos de elaboração dos relatórios financeiros. Com médias decrescentes, o resultado sugere a oportunidade de criação desses Comitês como

medida de fortalecimento das estruturas de governança das OPS, inclusive nas de grande porte, que obteve a média de 1,75.

Considerando a disposição da estrutura hierárquica por meio de organograma, obteve-se que as médias se apresentam próximas e que o porte da OPS não interferiu nesse resultado. Uma estrutura adequada proporciona uma melhor compreensão acerca das linhas de comando, das responsabilidades e da autoridade na organização. Sobre a existência de normas e procedimentos que limitam as alçadas de competência, obteve-se resultado semelhante, com ênfase um pouco maior nas OPS de grande porte.

Já em relação à assertiva sobre a existência de plano de treinamento e desenvolvimento periódico para os colaboradores, verificou-se uma diferença de média significativa estatisticamente ($p=0,005$) entre os portes das OPS. Esse resultado é coerente ao se considerar que as OPS de grande porte possuem maiores possibilidades de investimentos em treinamento e desenvolvimento. Bhattacharya et al. (2003) advertem que a falta de pessoal qualificado pode afetar a qualidade do serviço prestado, por conseguinte, as práticas de controle interno são afetadas diretamente pela capacitação das pessoas de exercerem suas funções na organização, inclusive porque sua falta também pode influenciar o nível de conformidade regulamentar e, conseqüentemente, a divulgação, um dos objetivos do *framework* COSO.

A Tabela 10 apresenta a opinião dos respondentes acerca das práticas de controle interno atreladas à avaliação de risco, considerando a segmentação entre os portes das OPS e o teste de diferença de média.

Tabela 10 – Componente de controle: Avaliação de riscos

Práticas de Controle Interno	OPS de pequeno porte		OPS de médio porte		OPS de grande porte		Kruskal-Wallis
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	<i>p-value</i>
As demonstrações financeiras são elaboradas conforme os princípios e as normas de contabilidade	4,36	0,95	4,06	1,28	4,75	0,46	ns
Os riscos identificados são mensurados, classificados e tratados, continuamente	2,47	1,17	3,37	1,20	4,25	0,70	0,003

Fonte: Dados da pesquisa (2017).

Notas: (a) quanto maior a média, maior a concordância quanto à existência de práticas associadas ao componente de controle; (b) ns equivale a não significativa.

Como resultado, observa-se que a assertiva relacionada à elaboração das demonstrações financeiras possui médias próximas, independente do porte das OPS, o que pode explicar a não significância estatística da diferença das médias. Todavia, depreende-se que, não obstante a significância estatística, os resultados indicam que as demonstrações financeiras são elaboradas em conformidade com os princípios e com as normas de contabilidade, qualquer que seja o porte da OPS.

Quanto às médias da assertiva que versa sobre a identificação, mensuração, classificação e tratamento dos riscos, estas se apresentam com variação relevante, dependendo do porte da OPS, posto que as de grande porte exibem maior afinidade com as atividades relacionadas ao risco. Estas OPS são as que possuem rotinas periódicas de auditoria interna, conforme relatado anteriormente na Tabela 7, favorecendo, desse modo, a maior adesão a essas práticas que envolvem o risco das atividades.

A Tabela 11 evidencia os resultados quanto às atividades de controle, individualizadas por meio das práticas de controle interno elencadas.

Tabela 11 – Componente de controle: Atividades de controle

Práticas de Controle Interno	OPS de pequeno porte		OPS de médio porte		OPS de grande porte		Kruskal-Wallis
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	<i>p-value</i>
As atividades de controle subdividem-se em manuais e automatizadas	3,31	1,00	4,12	0,61	4,37	0,51	ns
Os controles relacionados às contas/produção médica são revisados constantemente	4,10	0,93	4,12	0,95	4,12	0,64	ns
Os perfis de acesso aos sistemas de informação são delimitados conforme o cargo	4,31	0,58	4,37	0,88	4,62	0,51	ns
Os sistemas de informação produzem informações tempestivas, exatas, completas e protegidas	3,57	0,96	3,93	0,57	4,25	0,46	ns

Fonte: Dados da pesquisa (2017).

Notas: (a) quanto maior a média, maior a concordância quanto à existência de práticas associadas ao componente de controle; (b) ns equivale a não significante.

Sobre a assertiva que aborda a subdivisão das atividades de controle em manuais e automatizadas, houve variação nas médias das OPS, no entanto as de médio e grande porte se mantiveram próximas. As OPS de pequeno porte apresentaram média mais baixa, possivelmente, pela baixa existência de rotinas periódicas de auditoria interna nessas OPS (conforme Tabela 7), o que pode influenciar na adoção de atividades de controle interno.

Ao se questionar acerca da constância da revisão dos controles das contas/produção médica, a despeito da não significância estatística apresentada, as médias se mantiveram próximas e em nível elevado, sugerindo que os portes das OPS não agregam fator explicativo quanto a esta frequência de revisão dos controles. É possível sugerir, ainda, que os processos de produção médica representam, de forma consolidada, o negócio, por assim dizer, das OPS, sendo esse um aspecto que pode explicar a elevação das médias nas OPS.

A assertiva que estabelece a delimitação dos perfis de acesso ao sistema conforme o cargo ocupado na organização, também apresentou médias próximas e crescentes de 4,31 (OPS de pequeno porte), 4,37 (OPS de médio porte) e 4,62 (OPS de grande porte), sinalizando uma prática consistente. Adicionalmente, ainda sob o aspecto informacional, questionou-se aos respondentes acerca das qualidades das informações produzidas pelos sistemas de informação, obtendo-se médias crescentes, conforme os portes das OPS.

As opiniões dos respondentes, quanto ao componente de controle, informação e comunicação, encontram-se na Tabela 12, apontando ainda a significância estatística entre as médias das OPS.

Tabela 12 – Componente de controle: Informação e Comunicação

Práticas de Controle Interno	OPS de pequeno porte		OPS de médio porte		OPS de grande porte		Kruskal-Wallis
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	<i>p-value</i>
Existe canal de comunicação para denúncias internas	3,21	1,27	3,87	0,61	4,25	0,70	ns
As formas de comunicação com o público, consideram os requisitos legais e regulatórios	4,57	0,60	3,87	0,71	3,75	0,46	0,001

Fonte: Dados da pesquisa (2017).

Notas: (a) quanto maior a média, maior a concordância quanto à existência de práticas associadas ao componente de controle; (b) ns equivale a não significante.

A existência de um canal de denúncias internas é confirmada por meio das médias elevadas, independente do porte das OPS, porém, não houve significância estatística. Destaca-se que a presença do canal de denúncia é mais representativa nas OPS de grande porte, sugerindo que a existência mais constante das rotinas de auditoria interna pode influenciar positivamente na implantação de canais de denúncia como mecanismo de prevenção de possíveis irregularidades.

No tocante às formas de comunicação com o público, as médias das OPS de médio e grande porte se mantiveram próximas, contudo, se apresentaram menores do que a média das

OPS de pequeno porte. A relação entre as médias das OPS dos três portes apresentou significância estatística ($p= 0,001$), indicando que esse resultado contraria a ideia de que as OPS de grande porte possuem as melhores e mais estruturadas práticas relacionadas à informação e à comunicação.

Seguindo-se com a análise do componente de controle: atividades de monitoramento, conforme apresentado na Tabela 13, verifica-se que as organizações utilizam avaliações contínuas, com o objetivo de se certificar sobre o funcionamento dos demais componentes de controle interno.

Tabela 13 – Componente de controle: Atividades de monitoramento

Práticas de Controle Interno	OPS de pequeno porte		OPS de médio porte		OPS de grande porte		Kruskal-Wallis
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	<i>p-value</i>
A administração avalia os resultados dos controles internos periodicamente	2,15	1,34	3,75	1,18	4,37	0,51	0,001
A periodicidade das avaliações dos controles internos varia conforme o risco da atividade	2,05	1,26	3,12	1,08	4,50	0,53	0,000
A auditoria interna acompanha e monitora a implementação das recomendações	2,31	1,37	3,87	1,25	4,25	1,16	0,002
As deficiências de controles internos são comunicadas aos responsáveis para ações corretivas	2,26	1,4	3,93	0,92	4,50	0,75	0,000

Fonte: Dados da pesquisa (2017).

