

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE GESTÃO E NEGÓCIOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO ORGANIZACIONAL -
MESTRADO PROFISSIONAL**

JOSÉ CARLOS VASCONCELOS

**FATORES DA HETEROGENEIDADE DO DESEMPENHO ECONÔMICO-
FINANCEIRO DAS OPERADORAS DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE NO BRASIL**

**UBERLÂNDIA
2022**

JOSÉ CARLOS VASCONCELOS

FATORES DA HETEROGENEIDADE DO DESEMPENHO ECONÔMICO-FINANCEIRO DAS OPERADORAS DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE DO BRASIL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Organizacional – Mestrado Profissional da Faculdade de Gestão e Negócios da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientação: Prof. Dr. José Eduardo Ferreira Lopes

Linha de Pesquisa: Gestão Empresarial

UBERLÂNDIA
2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

V331f
2022 Vasconcelos, José Carlos, 1967-
Fatores da heterogeneidade do desempenho econômico-financeiro das operadoras de autogestão em saúde do Brasil [recurso eletrônico] / José Carlos Vasconcelos. - 2022.

Orientador: José Eduardo Ferreira Lopes.
Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-graduação em Gestão Organizacional.
Modo de acesso: Internet.
Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2023.7001>
Inclui bibliografia.

1. Administração. I. Lopes, José Eduardo Ferreira, 1971-, (Orient.).
II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-graduação em Gestão Organizacional. III. Título.

CDU: 658

Glória Aparecida
Bibliotecária Documentalista - CRB-6/2047



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
 Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Gestão Organizacional
 Av. João Naves de Ávila, 2121, Bloco 5M, Sala 108 - Bairro Santa Mônica, Uberlândia-MG, CEP 38400-902
 Telefone: (34) 3239-4525 - www.ppggo.fagen.ufu.br - ppggo@ufu.br



ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Gestão Organizacional				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Profissional, 86, PPGGO				
Data:	Dezenove de dezembro de dois mil e vinte e dois	Hora de início:	10:30	Hora de encerramento:	12:30
Matrícula do Discente:	12112GOM005				
Nome do Discente:	José Carlos Vasconcelos				
Título do Trabalho:	FATORES DA HETEROGENEIDADE DO DESEMPENHO ECONÔMICO-FINANCEIRO DAS OPERADORAS DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE NO BRASIL				
Área de concentração:	Gestão Organizacional				
Linha de pesquisa:	Gestão Empresarial				
Projeto de Pesquisa de vinculação:	-				

Reuniu-se, por meio de webconferência, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Gestão Organizacional, assim composta: Professores Doutores: Peterson Elizandro Gandolfi - FAGEN/UFU; Renata Rodrigues Daher Paulo - FAGEN/UFU; Marco Antonio Catussi Paschoalotto - EAESP/FGV; e José Eduardo Ferreira Lopes - FAGEN/UFU, orientador do candidato.

Iniciando os trabalhos o presidente da mesa, Dr. José Eduardo Ferreira Lopes, apresentou a Comissão Examinadora e o candidato, agradeceu a presença do público, e concedeu ao Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação do Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos examinadores, que passaram a arguir o candidato. Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o candidato:

Aprovado.

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **José Eduardo Ferreira Lopes, Professor(a) do Magistério Superior**, em 19/12/2022, às 12:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **Peterson Elizandro Gandolfi, Professor(a) do Magistério Superior**, em 19/12/2022, às 12:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **Renata Rodrigues Daher Paulo, Professor(a) do Magistério Superior**, em 19/12/2022, às 14:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **Marco Antônio Catussi Paschoalotto, Usuário Externo**, em 19/12/2022, às 15:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4104832** e o código CRC **8A6035C5**.

JOSÉ CARLOS VASCONCELOS

FATORES DA HETEROGENEIDADE DO DESEMPENHO ECONÔMICO-FINANCEIRO DAS OPERADORAS DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE DO BRASIL

Dissertação apresentada para Obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Gestão Organizacional da Faculdade de Gestão e Negócios (FAGEN), da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), pela Banca examinadora formada pelo

Professor Dr. José Eduardo Ferreira Lopes

Linha de Pesquisa: Gestão Empresarial

Uberlândia, 13 de dezembro de 2022

Prof. Dr. José Eduardo Ferreira Lopes, UFU (MG)

Prof. Dr. Peterson Elizandro Gandolfi, UFU (MG)

Profa. Dra. Renata Rodrigues Daher Paulo, UFU (MG)

Prof. Dr. Marco Antônio Catussi Paschoalotto, FGV-EAESP (SP)

Dedico este trabalho ao meu neto, João Neves, por ser fonte de alegria e entusiasmo durante toda a fase de construção; a minha esposa, Dulce Neves, pelo apoio incondicional e aos meus filhos Débora, João Carlos e João Victor, pelas contribuições que me permitiram ampliar a visão sobre o tema explorado.