Notas: (a) quanto maior a média, maior a concordância quanto à existência de práticas associadas ao componente de controle; (b) ns equivale a não significante.

Em uma visão geral, os resultados das assertivas relacionadas às atividades de monitoramento se mostram em sentido crescente, variando conforme os portes das OPS. Vale destacar que as quatro assertivas apresentaram significância estatística, sugerindo que as práticas de controle interno, atreladas ao componente monitoramento, possuem variação em função dos portes das OPS.

A assertiva que versa sobre a avaliação periódica dos resultados pela administração apresentou médias crescentes, indicando que as estruturas das OPS de maior porte podem proporcionar melhores condições para uma avaliação de resultados mais frequente, de modo que essa periodicidade pode estar atrelada aos resultados percebidos pela administração sobre os serviços de auditoria interna; enquanto que para as pequenas OPS, na ausência ou minimização das rotinas de auditoria interna (conforme Tabela 7), a rotina de avaliação dos resultados dos serviços de auditoria interna é mais limitada.

A segunda assertiva pressupõe que a variação na periodicidade da avaliação dos controles varia conforme o risco das atividades, todavia, mantendo-se conexas com a assertiva anterior, as OPS de pequeno porte apresentaram média reduzida, bem como as OPS de médio e grande porte evidenciaram médias próximas das apontadas na assertiva anterior. Destaca-se, assim, o poder explicativo do porte das OPS para os aspectos relacionados à periodicidade das avaliações dos controles em relação aos riscos das atividades.

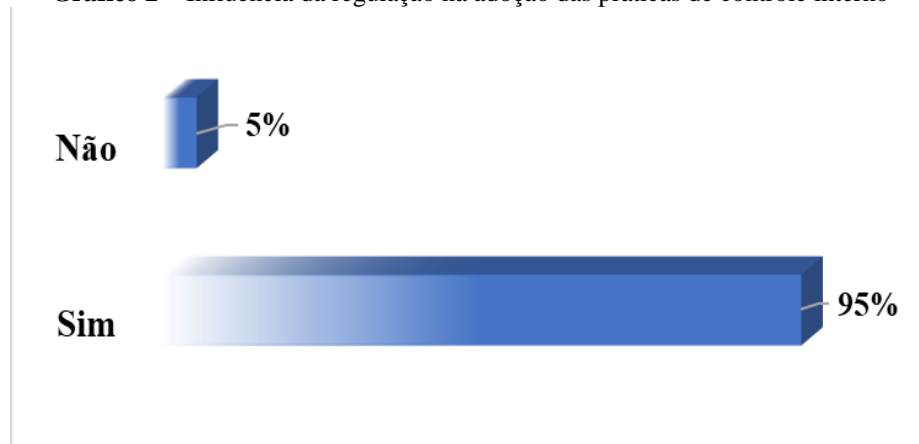
A terceira assertiva, inserida como prática do componente de controle - atividades de monitoramento, estabelece que a auditoria interna monitora a implementação das recomendações emitidas como resultado dos seus serviços. As OPS de pequeno porte apresentaram baixa média, de 2,31, e as de grande porte apresentaram média alta, de 4,25, evidenciando nexos com as assertivas anteriores. Importante enfatizar que a significância estatística ($p=0,002$) assegura a diferença de médias entre as assertivas, com a indicação de que os portes das OPS influenciam o acompanhamento das recomendações emitidas nos relatórios de auditoria interna.

Quanto à comunicação das deficiências dos controles internos aos responsáveis pelas ações corretivas, os resultados permaneceram coerentes com os achados anteriores (conforme Tabela 5), em que as OPS de grande porte, possuindo rotina periódica de auditoria interna, obtêm maior propensão a conduzir as informações dos resultados das auditorias internas aos responsáveis pela tomada de decisão corretiva.

4.5 Influência da regulação nas práticas de controle interno

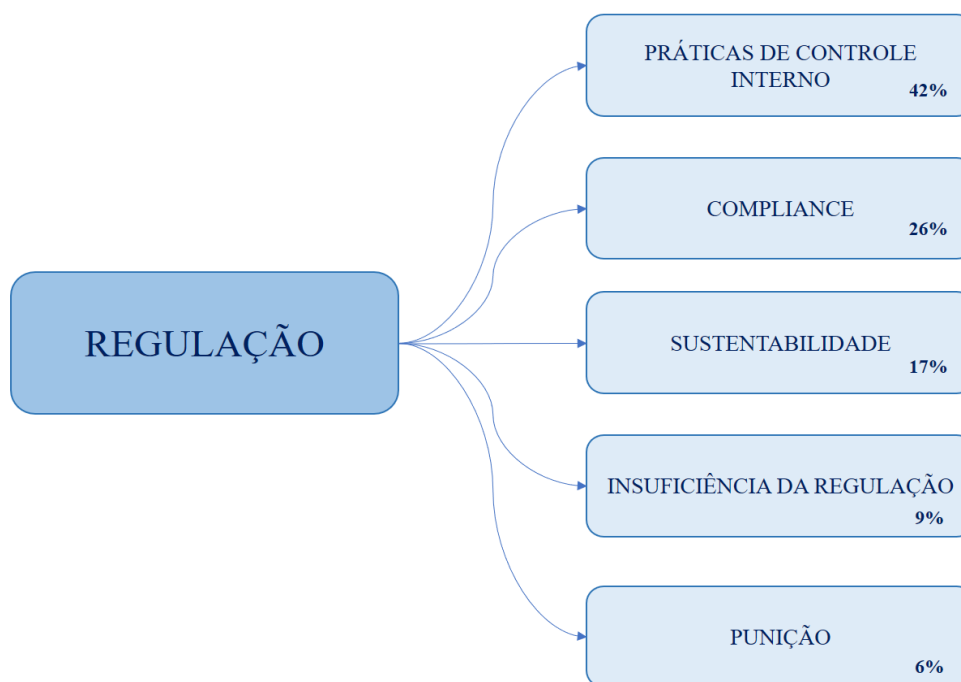
Nesta seção, apresenta-se a análise acerca da influência da regulação na adoção de práticas de controle interno nas OPS, a partir das respostas dos gestores pesquisados à questão aberta do questionário.

Inicialmente, o Gráfico 2 demonstra que 95% dos participantes concordam que existe uma relação de influência da regulação exercida pela ANS, na adoção das práticas de controle interno nas OPS pesquisadas.

Gráfico 2 – Influência da regulação na adoção das práticas de controle interno

Fonte: Dados da pesquisa (2017).

Dos que responderam afirmativamente a esse questionamento, 85% apresentaram argumentos no comentário acerca da questão, evidenciando que há variação dessa influência conforme o porte da OPS. As respostas foram analisadas e categorizadas com base na análise de conteúdo, realizada com o auxílio do *software NVivo*, o que possibilitou a compreensão e a interpretação da mensagem original, conforme o esquema de categorização exposto na Figura 10.

Figura 10 – Categorização da questão aberta

Fonte: Dados da pesquisa (2017).

As categorias de análise geradas foram: práticas de controle interno, *compliance*, sustentabilidade, insuficiência da regulação e punição, conforme Figura 10. A essas categorias, denominadas “nós” no *software NVivo*, foram agrupados trechos das respostas que se referiam a cada um desses conteúdos, de modo a evidenciar a visão dos respondentes sobre o impacto da regulação exercida pela ANS no controle interno da OPS.

Verifica-se que 42% dos respondentes afirmaram que a regulação é um importante instrumento para impulsionar a adoção de práticas de controle interno, conforme retratam os seguintes trechos das respostas, cuja codificação refere-se a cada um dos respondentes (R1 a R43):

“... A operadora é motivada a adotar práticas de controle que melhoram seu desempenho” (R17).

“... mesmo que indiretamente, existe uma relação de influência entre a regulação e a adoção de práticas de controles internos, porém, considerando a realidade individual de cada operadora” (R18).

“... A estrutura de controles internos, em nosso caso, foi bastante fortalecida, devido às exigências da regulação da ANS” (R43).

Destaca-se que, na opinião de alguns respondentes, está implícito que o porte da OPS pode influenciar na adoção de práticas de controle interno, conforme, por exemplo, relato do R29:

“... apesar do porte pequeno da minha operadora, os procedimentos de controle interno se originam em sua maioria das exigências regulatórias da ANS”.

Em seguida, 26% afirmaram que a regulação impacta, sobretudo, o *compliance*, ou seja, a obrigação do cumprimento das regras e normas editadas pelo órgão regulador. De forma consequente às determinações trazidas pelas regulações, as OPS implementam as adaptações internas nos controles de modo a cumpri-las, conforme relatos abaixo:

“Todas as regras são adotadas tempestivamente e controladas internamente” (R10).

“... Seguindo as normas da agência reguladora são desenvolvidas rotinas internas, levando então à adoção de práticas de controle” (R16).

“... As exigências regulatórias imprimem novas necessidades de mecanismos de controles internos” (R22).

Em alguns casos, há uma área específica para tratar as questões de *compliance*, sugerindo a existência de uma estrutura de governança corporativa mais robusta, conforme apreendido no seguinte texto:

“... faz-se absolutamente necessária a atenção extrema quanto à observância das referidas normas e seu perfeito cumprimento. Para tanto, há, nesta operadora, o setor responsável pela fiscalização do cumprimento das obrigações” (R03).

A sustentabilidade das OPS foi mencionada por 17% dos participantes, no sentido de que a regulação objetiva, fundamentalmente, a sustentabilidade das OPS. Logo, as práticas de controle interno seriam o resultado da busca por esta sustentabilidade. Destaca-se que a sustentabilidade citada se relaciona, exclusivamente, com os aspectos econômicos e financeiros das OPS, conforme as seguintes ideias expostas:

“... A regulação se caracteriza pela manutenção do equilíbrio econômico e financeiro” (R07).

“... Com base nas instruções de regulação estabelecidas pela ANS, a operadora é motivada a adotar práticas que melhorem seu desempenho e promovem a sustentabilidade” (R17).

Segundo um dos participantes,

“... existe um desafio entre manter a sustentabilidade da operadora e o cumprimento da regulação exercida pela ANS” (R14).

Esse pensamento sugere o desafio das OPS em, por um lado, cumprir e adequar-se à regulação da ANS, e, por outro, buscar a sustentabilidade, em termos econômicos e financeiros, indicando que as exigências para o monitoramento da solvência das OPS exigem controles efetivos sobre os aspectos financeiros e econômicos.

Seguindo com os resultados, 9% dos respondentes afirmaram que apesar da influência que a regulação exerce sobre a adoção das práticas de controle interno, ela ainda se mostra insuficiente, sinalizando a necessidade de regulações direcionadas aos controles internos. Essa insuficiência, apontada por alguns participantes, pode comprometer a adoção de práticas de controle interno, conforme apresentado abaixo:

“... A adoção de práticas de controles internos é influenciada em parte pela regulação, no entanto, para um ambiente harmônico e controlado é necessário além da influência, uma possível imposição” (R21).

“... A ANS não regula diretamente controles internos, o que, de certa forma, apesar de influenciar indiretamente a adoção, não há uma disposição obrigatória, o que por

vezes, faz com que a OPS julgue não ser tão importante as práticas de controles internos” (R38).

A insuficiência percebida por alguns dos respondentes pode estar relacionada à ausência de regulação da ANS direta sobre os controles internos, indicando que esse possível *gap* pode fragilizar a aderência de algumas OPS na adoção de estruturas de controle interno, conforme o julgamento interno dos gestores sobre a sua pertinência (ou não).

Por fim, pequena parcela dos respondentes (6%) destacou um aspecto importante que a regulação possui, a qual sobressai à sua influência nos controles internos, que é o seu caráter punitivo, conforme evidências abaixo:

“... As multas e penalizações são pesadas” (R2).

“... De forma a atender estas diretrizes para que não ocorra o descumprimento dessas, evitando prejuízos da operadora” (R13).

As punições mencionadas pelos respondentes são aplicadas pela ANS em situações de descumprimento da regulação, podendo ser a aplicação de multas, a instituição de Direção Fiscal (intervenção direta da ANS na gestão da OPS), e até mesmo a descontinuidade da OPS no segmento de saúde suplementar.

Dessa forma, a análise dos resultados evidenciou que, na perspectiva dos gestores das OPS da região Nordeste pesquisados, há influência da regulação nas práticas de controle interno, todavia, há variação na adoção das práticas de controle interno em função do porte das OPS.

Foi possível destacar, ainda, que, além do controle interno, na visão dos gestores, a regulação também se articula com outros processos internos, tais como o *compliance* e a sustentabilidade econômico-financeira.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa buscou contribuir para a reflexão e a discussão acerca da regulação exercida por órgãos constituídos, como representantes do governo que mediam a relação entre os atores envolvidos no segmento de saúde suplementar. A compreensão do objetivo e do papel da regulação nas OPS se mostra importante, à medida que esta pode exercer influência direta na adoção de práticas de controle interno nessas entidades.

O objetivo geral delimitado para este estudo foi analisar a influência da regulação na adoção de práticas de controle interno nas operadoras de planos de saúde do mercado de saúde suplementar da Região Nordeste do Brasil. Para tanto, por meio da revisão da literatura, foi possível compreender a regulação econômica e as suas interfaces com as relações entre os atores do segmento regulado. Na sequência, para a construção do instrumento de pesquisa, realizou-se uma análise de conteúdo nos instrumentos regulatórios (exclusivamente nos aspectos econômicos e financeiros), emitidos pela ANS, bem como análise dos marcos legais que regulam a saúde suplementar no país, no sentido de capturar suas conexões com o *framework* do COSO, o que indicaria uma possível influência da regulação nos mecanismos de controle interno.

A coleta de dados junto a gestores desse segmento, por meio de questionário, possibilitou a realização da análise descritiva dos dados e do teste não paramétrico de *Kruskal Wallis*; adicionalmente, procedeu-se com análise de conteúdo da questão aberta do questionário.

Acerca da composição da amostra, ressalta-se que foi formada pela participação de pelo menos uma OPS de cada estado da Região Nordeste do Brasil, variando em suas estruturas entre pequeno, médio e grande porte. Vale frisar que os respondentes estão vinculados às áreas financeira, contábil e de auditoria, justamente as que possuem afinidade com a proposta desta pesquisa, os quais integram o quadro funcional das OPS há mais de seis anos e possuem qualificação formal e experiência que os habilitam a responder sobre as práticas de controle interno existentes nas respectivas entidades.

Os principais resultados da pesquisa podem ser sintetizados em quatro vertentes: a primeira, quanto às conexões entre a regulação da ANS e o controle interno das OPS, a segunda, quanto à realidade das estruturas de controle interno das OPS do Nordeste, à luz do *framework* COSO e da regulação, a terceira quanto a variação das práticas em função do porte das OPS e a quarta, quanto à opinião dos respondentes no que diz respeito à influência da regulação na adoção das práticas de controle interno nas OPS pesquisadas.

No que se refere às **conexões entre a regulação e o controle interno**, após a análise de conteúdo dos instrumentos regulatórios da saúde suplementar brasileira, verificou-se que aquelas são identificadas, por vezes, de forma indireta, o que evidencia a limitação da correlação entre os aspectos da regulação com a estrutura de controle interno apresentada pelo COSO ICIF (2013). No entanto, apesar da limitação, foi possível observar a associação de práticas de controle interno presentes nos cinco componentes estabelecidos pelo *framework* do COSO.

Quanto à realidade das **estruturas de controle interno das OPS do Nordeste**, foi possível observar que as médias dos componentes de controle se mantiveram, de maneira geral, próximas a 3,70, o que representa, conforme escala de *Likert*, uma concordância parcial com relação à existência de práticas de controle interno, elencadas a partir do *framework* do COSO.