AGRADECIMENTOS

A construção de um estudo de longo prazo torna-se possível com o incentivo de pessoas próximas e aquelas que se avizinham durante o processo. Nesse sentido, gostaria de destacar o papel do meu orientador, o Professor Doutor José Eduardo. Ele foi o alicerce e o ponto culminante desta realização, desde o momento em que busquei suas orientações sobre o processo seletivo de ingresso até a conclusão do meu mestrado. O Professor José Eduardo foi mais do que um mentor, tornou-se um amigo e uma fonte de incentivo nos momentos de crise, sempre se posicionando como um líder otimista e visionário, capaz de inspirar soluções para os obstáculos aparentemente intransponíveis desta jornada.

Gostaria de expressar minha gratidão aos demais professores da FAGEN/UFU com quem tive a oportunidade de colaborar nas aulas e nos Conselhos. Eles são verdadeiros mestres, dotados de sabedoria, humildade e generosidade na arte de ensinar e transmitir valores além do programa. Eles me proporcionaram uma formação que transcende o conteúdo programático das disciplinas, corrigiram minhas falhas de forma suave e destacaram meus acertos, valorizando-os.

Também não poderia deixar de dizer da minha sincera gratidão aos colegas da turma, entrevistados e membros dos grupos associativos das redes sociais que compartilharam informações valiosas e me estimularam a investigar com profundidade o problema das autogestões em saúde no Brasil.

Por fim, não posso deixar de mencionar minha gratidão a Deus e a todos os anjos que Ele colocou em meu caminho, sem os quais eu não teria sido capaz de concluir esta pesquisa e renovar meu aprendizado, após tanto tempo afastado da academia.

RESUMO

O setor de saúde é um dos mais complexos e importantes da economia, e a administração eficiente das operadoras de saúde é crucial para garantir a qualidade e acessibilidade dos serviços prestados aos beneficiários e lidar com os crescentes custos médicos hospitalares. Dentro desse contexto, as operadoras de autogestão surgiram como uma alternativa à contratação de planos de saúde de mercado, oferecendo aos participantes uma maior autonomia e controle sobre os cuidados de saúde que recebem. No entanto, apesar das vantagens dessas organizações, o número de operadoras e de beneficiários vêm reduzindo e as diferenças do desempenho econômico-financeiro entre elas são amplas. Assim, este trabalho objetiva analisar os fatores da heterogeneidade do desempenho econômico-financeiro das operadoras de autogestão no Brasil, descrevendo as principais causas determinantes dos resultados. Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem quanti-qualitativa. Foram coletados dados do agente regulador, incluindo demonstrações contábeis das operadoras, relativas ao ano 2021, para posterior análise por meio de estatística descritiva e relacional. Na etapa qualitativa, os dados primários originaram-se de entrevistas semiestruturadas, realizadas com gestores do alto escalão de cinco operadoras de diferentes portes e da associação que representa as autogestões, mais tarde condensados por meio de análise de conteúdo. A pesquisa revelou uma correlação positiva entre idade média, abrangência territorial e despesas per capita, mas a variável "porte" afeta as despesas em forma de "U". As variáveis "imobilização do patrimônio líquido" e "data de fundação" não foram estatisticamente significativas. A pesquisa qualitativa mostrou que os controles são necessários para o desempenho financeiro e que governança e causas trabalhistas têm influência sobre ele. Outros fatores ambientais também comprometem o desempenho financeiro, incluindo riscos sistêmicos como alterações de políticas reguladoras e concorrência. Por fim, recomenda-se que futuras pesquisas possam abordar a heterogeneidade de desempenho organizacional de operadoras de autogestão em saúde considerando as determinantes financeiras e outros fatores, individualmente, além de avaliar suas implicações na qualidade dos serviços. O estudo atual foi limitado por dados estatísticos de um ano, portanto, novas pesquisas com dados mais amplos e incluindo operadoras de outras modalidades de atendimento do sistema suplementar de saúde são sugeridas para resultados estatisticamente mais relevantes.

Palavras-chave: Saúde suplementar. Planos de saúde. Autogestões. Desempenho econômico-financeiro.

ABSTRACT

The health sector is one of the most complex and important in the economy, and an efficient administration of health insurance companies is crucial to guarantee the quality and accessibility of services provided to beneficiaries and to deal with the growing hospital medical costs. In this context, self-management operators died as an alternative to contracting market health plans, offering participants greater autonomy and control over the health care they receive. However, despite the advantages of these organizations, the number of operators and beneficiaries receive hospitality and the differences in economic and financial performance between them are wide. Thus, this work aims to analyze the heterogeneity factors of the economic-financial performance of self-management operators in Brazil, describing the main determinants of the results. This is a descriptive research with a quantitative and qualitative approach. Data were collected from the regulatory agent, including operators' inspectors, for the year 2021, for further analysis using descriptive and relational statistics. In the qualitative stage, the primary data originated from semi-structured interviews, carried out with high-ranking managers of five different port operators and the association that represent the self-managements, later condensed through content analysis. The research revealed a positive relationship between average age, territorial coverage and per capita expenses, but the "size" variable affects expenses in a "U" shape. The variables "immobilization of equity" and "foundation data" were not statistically significant. Qualitative research has shown that controls are necessary for financial performance and that governance and labor causes influence it. Other environmental factors also compromise financial performance, including systemic risks such as changes in regulatory policies and competition. Finally, it is recommended that future research can address the heterogeneity of organizational performance of health self-management operators, considering financial determinants and other individual factors, in addition to evaluating their instructors in the quality of services. The current study was limited by one-year statistical data, therefore, new research with broader data and including operators of other modalities of care in the supplementary health system are suggested for statistically more relevant results.