O destaque maior se deu quanto às práticas relacionadas ao componente “atividades de controle”, que atingiu a média de 4,09, permitindo concluir que os controles relacionados aos sistemas de informação e de produção médica das OPS se encontram em evidência e são frequentemente avaliados.

Também, verificou-se que, de forma pontual, as OPS apresentam a subordinação da auditoria interna ao Conselho de Administração, o que impacta na garantia de atuação com independência. Nas OPS de pequeno e médio porte, ainda são incipientes as áreas de auditoria e controle interno, o que pode influenciar na disseminação da cultura de controles. Ressalta-se ainda que o alto nível de discordância quanto à identificação, mensuração e tratamento dos riscos, enseja uma maior exposição das OPS aos riscos.

Outro aspecto a ser destacado é a inexistência dos comitês de auditoria, que pode decorrer do desconhecimento da função e da sua importância ou até mesmo da impossibilidade estrutural de implantá-los, no entanto, é um componente essencial na estrutura de governança corporativa das OPS.

A respeito da **variação das práticas de controle interno em função do porte das OPS**, vale enfatizar que as diferenças estatísticas apresentadas, asseguram que a estrutura (porte da OPS) influencia diretamente na adoção de práticas de controle interno. Mais especificamente, as práticas de controle interno associadas ao componente de ambiente de controle demonstraram variação uniforme entre os portes das OPS, no entanto, apenas a prática de plano de treinamento e desenvolvimento periódico para os colaboradores apresentou significância estatística, permitindo concluir que o porte é um fator decisivo para adoção da referida prática.

Referente as práticas de controle interno associadas ao componente de avaliação de riscos, observou-se a incipiência na identificação e mensuração dos riscos, o que indica maior exposição das OPS aos riscos do negócio da saúde suplementar, podendo contribuir para a crescente insolvência das OPS. Quanto às práticas de controle interno correlacionadas ao componente de atividades de monitoramento, todas apresentaram significância estatística entre os portes das OPS, permitindo concluir que a periodicidade e avaliação dos controles internos possuem diferentes graus de implantação entre as OPS.

Acerca da quarta vertente, ou seja, **a percepção dos respondentes quanto à influência da regulação na adoção das práticas de controle interno nas OPS**, obteve-se um elevado nível de concordância dos participantes (95%) a respeito da existência dessa influência. Entretanto, outros aspectos relacionados à regulação também emergiram na análise qualitativa, como o *compliance*, a sustentabilidade econômico-financeira e o seu caráter punitivo. Também foi sinalizada a insuficiência da regulação em relação aos controles internos, de sorte que, a criação de regulação específica para os controles internos das OPS poderia conduzir à adoção massificada de estruturas internas padronizadas.

Cabe ainda destacar que, a partir da compreensão da relevância dos controles internos para a gestão e frente as práticas de governança corporativa que envolvem o mercado mundial, pode-se indicar a necessidade da divulgação de relatório específico de controles internos das OPS, se configurando em um instrumento de transparência em favor dos beneficiários.

Intui-se ainda que, o fortalecimento da estrutura e das práticas de controles internos nas OPS pode ser um caminho rumo à sustentabilidade econômico-financeira do setor de saúde suplementar, no país, sendo esse, portanto, mais um fator contributivo para a regulação dos controles nesse segmento. Apesar da ciência dos gestores de que a regulação da ANS conduz à adoção de práticas de controle interno, verificou-se que a realidade sugere a necessidade de implementação de melhores práticas e de estruturas de controles, as quais não dependem apenas do gestor, mas de um contexto mais amplo que envolve o nível estratégico das OPS. Este fato, por fim, parece indicar que a regulação específica dos controles internos pela ANS pode ser a alternativa para que as OPS os adotem de modo mais efetivo.

Em síntese, conforme evidenciado nos resultados, o pressuposto da pesquisa foi parcialmente confirmado, uma vez que mostraram a existência da influência da regulação na adoção das práticas de controle interno, entretanto, não foi possível confirmar que quanto mais a regulação se relacionar com essas práticas, mais as OPS as adotarão, considerando os baixos níveis de aderência a essas práticas de controle interno em algumas OPS.

5.1 Limitações e sugestões para estudos futuros

As limitações da pesquisa residem no quantitativo de participantes e no seu contexto restrito à Região Nordeste. Entretanto, essas limitações transportam-se como sugestões para estudos futuros com a ampliação da amostra para outros participantes e Regiões, com o intuito de identificar se os resultados encontrados se repetem em outros cenários.

Pode-se, também, ampliar os temas de regulação da ANS, bem como aprofundar as análises em OPS de determinado porte (por exemplo, grande porte), buscando-se identificar os desafios e os fatores chaves de sucesso na implantação de estruturas de controle interno, com o objetivo de disseminar os *cases* de sucesso.

Por fim, vale sugerir estudos que discutam acerca das expectativas do regulador e dos agentes regulados, de modo a se reduzir o *gap* e obter maior eficiência no segmento da saúde suplementar, no país.

REFERÊNCIAS

AGLIETTA, Michel. **Régulation et crises du capitalisme**. Paris: Calmann-Lévy, 1976.

AGYEI-MENSAH, Ben K. Internal Control Information Disclosure and Corporate Governance: evidence from an Emerging Market. **Corporate Governance: The International Journal of Business in Society**, ISSN: 1472-0701, v. 16, n. 1, pp. 79-85, 2016. Disponível em: <https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2724963>. Acesso em: 22 dez. 2016.

AKERLOF, George A. The Market for “Lemons”: Quality Uncertainty and the Market Mechanism. **The Quarterly Journal of Economics**, The MIT Press, ISSN: 0033-5533, v. 84, n. 3, pp. 488-500, ago. 1970. Disponível em: <<https://www.iei.liu.se/nek/730g83/artiklar/1.328833/AkerlofMarketforLemons.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2016.

ALMEIDA, Renata G.; SANT’ANNA, Anibal P. Composição probabilística na avaliação do risco de operadoras de planos de assistência à saúde. **Revista Brasileira de Risco e Seguro**, ISSN: 1808-0723, v. 6, n. 11, pp. 1-34, abr./set. 2010. Disponível em: <<http://www.rbrs.com.br/arquivos/RBRS11-1%20Renata%20e%20Annibal.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2017.

AMERICAN INSTITUTE OF CERTIFIED PUBLIC ACCOUNTANTS (AICPA). The Auditor’s Consideration of the Internal Audit Function in an Audit (SAS 65). **Statements on Auditing Standards**, n. 65, AU Section 322, pp. 1805–1814, 1991. Disponível em: <<http://www.aicpa.org/Research/Standards/AuditAttest/DownloadableDocuments/AU-00322.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2016.

ANDRADE, Mônica V.; MAIA, Ana C.; Diferenciais de utilização do cuidado de saúde no sistema suplementar brasileiro. **Revista de Estudos Econômicos**, ISSN: 0101-4161, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, v. 39, n. 01, pp. 7-38, jan./mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ee/v39n1/v39n1a01.pdf>>. Acesso em: 09 de fev. 2017.

_____; _____; RODRIGUES, Cristina G. Gastos com Serviços Médicos por *Status* de Sobrevivência no Setor de Saúde Suplementar no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População (REBEP)**, ISSN: 1980-5519, v. 30, n. 01, pp. 103–117, 2013. Disponível em: <<http://www.congressosp.fipecafi.org/anais/artigos112011/349.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2016.

ARON-DINE, Aviva *et al.* Moral hazard in health insurance: How important is forward looking behavior?. **The National Bureau of Economic Research**. Working Paper, no. 17802, pp. 1–57, feb. 2012. Disponível em: <<http://www.nber.org/papers/w17802.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2016.

ASHBAUGH-SKAIFE, Hollis; COLLINS, Daniel W.; KINNEY JR, William R.; LaFOND, Ryan. The effect of SOX internal control deficiencies and their remediation on accrual quality. **The Accounting Review**, ISSN: 1558-7967, v. 83, n. 1, pp. 217–250, jul. 2007. Disponível em: <https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=906474>. Acesso em: 11 fev. 2017.

BAHIA, Ligia. Padrões e mudanças no financiamento e regulação do Sistema de Saúde Brasileiro: impactos sobre as relações entre o público e o privado. **Saúde e Sociedade**, ISSN: 1984-0470, v. 14, n. 2, pp. 9-30, mai-ago, 2005. Disponível: <<https://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/7143/8622>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

_____. Avanços e percalços do SUS: a regulação das relações entre o público e o privado. **Trabalho, Educação & Saúde**, ISSN: 1981-7746, v. 4, n. 1, pp. 159-170, jun. 2006. Disponível: <<http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r131.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 75, 2009.

BARGERON, Leonce; LEHN, Kenneth; ZUTTER, Chad J. Sarbanes-Oxley and corporate risk-taking. **Journal of Accounting and Economics**, ISSN: 0165-4101, v. 49, n. 1-2, pp. 34-52, fev. 2010. Disponível em: <https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1104063>. Acesso em: 02 abr. 2017.

BHATTACHARYA, Nilabhra; BLACK, Ervin L.; CHRISTENSEN, Theodore E.; LARSON, Chad R. Assessing the relative informativeness and permanence of pro forma earnings and GAAP operating earnings. **Journal of Accounting and Economics**, ISSN: 0165-4101, v. 36, pp. 285-319, dez. 2003. Disponível em: <https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=311302>. Acesso em: 12 out. 2016.

BRASIL. Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971. Define a Política Nacional de Cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas, e dá outras providências. **Casa Civil**, subchefia para assuntos jurídicos, Brasília, DF, 1971. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/leis/L5764.htm>. Acesso em: 18 mar. 2017.

_____. Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos de seguros privados de assistência à saúde. **Casa Civil**, subchefia para assuntos jurídicos, Brasília, DF, 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656compilado.htm>. Acesso em: 18 nov. 2016.

_____. Medida Provisória nº 1.928, de 25 de novembro de 1999. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. **Casa Civil**, subchefia para assuntos jurídicos, Brasília, DF, 1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/Antigas/1928.htm>. Acesso em: 12 nov. 2016.

_____. Decreto nº 3.327, de 05 de janeiro de 2000. Aprova o Regulamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. **Casa Civil**, subchefia para assuntos jurídicos, Brasília, DF, 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3327.htm>. Acesso em: 12 nov. 2016.

_____. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. **Casa Civil**, subchefia para assuntos jurídicos, Brasília, DF, 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9961.htm>. Acesso em: 12 nov. 2016.

_____. Resolução Normativa - RN nº 205, de 8 de outubro de 2009. Estabelece novas normas para o envio de informações do Sistema de Informações de Produtos - SIP a partir do período de competência do 1º trimestre de 2010 e dá outras providências. **ANS**, 2009. Disponível em:

<<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTUyNg==>>. Acesso em: 17 maio 2017.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. **Caderno de Informação de Saúde Suplementar** [recurso eletrônico]: beneficiários, operadoras e planos. – Rio de Janeiro: ANS, ano 10, n. 1, pp. 1-64 jun. 2016. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/caderno_JUNHO_2016_total.pdf>. Acesso: 1 mar. 2017.

_____. Resolução Regimental nº 01, de 17 de março de 2017. Institui o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, pp. 33-49, 2017. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MzM5MA==>>. Acesso em: 18 abr. 2017.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS **TABNET**: Informações em Saúde Suplementar, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/anstabnet/>>. Acesso em: 7 mar. 2017.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. **Caderno de Informação de Saúde Suplementar**, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, jan. 2017. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/numeros-do-setor/3419-caderno-de-informacoes-da-saude-suplementar>>. Acesso em: 1 mar. 2017.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Sistema de informações de beneficiários/ANS/MS, Rio de Janeiro, jan. 2017. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>>. Acesso em: 1 fev. 2017.

BOYER, Robert. **Théorie de la régulation, 1. Les fondamentaux**. Paris: La découverte (Collection Repères), 2004.

CAMPOS, Humberto A. de. Falhas de mercado e falhas de governo: uma revisão da literatura sobre regulação econômica. **Prismas: Direito, Políticas Públicas e Mundialização**, ISSN: 1808-7477, UNICEUB, Centro Universitário de Brasília, Brasília, v. 5, n. 2, pp. 281-303, jul./dez., 2008. Disponível em: <<https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/prisma/article/view/702/572>>. Acesso em: 11 jan. 2017.

CARVALHO, Regina R. P.; FORTES, Paulo A. de C.; GARRAFA, Volnei. A saúde suplementar em perspectiva bioética. **Revista da Associação Médica Brasileira**, ISSN: 1806-9282, v. 59, n. 6, pp. 600–606, jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v59n6/v59n6a15.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2016.

CERVO, Amado L.; BERVIAN, Pedro A.; SILVA, Roberto da. **Metodologia científica**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2002.

COSO. New York, AICPA, 1992. Disponível em: <www.cpa2biz.com/AST/Main/CPA2BIZ_Primary/InternalControls/COSO/PRDOVR~PC-990009/PC-990009.jsp> Acesso em: 12 jan. 2017.

_____. New York, AICPA, 2004. Disponível em: <www.coso.org/documents/coso_erm_executivesummary.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2017.

_____. - *Committee of sponsoring Organizations of the Treadway Commission. Internal Control – Integrated Framework*. COSO: **Controle Interno - Estrutura Integrada**. Instituto dos Auditores Internos do Brasil, PwC, pp. 1-20, mai. 2013. Disponível em: <http://www.iiabrasil.org.br/new/2013/downs/coso/COSO_ICIF_2013_Sumario_Executivo.pdf>. Acesso em: 10 out. 2016.

COSTA, Nilson do R. O regime regulatório e o mercado de planos de saúde no Brasil. **Revista de Ciência & Saúde Coletiva**, ISSN: 1413-8123, v. 13, n. 5, pp. 1453-1462, mai. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n5/11.pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2017.

COSTA, Francisco J. da. **Mensuração e desenvolvimento de escalas: aplicações e administração**. Rio de Janeiro: Ciência Moderna, 2011.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DAL-FARRA, Rossano A.; LOPES, Paulo T. C. Métodos Mistos De Pesquisa Em Educação: Pressupostos Teóricos. **Nuances: estudos sobre Educação**, ISSN: 2236-0441, v. 24, n. 3, pp. 67–80, set./dez. 2013. Disponível em: <<http://revista.fct.unesp.br/index.php/Nuances/article/view/2698/2362>>. Acesso em: 8 jan. 2017.

DEUMES, Rogier. Voluntary reporting on internal control by listed Dutch companies. **Working paper**. Maastricht University, Maastricht, Faculty of economics and business administration, 2004. Disponível em: <<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.539.7378&rep=rep1&type=pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2017.

DUTRA, Ademar; RIPOLL-FELIU, Vicente M.; FILLLOL, Arturo G.; ENSSLIN, Sandra R.; ENSSLIN, Leonardo. The construction of knowledge from the scientific literature about the theme seaport performance evaluation. **International Journal of Productivity and Performance Management**, ISSN: 1741-0401, v. 64, n. 2, pp. 243-269, Emerald Group Publishing Limited, 2015. Disponível em: <<https://www.deepdyve.com/lp/emerald-publishing/the-construction-of-knowledge-from-the-scientific-literature-about-the-YmTmYuY0r1?key=emerald>>. Acesso em: 11 abr. 2017.

EICHNER, Matthew J. The demand for medical care: what people pay does matter. **The American Economic Review**, ISSN: 0002-8282, v. 88, n. 2, pp. 117-121, mai. 1998. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/116904?seq=1#page_scan_tab_contents>. Acesso em: 12 mar. 2017.

FAMA, Eugene F. Agency problems and the theory of the firm. **Journal of Political Economy**, The University of Chicago Press, Chicago, ISSN: 0022-3808, v. 88, n. 2, pp. 288-307, Apr. 1980. Disponível em: <<https://www.iei.liu.se/fek/frist/723G33/yinghong-files/1.564013/Fama.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2017.