Keywords: Supplementary health. Health insurance. Self-management. Economic-financial performance.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Indicadores econômico-financeiros dos planos de saúde	43
Figura 2: Indicadores não financeiros dos planos de saúde	47
Figura 3: Características institucionais das operadoras de planos de saúde	50
Figura 4: Fatores ambientais que perpassa as operadoras de planos de saúde.....	53
Figura 5: Alternativas estratégicas determinantes de desempenho dos planos de saúde.....	57
Figura 6: Determinantes e medidas de resultado dos planos de saúde	58
Figura 7: Diagrama do método de pesquisa.....	63

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Operadoras ativas.....	22
Gráfico 2: Número de beneficiários de planos de assistência médica (em milhões).....	22
Gráfico 3: Despesas assistenciais (em milhões).....	23
Gráfico 4: Comportamento da despesa média per capita em relação ao porte	70
Gráfico 5: Relação entre a despesa média per capita e a abrangência territorial	72
Gráfico 6: Relação entre as despesas médias per capita e a idade média	73
Gráfico 7: Proporção de idosos (acima de 60 anos) anos por modalidade de operadora.....	73
Gráfico 8: Correlação entre as despesas média per capita e o IPL	74
Gráfico 9: Despesas em função o período de abertura da operadora (antes e depois da ANS)..	76

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Evolução do Sistema de Saúde do Brasil.....	17
Quadro 2: Modalidades de atendimento das organizações de assistência médica.....	19
Quadro 3: Variação % na quantidade de beneficiários (2011 a 2022).....	24
Quadro 4: Mapa conceitual de pesquisa.....	28
Quadro 5: Diferenças entre as operadoras CASSI e CASSEMS	29
Quadro 6: Fatores de controle do desempenho organizacional.....	34
Quadro 7: Modelos de pagamento baseado em valor	55
Quadro 8: Operadoras de autogestão em saúde excluídas da análise	64
Quadro 9: Variáveis quantitativas de causa nos resultados das autogestões	65
Quadro 10: Variáveis quantitativas de efeito no resultado financeiro das autogestões	66
Quadro 11: Características das operadoras participantes da entrevista qualitativa.....	67
Quadro 12: PORTE da operadora em relação do número de beneficiários	70
Quadro 13: Abrangência de comercialização e disponibilização do plano.....	71
Quadro 14: Confirmação de hipótese.....	78

LISTA DE TABELA

Tabela 1: Matriz de correlação de <i>Spearman</i> entre as variáveis de causa e efeito.....	69
Tabela 2: Variabilidade das despesas média per capita	77

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANAPAR	Associação Nacional dos Participantes dos Fundos de Pensão e dos Beneficiários de Saúde Suplementar de Autogestão
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensões
CASSEMS	Caixa de Assistência dos Servidores do Estado do Mato Grosso do Sul
CASSI	Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil
CCS	Contas-Satélite de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DGSP	Diretoria Geral de Saúde Pública
EBTIDA	<i>Earnings before interest, taxes, depreciation and amortization</i>
FAGEN	Faculdade de Gestão e Negócios
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensão
IAPB	Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Bancários
IAPI	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDGA	Indicador da Dimensão Garantia de Acesso
IDGR	Indicador da Dimensão Gestão de Processos e Regulação
IDQS	Indicador da Dimensão Qualidade e Atenção à Saúde
IDSM	Indicador da Dimensão Sustentabilidade no Mercado
IDSS	Índice de Desempenho da Saúde Suplementar
INAMPS	Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social
INPC	Índice Nacional de Preços ao Consumidor
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
PIB	Produto Interno Bruto
PQO	Programa de Qualificação das Operadoras
RH	Recursos Humanos
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

UFU Universidade Federal de Uberlândia

UNIDAS União Nacional Instituições Autogestão em Saúde

SUMÁRIO

1.1 Contexto histórico das autogestões no Sistema de Saúde no Brasil	16
1.2 A participação das autogestões no setor de saúde brasileiro.....	19
1.3 O significado da redução do tamanho das autogestões.....	23
1.4 Problema de Pesquisa.....	26
1.5 Objetivo Geral.....	27
1.6 Objetivos específicos	27
1.7 Justificativas principais	27
1.8 Justificativa secundária	29
1.9 Estrutura do trabalho	31
2. REFERENCIAL TEÓRICO-EMPÍRICO.....	32
2.1 Os gastos crescentes com a saúde	32
2.2 O desempenho organizacional	33
2.3 A estratégia competitiva.....	36
2.4 Modelos de planejamento e gestão estratégica	38
2.5 A saúde baseada em valor	40
2.6 Fatores de impacto e mensuração do desempenho das operadoras de planos de saúde.....	41
2.6.1 Indicadores econômico-financeiros	41
2.6.2 Indicadores não financeiros.....	44
2.6.3 Características institucionais.....	48
2.6.4 Condições ambientais.....	51
2.6.5 Alternativas estratégicas.....	53
2.8 Transformações do mercado de planos de saúde e fundamentos para mudanças.....	60
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	62
3.1 Desenho da pesquisa	62
3.2 Classificação da pesquisa	63
3.3 Tratamento do banco de dados secundários.....	64
3.4 Tratamento dos dados qualitativos.....	67
4. PESQUISA QUANTITATIVA	68
4.1 Análise e discussão dos dados.....	68
4.1.1 Porte	69