_____; JENSEN, Michael C. Separation of ownership and control. **Journal of Law and Economics**, The University of Chicago Press, Chicago, ISSN: 0022-2186, v. 26, n. 2, A Conference Sponsored by the Hoover Institution, pp. 301-325, jun. 1983. Disponível em:

<https://www.wiwi.uni-bonn.de/kraehmer/Lehre/SeminarSS09/Papiere/Fama_Jensen_Separation_ownership_control.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2017.

FONSECA, José J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila. Disponível em: <[http://leg.ufpi.br/subsiteFiles/lapnex/arquivos/files/Apostila_-_METODOLOGIA_DA_PESQUISA\(1\).pdf](http://leg.ufpi.br/subsiteFiles/lapnex/arquivos/files/Apostila_-_METODOLOGIA_DA_PESQUISA(1).pdf)>. Acesso em: 7 jan. 2017.

GABAN, Eduardo M. Regulação econômica e assimetria de informação. **Revista de Direito Constitucional e Internacional**, ISSN: 1518-272X, v. 12, n. 46, p. 233-289, jan./mar. 2004. Disponível em: <<https://bdjur.stj.jus.br/jspui/handle/2011/89464>>. Acesso em: 9 jan. 2017.

GERSCHMAN, Silvia; UGÁ, Maria Alicia D.; PORTELA, Margareth; LIMA, Sheyla 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. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, ISSN: 1809-4481, v. 22, n. 2, pp. 463-476, Rio de Janeiro, Jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n2/04.pdf>>. Acesso em: 7 jan. 2017.

GIL, Antonio C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2007.

GODOY, Márcia R.; SILVA, Everton N. da; NETO, Giacomo B. Planos de saúde e a teoria da informação assimétrica. In: IX Encontro Nacional de Economia Política, 2004, Uberlândia. **Anais do IX Encontro Nacional de Economia Política**, 2004. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/237318290_PLANOS_DE_SAUDE_E_A_TEORIA_DA_INFORMACAO_ASSIMETRICA_Area_IV_sub-area_9>. Acesso em: 15 jan. 2017.

GUIMARÃES, André L. de S.; ALVES, Washington O. Prevendo a insolvência de operadoras de planos de saúde. **Revista de Administração de Empresas (RAE)**, ISSN: 0034-7590, Fundação Getúlio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, v. 49, n. 4, pp. 459-471, out./dez., 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v49n4/v49n4a09.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

HANTKE-DOMAS, Michael. The public interest theory of regulation Non existence or misinterpretation. **European Journal of Law Economics**, Kluwer Academic Publishers. Manufactured in The Netherlands, ISSN: 1572-9990, v. 15, n. 2, pp. 165-194, 2003. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1023/A:1021814416688>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

HENDRICKSEN, Eldon S.; VAN BREDA, Michael T. **Teoria da Contabilidade**. São Paulo: Editora Atlas, 1999.

HIRSCH, J. **Teoria Materialista do Estado**: processo de transformação do sistema capitalista de Estados. Rio de Janeiro: Revan, 2010.

HOOGHIEMSTRA, Reggy; HERMES, Niels; EMANUELS, Jim. National culture and internal control disclosures: A Cross-country Cross-country Analysis. **Corporate Governance: An International Review**, ISSN: 1467-8683, v. 23, n. 4, pp. 357-377, jan. 2015. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/corg.12099/abstract>>. Acesso em: 12 fev. 2017.

INSTITUTO DOS AUDITORES INTERNOS DO BRASIL - IIA. **Normas brasileiras para o exercício da auditoria interna**. 2. ed. São Paulo: Audibra, 1992.

JENSEN, Michael C.; MECKLING, William H. Theory of the Firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure. **Journal of Financial Economics**, ISSN: 0304-405X, v. 3, n. 4, pp. 305–360, out. 1976. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0304405X7690026X>>. Acesso em: 3 jan. 2017.

KHLIF, Hichem; SAMAHA, Khaled. Audit committee activity and internal control quality in Egypt: Does external auditor's size matter? **Managerial Auditing Journal**, ISSN: 0268-6902, v. 31, n. 3, pp. 269–289, mai. 2016. Disponível em: <<http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/MAJ-08-2014-1084>>. Acesso em: 5 jan. 2017.

KLAMM, Bonnie K.; KOBELSKY, Kevin W.; WATSON, Márcia W. Determinants of the persistence of internal control weaknesses. **Accounting Horizons**, ISSN: 1558-7975, v. 26, n. 2, pp. 307–333, jun. 2012. Disponível em: <<http://aaapubs.org/doi/10.2308/acch-10266>>. Acesso em: 11 jan. 2017.

LÄNSILUOTO, Aapo; JOKIPII, Annukka; EKLUND, Tomas. Internal control effectiveness - a clustering approach. **Managerial Auditing Journal**, ISSN: 0268-6902, v. 31, n. 1, pp. 5–34, mai. 2016. Disponível em: <<http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/MAJ-08-2013-0910>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

LÉLIS, Débora L. M.; PINHEIRO, Laura E. T. Percepção de auditores e auditados sobre as práticas de auditoria interna em uma empresa do setor energético. **Revista Contabilidade & Finanças**, ISSN: 1808-057X, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, v. 23, n. 60, pp. 212–222, set./out./nov./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcf/v23n60/a06v23n60.pdf>>. Acesso em: 1 fev. 2017.

MALTA, Deborah C.; MERHY, Emerson E. Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do Projeto Vida e do Acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996. **Revista Eletrônica do DMPS**, Unicamp, 01 dez. 2001. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-02.pdf>>. Acesso em: 18 de mar. 2017.

_____; CECÍLIO, Luiz Carlos de O.; MERHY, Emerson E.; *et al.* Perspectivas da regulação da saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, ISSN: 1413-8123, v. 9, n. 2, pp. 433-444, jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n2/20397.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

MANNING, Willard G.; MARQUIS, M. Susan. Health insurance: Tradeoffs revisited. **Journal of Health Economics**, ISSN: 0167-6296, v. 20, n. 2, pp. 289–293, mar. 2001. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/e4de/fff009ed76222bea45c30c447db2af08a4d6.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

MÁRIO, Pueri do C.; CARDOSO, Ricardo L.; MARTINS, Vinícius A.; MARTINS, Eliseu. Insolvência, regulação e valor de liquidação no mercado de seguros brasileiro. **Contabilidade Vista & Revista**, ISSN: 0103-734X, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, v.

17, n. 4, pp. 73-95, out./dez., 2006. Disponível em: <<http://revistas.face.ufmg.br/index.php/contabilidadevistaerevista/article/view/313>>. Acesso em: 11 jan. 2017.

MARTINS, Stephanie N.; AFONSO, Luís E. Uma Análise Exploratória da Viabilidade do Microseguro Saúde no Brasil. XIV Congresso USP de Controladoria e Contabilidade, São Paulo, **Anais do XIV Congresso USP de Controladoria e Contabilidade, vol. 1**, pp. 1–16, 2014. Disponível em: <<http://www.congressosp.fipecafi.org/anais/artigos142014/189.pdf>>. Acesso em: 1 abr. 2017.

MATTOS, Bernard M.; MACEDO, Marcelo Á. da S. Análise da influência da regulação econômica e tributária no gerenciamento das provisões técnicas constituídas por operadoras de planos de saúde. XIV Congresso USP de Controladoria e Contabilidade, São Paulo, **Anais do XIV Congresso USP de Controladoria e Contabilidade, vol. 1**, pp. 1–16, 2014. Disponível em: <<http://www.congressosp.fipecafi.org/anais/artigos142014/196.pdf>>. Acesso em: 2 abr. 2017.

MATTOS, Paulo Todescan L. Regulação econômica e democracia: contexto e perspectivas na compreensão das agências de regulação no Brasil. In: FARIA, José E. (Org.). **Regulação, Direito e Democracia**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2002.

MEDICI, André C. Financing health policies in Brazil: achievements, challenges and proposals. **Sustainable Development Technical Department Papers Series**. Inter-American Development Bank, 2002. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/237406304_Financing_Health_Policies_in_Brazil_Achievements_Challenges_and_Proposals>. Acesso em: 15 abr. 2017.

MONTONE, J. ANS 2002: Balanço das Atividades. **Palestra** proferida na Associação Nacional dos Procuradores da República, na cidade do Rio de Janeiro – RJ, em 19 de dezembro de 2002. Série ANS - Nº 5. Edição Especial. Agência Nacional de Saúde Suplementar, Rio de Janeiro, RJ, 2002.

MOURAD, Nabil Ahmad; PARASKEVOPOULOS, Alexandre; MICHAELIS, William R. **IFRS: Introdução às normas internacionais de contabilidade para operadoras de saúde**. São Paulo: Editora Atlas, 2010.

NISHIJIMA, Marislei; POSTALI, Fernando A. S.; FAVA, Vera L. Consumo de serviços médicos e marco regulatório no mercado de seguro de saúde brasileiro. **Pesquisa e Planejamento Econômico (PPE)**, ISSN: 2237-2091, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, pp. 509-531, dez. 2011. Disponível em: <<http://ppe.ipea.gov.br/index.php/ppe/article/viewFile/1076/1107>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

PALFI, Cristina; BOȚA-AVRAM, Cristina. Information and Communication in Banks – Key Elements of the Internal Control System – An Empirical Analysis between Romanian, American and Canadian Models of Control. **Annals of the University of Oradea, Economic Science**, v. 3, n. 1, pp. 1091-1096, mai. 2009. Disponível em: <<http://steconomice.uoradea.ro/anale/volume/2009/v3-finances-banks-and-accountancy/185.pdf>>. Acesso em: 1 mar. 2017.

PAULY, Mark V.; HELD, Philip J. Benign moral hazard and the cost-effectiveness analysis of insurance coverage. **Journal of Health Economics**, ISSN: 0167-6296, v. 9, n. 4, pp. 447–

461, 1990. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/016762969090005N>>. Acesso em: 1 mar. 2017.

PINDYCK, Robert S. **Microeconomia**. 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

PINHEIRO, Isabel *et al.* Financial-Economic Regulation Effects in Financing Strategies of Health Plan Operators. **Revista Universo Contábil**, ISSN: 1809-3337, FURB, Blumenau, v. 11, n. 2, pp. 108–127, abr./jun. 2015. Disponível em: <<http://proxy.furb.br/ojs/index.php/universocontabil/article/view/4396/3030>>. Acesso em: 12 fev. 2017.

REZAEI, Zabihollah. What the COSO report means for internal auditors. **Managerial Auditing Journal**, ISSN: 0268-6902, v. 10, n. 6, pp. 5–9, 1995. Disponível: <<https://www.deepdyve.com/lp/emerald-publishing/what-the-coso-report-means-for-internal-auditors-beswpuajnw>>. Acesso em: 12 fev. 2017.

ROVER, Suliani; TOMAZZIA, Eduardo Cardeal; MURCIA, Fernando Dal-Ri; BORBA, José Alonso. Explicações para a divulgação voluntária ambiental no Brasil utilizando análise de regressão em painel. **Revista de Administração (FEA-USP)**, ISSN: 2531-0488, v. 47, n. 2, pp. 217-230, abr./mai./jun., 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rausp/v47n2/a05v47n2.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2017.

SALVATORI, Rachel T.; VENTURA, Carla A. A. A agência nacional de saúde suplementar - ANS: onze anos de regulação dos planos de saúde. **Organizações & Sociedade (O&S)**, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, ISSN: 1984-9230, v. 19, n. 62, pp. 471-487, jul./set. 2012. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/revistaoes/article/view/11208/8117>>. Acesso em: 12 fev. 2017.

SANCOVSCHI, Moacir; MACEDO, Marcelo Á. da S.; SILVA, João A. da. Análise das Intervenções da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) Através dos Índices de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS). **Contabilidade, Gestão e Governança**, ISSN: 1984-3925, Brasília, v. 17, n. 2, pp. 118–136, mai./ago. 2014. Disponível em: <<https://cgg-amg.unb.br/index.php/contabil/article/viewFile/663/pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2017.

SANTOS, A. R. **Metodologia científica**: a construção do conhecimento. Rio de Janeiro: DP&A, 1999.

SANTOS, Maria Angélica B.; GERSCHMAN, Silvia. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil – arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, ISSN: 1678-4561, v. 9, n. 3, pp. 795-806, Jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a25v09n3.pdf>>. Acesso em: 7 out. 2017.

SILVA, Andressa H.; FOSSÁ, Maria Ivete T. Análise de conteúdo: Exemplo de Aplicação da Técnica para Análise de Dados Qualitativos. In: Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade, 4, 2013, Brasília/DF. **Anais**. Brasília/DF: 2013. Disponível em: <<http://www.anpad.org.br/admin/pdf/EnEPQ129.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2016.

SOFAL, Delgado. A saúde suplementar brasileira e as assimetrias de informação: risco moral e seleção adversa. **Revista Associação Mineira de Direito e Economia (AMDE)**, ISSN: 2175-5590, Minas Gerais, v. 9 p. 88–132, 2012. Disponível em:

<<http://www.revista.amde.org.br/index.php/ramde/article/view/102/pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

SOUZA, Rossana G. de.; SOUTO, Saulo D. A. S.; NICOLAU, Antonio M. Em um mundo de incertezas: um *survey* sobre controle interno em uma perspectiva pública e privada. **Revista Contemporânea de Contabilidade**, ISSN: 2175-8069, UFSC, Florianópolis, v. 14, n. 31, p. 155-176, jan./abr. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/contabilidade/article/view/2175-8069.2017v14n31p155/34042>>. Acesso em: 1 ago. 2017.

STIGLER, George J.; FRIEDLAND, Claire. What can regulators regulate? The case of electricity. **Journal of Law and Economics**, ISSN: 0022-2186, v. 5, pp. 1-16, out. 1971. Disponível em: <<https://www.jstor.org/stable/725003>>. Acesso em: 12 fev. 2017.

THE INSTITUTE OF INTERNAL AUDITORS (EUA). International professional practices framework, 2010. Disponível em: <<https://na.theiia.org/standards-guidance/Pages/New-IPPF.aspx>>. Acesso em: 14 fev. 2017.

VALMORBIDA, Sandra M. I.; ENSSLIN, Leonardo. Construção de conhecimento sobre avaliação de desempenho para gestão organizacional: uma investigação nas pesquisas científicas internacionais. **Revista Contemporânea de Contabilidade**, ISSN: 1807-1821, UFSC, Florianópolis, vol. 13, n. 28, pp. 123-148, jan./abr. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/contabilidade/article/view/2175-8069.2016v13n28p123/31890>>. Acesso em: 14 fev. 2017.

VERSCHOOR, Curtis C. Reflections on the audit committee's role. **Internal Auditor**, v. 59, n. 2, pp. 26-35, abr. 2002. Disponível em: <<https://www.highbeam.com/doc/1G1-85014795.html>>. Acesso em: 24 fev. 2017.

VIANA, Andson de F.; CARDOSO, Nemias F.; RODRIGUES, Cristina G. Implantação do Balanced Scorecard como Instrumento Estratégico em Operadoras de Plano de Saúde: Estudo de Caso. In: XII Congresso USP de Controladoria e Contabilidade. São Paulo, **Anais do XIV Congresso USP de Controladoria e Contabilidade**, vol. 1, pp. 715-731, 2012. Disponível em: <<http://www.congressousp.fipecafi.org/anais/artigos122012/715.pdf>>. Acesso em: 1 mar. 2017.

VISCUSI, William K.; VERNON, John M.; HARRINGTON JR., Joseph E. **Economics of regulation and antitrust**. Massachusetts: Institute of Technology, 1995.

_____; _____. **Economics of regulation and antitrust**. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press. 2000.

WHELAN, David. Oregon health experiment shows that having health insurance is different than being healthy. **Forbes**, v. 2, pp. 27-28. 2013. Disponível em: <<https://www.forbes.com/sites/davidwhelan/2013/05/02/oregon-health-experiment-shows-that-having-health-insurance-is-different-than-being-healthy/#7299b8b9546c>>. Acesso em: 5 fev. 2017.