4.1.2 Abrangência territorial	71
4.1.3 Idade média.....	72
4.1.4 Imobilização do Patrimônio Líquido.....	74
4.1.5 Fundação	76
4.1.6 Análise dos fatores de heterogeneidade do desempenho organizacional	77
5. PESQUISA QUALITATIVA	79
5.1 Análise e discussão da Perspectiva Cultural	79
5.2 Análise e discussão da Perspectiva Planejamento	82
5.3 Análise e discussão da Perspectiva Cibernética.....	84
5.4 Análise e discussão da Perspectiva Recompensas	86
5.5 Análise e discussão da Perspectiva Administrativa	88
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
REFERÊNCIAS:.....	92
APÊNDICE 1 - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	100
APÊNDICE 2 - CARTA DE APRESENTAÇÃO.....	102
APÊNDICE 3 - TERMO DE ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO.....	103

1. INTRODUÇÃO

1.1 Contexto histórico das autogestões no Sistema de Saúde no Brasil

Segundo Trindade (2005), a terminologia “autogestão” surgiu no continente europeu, na década de 60, reflexo de movimentos sociais relacionados com a tomada de fábricas por operários, e desde então vem sendo utilizado por organizações políticas, sindicais e grupos associativos, assim como serviu de base ideológica para o modelo do sistema de saúde suplementar brasileiro. Nesta mesma perspectiva, Guillerme e Bourdet (1976) assinalaram que o termo “autogestão” se generalizou como palavra de ordem para outras organizações, como caixas de assistência e cooperativas, que mais se assemelha aos conceitos de gestão participativa e cogestão e mais se afasta da ideia inicial de uma terminologia endereçada ao controle dos empregados nas revoluções dos trabalhadores dos anos sessenta. Em resumo, Trindade (2005), comparou as autogestões com as entidades do terceiro setor, relacionando-as com os ideais de uma consciência comunitária instituída em preceitos de auto-organização, cooperação e solidariedade.

Desde o início do século XX, o sistema de saúde brasileiro vem passando por transformações alinhadas com o processo de redemocratização do país até formar um conjunto complexo de organizações constituídas de serviços e níveis de cobertura diferentes que oferecem uma proteção social fracionada e desigual (Paim et al., 2011). Segundo estes autores, o sistema de saúde no Brasil reúne agentes numa complexa rede de prestadores de serviços divididos em segmentos: o público, centralizado no Sistema Único de Saúde (SUS), criado a partir da Constituição de 1988 e patrocinado pelas três esferas de governo; e o privado, de fim lucrativo ou não, espelhado no segmento de saúde suplementar, com ou sem subsídios fiscais, formado por diferentes espécies de modalidades de operadoras em saúde.

A trajetória da Saúde no Brasil, retratada na série de autoria de Paim et al. (2011), destaca o Sistema de Saúde como parte de um contexto político e econômico do país, do modelo de intervenção estatal em áreas sociais e das políticas públicas de proteção social. Na opinião dos autores, o sistema de saúde brasileiro denota desigualdades na oferta dos serviços de saúde à população e conta com a expansão de serviços de natureza majoritariamente privada.

Outrossim, Paim et al. (2011) reconhecem os avanços advindos da Constituição brasileira de 1988 e da criação do SUS, alicerçados em princípios universais de que a saúde é um direito de

todos os cidadãos e obrigação do Estado, muito devido à luta e à atuação política do Movimento pela Reforma Sanitária. Avanços que se opõem à promoção das políticas neoliberais feitos por organizações internacionais contrárias ao financiamento público da saúde. No Quadro 1, uma síntese da curadoria elaborada por estes autores, acerca dos marcos da história do sistema de saúde no Brasil, demarcando na linha do tempo, o surgimento das empresas de saúde, embriões das atuais modalidades de atendimento, para o início da década de 60.