ZHOU, Haiyan; CHEN, Hanwen; CHENG, Zhirong. Internal Control, Corporate Life Cycle, and Firm Performance. **The Political Economy of Chinese Finance (International finance review)**, v. 17, pp. 189-209, 2016. Disponível em: <<http://www.emeraldinsight.com/doi/10.1108/S1569-376720160000017013>>. Acesso em: 14 fev. 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Carta de Apresentação do Questionário de Pré-teste



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS
CONTÁBEIS



Prezado participante,

Este é um convite para você participar como voluntário do questionário de pré-teste que antecede a elaboração da Dissertação de Mestrado junto ao Programa de Pós-graduação em Ciências Contábeis (PPGCC) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), da mestranda **MARÍLIA AUGUSTA RAULINO JÁCOME**, cujo objetivo é **analisar a influência da regulação na adoção de práticas de controle interno nas operadoras de planos de saúde do mercado de saúde suplementar da Região Nordeste do Brasil**, sob a orientação da Prof^a Dr^a Simone Bastos Paiva.

O objetivo do pré-teste é verificar a real compreensão por parte do respondente a respeito das questões constantes no instrumento da pesquisa. Informo que em momento algum será necessária a sua identificação na pesquisa e os dados coletados serão agrupados e tratados de maneira consolidada e confidencial.

Você é livre para se recusar a participar, retirar o seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade. No entanto, sua contribuição e participação são fundamentais para a concretização deste estudo e o tempo estimado para responder ao questionário são de apenas 15 minutos.

Para entrar em contato com a mestranda, você pode enviar e-mail para o endereço: raulino.marilia@gmail.com ou através do telefone xxx xxxxxxxx.

Obrigada por sua participação!

APÊNDICE B – Carta de Apresentação do Questionário



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS
CONTÁBEIS



Prezado participante,

Este é um convite para você participar como voluntário do questionário que viabilizará a elaboração da Dissertação de Mestrado junto ao Programa de Pós-graduação em Ciências Contábeis (PPGCC) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), da mestranda MARÍLIA AUGUSTA RAULINO JÁCOME, cujo objetivo é **analisar a influência da regulação na adoção de práticas de controle interno nas operadoras de planos de saúde do mercado de saúde suplementar da Região Nordeste do Brasil**, sob a orientação da Prof^a Dr^a Simone Bastos Paiva.

Informo que em momento algum será necessária a sua identificação na pesquisa e os dados coletados serão agrupados e tratados de maneira consolidada e confidencial.

Você é livre para se recusar a participar, retirar o seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade. No entanto, sua contribuição e participação são fundamentais para a concretização deste estudo e o tempo estimado para responder ao questionário são de apenas 15 minutos.

Para entrar em contato com a mestranda, você pode enviar e-mail para o endereço: raulino.marilia@gmail.com ou através do telefone xxx xxxxxxxxx.

Obrigada por sua participação!

APÊNDICE C – Questionário de pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS CONTÁBEIS

**PARTE I – PERFIL DOS PESQUISADOS**

1. Gênero:

- a)
-
- Feminino b)
-
- Masculino

2. Faixa etária

- Até 25 anos
 De 25 anos a 35 anos
 De 35 anos a 45 anos
 De 45 anos a 55 anos
 Mais de 55 anos

3. Formação

- Ensino médio
 Curso técnico
 Curso de graduação
 Curso de Pós-graduação

4. Qual a área de concentração da formação: _____

5. Há quanto tempo você trabalha nesta Operadora de Plano de Saúde?

- 0 até 5 anos
 de 5 até 10 anos
 de 10 até 15 anos
 de 15 até 20 anos
 mais de 20 anos

6. A Operadora de Plano de Saúde que você trabalha, possui qual classificação, conforme os critérios da ANS?

- Pequeno porte - até 20.000 mil beneficiários
 Médio porte - de 20.000 mil a 100.000 mil beneficiários
 Grande porte - acima de 100.000 mil beneficiários

7. A Operadora de Plano de Saúde que você trabalha, está localizada em qual estado do Nordeste?

PARTE II – ESTRUTURA DE CONTROLE INTERNO

Considere que todas as respostas da Parte II referem-se à MATRIZ da Operadora de Plano de Saúde que você trabalha atualmente, ou seja, desconsidere a existência de unidades próprias ou filiais.

A escala utilizada considera que existem níveis de concordância e discordância, assim, quanto mais você concordar com a assertiva, o valor se aproxima do valor 5, em contraponto, quanto mais você discordar, mais o valor se aproxima do valor 1.

Práticas de Controle interno	Discordo		Neutro	Concordo	
	1	2	3	4	5
1. Os desvios de conduta são identificados e corrigidos					
2. A periodicidade das avaliações dos controles internos varia conforme o risco da atividade					
3. A administração avalia os resultados dos controles internos periodicamente					
4. As deficiências de controles internos são comunicadas aos responsáveis para ações corretivas					
5. A auditoria interna acompanha e monitora a implementação das recomendações					
6. A estrutura hierárquica está disposta em organograma					
7. Existem normas e procedimentos que limitam alçadas (competências)					
8. Existe plano de treinamento e desenvolvimento periódico para os colaboradores					
9. As demonstrações financeiras são elaboradas conforme os princípios e as normas de contabilidade					
10. Os riscos identificados são mensurados, classificados e tratados, continuamente					
11. As atividades de controle subdividem-se em manuais e automatizadas					
12. Os controles relacionados às contas/produção médica são revisados constantemente					
13. Os sistemas de informação produzem informações tempestivas, exatas, completas e protegidas					
14. Existe canal de comunicação para denúncias internas					
15. Os perfis de acesso aos sistemas de informação são delimitados conforme o cargo					
16. As formas de comunicação com o público, consideram os requisitos legais e regulatórios					

Escala: 1-Discordo totalmente, 2-Discordo parcialmente, 3-Nem discordo/nem concordo, 4-Concordo parcialmente, 5-Concordo totalmente.

PARTE III – PERCEPÇÃO SOBRE A INFLUÊNCIA DA REGULAÇÃO

1. A regulação econômica da saúde suplementar, exercida pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) influencia a adoção de práticas de controles internos em sua Operadora de Plano de Saúde? Comente sua resposta.



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA PESQUISA: A REGULAÇÃO COMO PROPULSORA DE PRÁTICAS DE CONTROLE INTERNO NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Prezado (a) Senhor (a) _____

Esta pesquisa, que tem o objetivo de analisar a influência da regulação na adoção de práticas de controle interno nas operadoras de planos de saúde do mercado de saúde suplementar da Região Nordeste do Brasil, está sendo desenvolvida por MARÍLIA AUGUSTA RAULINO JÁCOME, mestranda do Curso de Pós-graduação em Ciências Contábeis (PPGCC) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), sob a orientação da Professora Dra. Simone Bastos Paiva.

A finalidade deste trabalho é contribuir para a academia na compreensão da relação entre a regulação e os mecanismos de controles internos adotados no mercado da saúde suplementar, considerando a relevância do setor para a economia e para a sociedade.

Solicitamos a sua colaboração como respondente de um questionário, como também a sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de Ciências Sociais Aplicadas e publicação em revistas científicas. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será totalmente mantido em sigilo. Informamos que esta pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde, integridade física ou moral, tampouco trará quaisquer implicações que possam afetar as suas atividades, na esfera administrativa ou jurídica, sendo possível apenas o desconforto físico ou mental pelo tempo e teor das respostas ao instrumento de pesquisa.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o (a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para a publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento.

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor contactar a pesquisadora:
Marília Augusta Raulino Jácome / raulino.marilia@gmail.com / celular: (xx) xxxxx-xxxx

Endereço:

Universidade Federal da Paraíba

Centro de Ciências Sociais Aplicadas

Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis

Campus I - Cidade Universitária - CEP 58.051-900 - João Pessoa/PB

Telefone: +55 (83) 3216 7285 - <http://ccsa.ufpb.br/ppgcc> - e-mail: ppgcc@ccsa.ufpb.br

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Participante