Quadro 1: Evolução do Sistema de Saúde do Brasil

PERÍODO	SISTEMA DE SAÚDE
República velha (1889-30)	<ul style="list-style-type: none"> • Criação da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP; 1897) • Surgimento das Caixas de Aposentadoria e Pensão (Lei Eloy Chaves; 1923)
Ditadura Vargas (1930-45)	<ul style="list-style-type: none"> • Institucionalização da saúde pelo Ministério de Educação e Saúde Pública; • Previdência social e saúde ocupacional pelo Ministério do Trabalho • Criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP; 1936) • Nascimento da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI, 1944)
Instabilidade democrática (1945-1964)	<ul style="list-style-type: none"> • Criação do Ministério da Saúde (1953) • Surgimento das empresas de saúde • Surgimento da Policlínica, Medicina em grupo (1954)
Ditadura Militar (1964-85)	<ul style="list-style-type: none"> • Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), privatização da assistência médica e capitalização do setor de saúde (1966) • Primeira cooperativa médica na cidade de Santos (1967) • Fundação da Golden Cross (1970) • Criação do Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS; 1977) • Abertura da AMIL (1978) e Bradesco, Sul América e Itaú (década de 80) • Medidas que beneficiaram o setor privado - Centralização do Sistema de Saúde e fragmentação institucional com a criação do modelo de livre escolha
Transição democrática (1985-1988)	<ul style="list-style-type: none"> • INAMPS continua a financiar estados e municípios • Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS; 1987) • Contenção das políticas privatizantes
Democracia (1988-2010)	<ul style="list-style-type: none"> • Criação do SUS (1988) • Descentralização do Sistema de Saúde • Criação do Programa Saúde da Família • Criação da Agência Nacional da Saúde Suplementar para regulamentar e supervisionar os planos de saúde privados (2000) • Política Nacional de Atenção Básica • Política Nacional de Promoção à Saúde

Fonte: adaptado de Paim et al. (2011)

Este quadro evolutivo da saúde no Brasil remete a um debate promovido pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), em 2014, sobre os caminhos para o Sistema Suplementar de Saúde brasileiro. Na discussão evidencia-se a existência de assimetria de informações na escolha das alternativas para a saúde entre atores das áreas políticas, econômicas e sociais. Mas, assim como Paim et al. (2011), os debatedores evidenciam os avanços do SUS, desde o seu surgimento em 1988, por se tornar reconhecido no provimento dos serviços de saúde das classes mais necessitadas. Porém, como o sistema de acesso da população é complementado por canais privados, de livre escolha para quem tem poder aquisitivo, fica-se diante de um modelo fragmentado que gera resultados e satisfação diferentes frente às expectativas dos beneficiários do sistema (CONASS, 2014).

Essa dicotomia entre público e privado produz resultados diferentes e satisfações de atendimento opostas, fruto de uma crise de confiança, guerra ideológica e interesses divergentes entre os atores da cadeia produtiva de saúde e a arena competitiva que os envolvem. A soma destes fatores constitui um desafio para a missão de levar saúde integral aos cidadãos com justiça e equidade. A saída deve ser vista por meio do diálogo e do bom senso, inclusive no entendimento de que como sistema privado exige respeito a premissa econômica de que a sustentabilidade financeira mantém o sistema funcionando, e no pressuposto de que há espaço e necessidade para atuar na redução de desperdícios, fraudes e na solução de conflitos de interesses (CONASS, 2014).

No segmento das organizações da saúde privada, a tipologia das operadoras do sistema suplementar de saúde brasileiro, cujas finalidades estão descritas no Quadro 2, surgiu a partir da Lei 9.656/98 que classificou as operadoras de planos de saúde como pessoa civil ou comercial, cooperativa ou entidade de autogestão, operadora de serviço ou contrato de plano privado de assistência à saúde (ROCHA; SILVA; BRITO, 2021).

Quadro 2: Modalidades de atendimento das organizações de assistência médica

MODALIDADE	NATUREZA
Cooperativa Médica	Sociedade sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde
Filantropia	Entidades sem fins lucrativos, certificadas como entidades filantrópicas, que operam planos privados de assistência à saúde
Seguradora de saúde	Sociedades seguradoras especializadas em operar Planos de Saúde
Autogestão por RH	Pessoa jurídica de direito privado que opera plano privado de assistência à saúde por intermédio do seu RH, departamento de recursos humanos
Autogestão com Mantenedor	Pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos que possui entidade pública e privada mantenedora responsável pelo risco da operação mediante termo de garantia
Autogestão sem Mantenedor	Pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos que garantirá os riscos decorrentes da operação de planos privados de assistência à saúde mediante a constituição de garantias financeiras
Medicina em Grupo	Demais empresas que operam planos privados de assistência à saúde

Fonte: adaptado pelo autor com base nas descrições da ANS (2022)

Segundo Bahia e Vianna (2002), as operadoras de planos de saúde foram regulamentadas na tentativa do Estado minimizar problemas de assimetria de informações entre clientes e provedores de serviços; selecionar riscos e preservar a competitividade do setor. Acrescenta Bahia e Vianna (2002) que o arcabouço regulatório do setor é composto adicionalmente pela Medida Provisória (MP) 2.177-44, originária da MP 1.665, de 5 de junho de 1998; pela Lei 9.961/00, de 20 de janeiro de 2000, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), reguladora do sistema, e pela Lei 10.185/01, de 12 de fevereiro de 2001, que acrescentou a seguradora especializada em saúde.

1.2 A participação das autogestões no setor de saúde brasileiro

No histórico do mercado de saúde no Brasil, as organizações do sistema de saúde suplementar têm início a partir de meados da década de 1920 com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), posteriormente impulsionadas pelo Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (IAPI) e pela Caixa de Assistência aos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI), concedentes de assistência médico hospitalar para os seus empregados e familiares (BAHIA; VIANA, 2002).

A partir de 1960, o sistema de planos de saúde começou a crescer num ritmo maior, auxiliado pelo nascimento da indústria de automóveis e das primeiras cooperativas médicas, até contar com 2.723 operadoras de planos em atividade no ano 2000 e regredir duas décadas depois

para 720 operadoras de planos de assistência médicas ativas, que respondem pelo atendimento de 49,7 milhões de beneficiários, representando 23% da população brasileira (ANS, 2022).

Dentre as modalidades de operadoras do sistema suplementar de saúde no Brasil, segundo Monken et al. (2013), as operadoras de autogestão em saúde são entidades ou empresas operadoras de serviços de saúde, podendo atuar como um departamento de RH da própria empresa ou por meio de associações, fundações e entidades de classe, para entregar planos de saúde privados aos seus funcionários da ativa e aposentados, pensionistas e familiares. Trindade (2005), por sua vez, define operadoras de autogestão em saúde como prestadoras de serviços privado oferecidos por meio de um plano de saúde ou convênio baseadas nos princípios de ajuda mútua e solidariedade.

Segundo Gama (2003), as operadoras de autogestão em saúde surgem da necessidade de fornecer o benefício de assistência médica e odontológica para os trabalhadores no intuito de reduzir os altos custos cobrados pelo mercado para as empresas e os seus empregados. Nesse ambiente, nasce o que Gama (2003) reconhece como uma forma de organização dos trabalhadores e as suas respectivas empresas em complementar os serviços oferecidos pela saúde pública, tendo presente a existência de aspectos que a caracterizam, como a ausência de lucros, benefícios fiscais, uma população limitada, a compra de serviços médicos, hospitalares e laboratoriais e a existência de serviços próprios; além de possuir uma governança com a participação dos empregados, regrada por um contrato social com o objetivo de mitigar conflito de interesses entre patrões e empregados.

Neste contexto, para Sicoli e Nascimento (2003), o modelo de uma operadora de saúde em autogestão favorece a prevenção e estratégias de mitigação de riscos acerca da operacionalização e das concepções de promoção à saúde por meio de ações e políticas capazes de reduzir as probabilidades de agravamento de doenças, como contraponto a um sistema oneroso que privilegia a assistência médico-curativa. Trata-se de um sistema complementar à garantia da saúde como direito universal operacionalizado pelo SUS, em primeira mão.

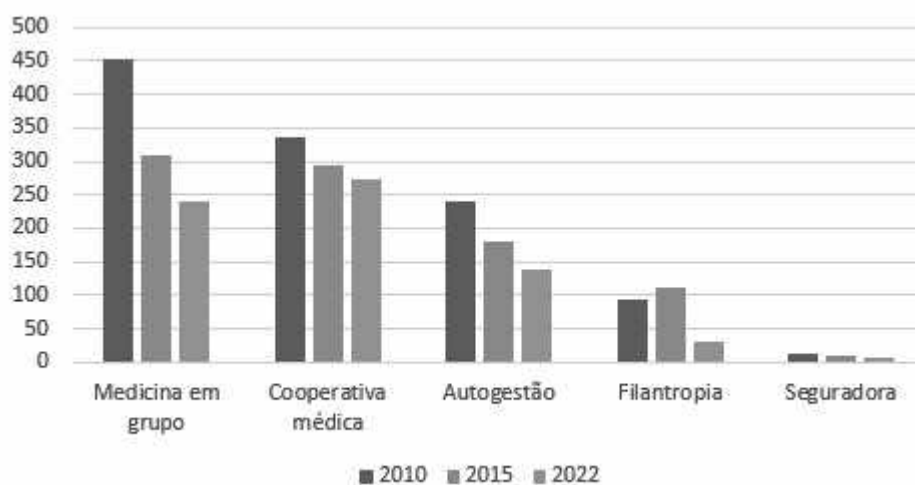
Além da inclusão de uma população beneficiária, o sistema de saúde suplementar no Brasil produz efeitos na economia do país. Dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) indicam que a renda das famílias brasileiras cresce 1,44% para cada 1% a mais de valores investidos em saúde (CRUZ, 2022). Nessa perspectiva, Cruz (2022) enaltece a importância estratégica do sistema de saúde brasileiro, amparado nos dados das Contas-Satélite de Saúde

(CSS), em que a participação das despesas de saúde no Produto Interno Bruto (PIB) do Brasil alcançou 9,2%, em 2017, com 5,4% de gastos privados e 3,8% de gastos públicos, tendo progressiva colaboração no valor adicionado da economia (7,6%), na criação de renda (9,6%) e no volume de empregos gerados (7,1%).

Em que pese os benefícios alcançados no contexto de inclusão social e econômico, o mercado de saúde suplementar vem passando por transformações e as organizações de planos e seguros de saúde acompanhando estas mudanças, influenciadas por políticas públicas, regulamentação, pelo comportamento do mercado e por novas tecnologias (PAIM et al., 2011). Neste processo de mudança, Bahia et al. (2016) destacam o crescimento e a internacionalização das empresas privadas do setor de saúde no Brasil, a partir da segunda metade da década de 2000, fruto de oportunidades do mercado, de uma legislação favorável e da presença dos representantes destas empresas nas decisões de governo ao abrigo da racionalidade econômica.

No contexto das transformações do setor de saúde, verifica-se uma redução do número de operadoras ativas do sistema suplementar de saúde no Brasil nas duas últimas décadas, conforme mostra o Gráfico 1. Um fenômeno que pode ter justificativa na tendência de concentração e integração vertical do sistema por meio de fusões e aquisições entre operadoras e hospitais, patrocinados por grandes empresas dentro e fora do Brasil (BÊNIA; ATTAYDE, 2022); assim como pode ser explicado pela preponderância de uma ideologia neoliberal e processos de “desfinanciamento” do governo federal, que têm favorecido para ocorrência deste fenômeno (GADELHA; COSTA, 2013). Afinal, sem políticas de incentivo do Estado, acentua-se a deterioração do quadro social em nome da alocação eficiente de mercado.

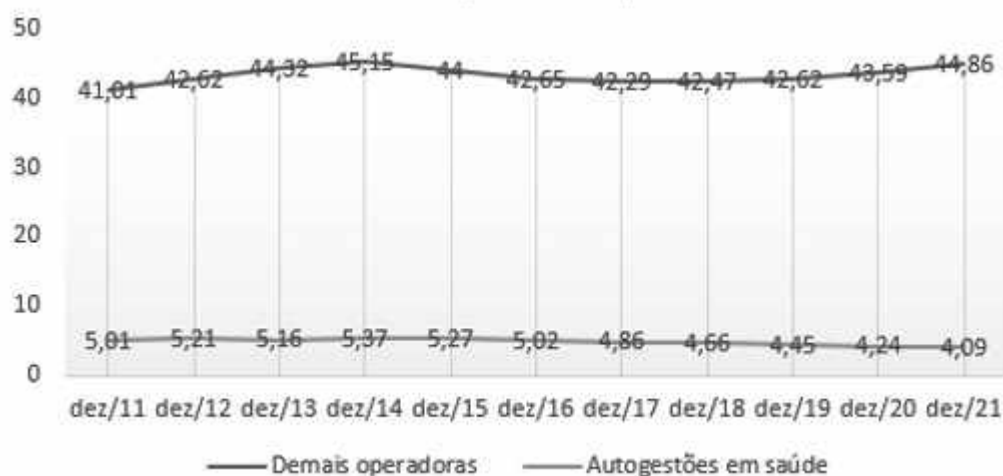
Gráfico 1: Operadoras ativas



Fonte: elaborado pelo autor, ANS (2022)

Nesta perspectiva, os estudos de Bahia et al. (2016) asseveram que embora as autogestões em saúde possuam potencial estratégico complementar às limitações do Sistema Único de Saúde (SUS) e como política de racionalização de gastos para empregados, corporações empresariais e governos, elas vêm reduzindo não só em quantidade, mas em tamanho. É o que registra a base de dados da ANS, no período de 2011 a 2021, em que ocorreu um aumento da quantidade de beneficiários do Sistema de Saúde Suplementar no sentido contrário do decréscimo no número de vidas das autogestões, conforme vê-se no Gráfico 2.

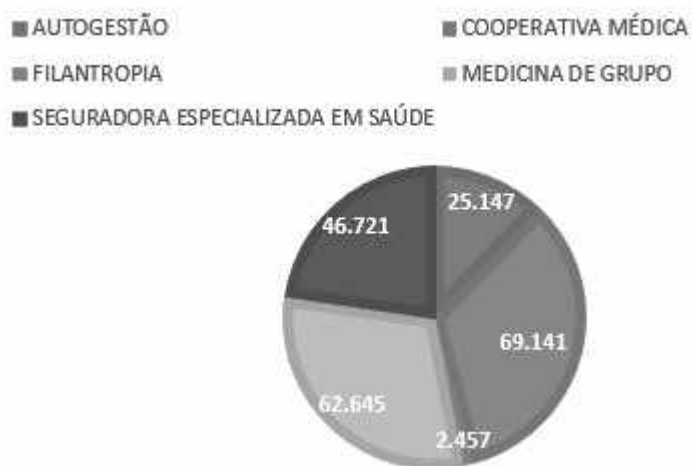
Gráfico 2: Número de beneficiários de planos de assistência médica (em milhões)



Fonte: elaborado pelo autor baseado em ANS (2022)

Ainda assim, as autogestões responderam por 12% das despesas assistenciais movimentadas pelo Sistema Suplementar em 2021, correspondente a 25 bilhões de reais, de acordo com o Gráfico 3, mesmo com o declínio no número de beneficiários.

Gráfico 3: Despesas assistenciais (em milhões)



Fonte: elaborado pelo autor, inspirado em dados da ANAPAR (2022)

As autogestões estão num segmento dominado pelas empresas do setor de saúde e cooperativas médicas. A princípio, as autogestões não concorrem com outras organizações. Mas este é um pressuposto equivocado, tendo em vista que a redução gradativa do número de beneficiários faz com que as autogestões encontrem estratégias que lhes assegurem manter poder de barganha com prestadores e obter um preço justo (ANAPAR, 2022).

1.3 O significado da redução do tamanho das autogestões

As operadoras de autogestão em saúde no Brasil foram colocadas em teste de sobrevivência e de competitividade com outras modalidades de atendimento do Sistema Suplementar de saúde. Na série histórica de 2011 a 2022, Quadro 3, observa-se uma redução de 21% no número dos seus beneficiários das autogestões, em oposição ao crescimento de outras modalidades, apesar da importância delas para as políticas de prevenção e de cuidados à saúde (ANAPAR, 2022).

Quadro 3: Variação % na quantidade de beneficiários (2011 a 2022)

MODALIDADE	VARIAÇÃO
Autogestão	-21%
Cooperativa Médica	6%
Filantropia	-34%
Medicina de Grupo	19%
Seguradora Especializada em Saúde	14%

Fonte: Elaborado pelo autor baseado na ANAPAR (2022)

Num setor em que normalmente se opera doença e assistência hospitalar, a modalidade de autogestão nasce com fundamentos de eficiência, porque além de evitar intermediários da cadeia produtiva, interessados em lucro, adapta-se aos programas de prevenção à saúde, conhecimento e controle da população assistida (TRINDADE, 2005). No entanto, desconsiderados aspectos de gestão e de políticas públicas e corporativas, não se pode deixar de mencionar a presença de fatores que também ameaçam a capacidade de sustentação das operadoras de autogestão, dentre eles: o envelhecimento da população; o crescimento anual dos custos médico-hospitalares acima dos aumentos salariais; a quebra da solidariedade entre as gerações (princípio que atribui parte dos custos da população idosa aos mais jovens) e pouca conscientização dos usuários do custo de assistência (OSAKI, 2019).

Em meio ao debate sobre os motivos da queda do número e do tamanho das operadoras de autogestão em prejuízo da sua colaboração para o setor de saúde, Pires, Carnud e Mendes (2021) esclarecem que um pensamento capitalista predominante é responsável pela supressão de direitos e pelo congelamento do orçamento público, contestação que contribui para identificar uma das causas do problema. Outrossim, a hegemonia dos ideais neoclássicos está presente em vários estudos que reforçam a primazia do privado sobre o público na saúde suplementar, segundo pesquisa bibliográfica dos referidos autores. Percebe-se, desta forma, riscos para os modelos de atendimento à saúde que possuem premissas públicas, como as operadoras de autogestão em saúde, dependem de benefícios fiscais e de regulamentos que respeitem a solidariedade, o pacto entre gerações e o mutualismo.

De fato, para Oliveira et al. (2020), as operadoras de autogestão possuem uma identidade diferente de outras operadoras do segmento e muito aderentes a um modelo com características brasileiras, o que dificulta a comparação com modalidades de outros países. Neste vetor, realçam o fato da possibilidade dos participantes exercerem o controle social por meio da gestão própria,

de que não existe finalidade lucrativa e não ter necessidade de arcar com despesas para marketing e comercialização de planos. É verdade que as autogestões possuem tais particularidades e a elas se somam a regularidade das contraprestações advindas do patrocinador, os benefícios fiscais e a possibilidade de controle epidemiológico de uma população que a acompanha ao longo da sua vida. São características que juntas proporcionam a melhor relação custo/cobertura na visão dos autores retro citados.

Oliveira et al. (2020) enxergam no marco regulatório um limitador do ambiente competitivo das autogestões em decorrência de resoluções da agência reguladora e fiscalizadora do sistema suplementar de saúde. Com propriedade, argumentam que as suas populações são reservadas ao âmbito de atuação da fundadora e patrocinadora ou do ramo de atuação trabalhista dos beneficiários. Além deste fator, há o cerceamento à associação entre as operadoras, aspectos que restringem o crescimento por escalabilidade e o risco de que poucos sinistros possam comprometer a saúde financeira das operadoras de pequeno porte, consideradas aquelas com até 20 mil vidas.

Diante desse quadro, Oliveira et al. (2020) salientam que as autogestões possuem uma população mais envelhecida, porque continuam a oferecer a assistência à saúde aos empregados após a aposentadoria e advertem que a consequência de uma população madura e com poucos entrantes nas faixas etárias iniciais; tendo idosos mais suscetíveis a doenças crônicas/degenerativas e esperançosos por períodos mais longos de vida, numa expectativa gerada por novos produtos farmacêuticos e novas tecnologias de custo elevado, recai numa combinação que desafia o equilíbrio econômico-financeiro das operadoras.

Assim sendo, para concluir em linha com o anteriormente visto, destaca-se o estudo de Santos (2006) na análise das origens do significado das autogestões. No contexto da palavra e dentro da perspectiva do capital/trabalho, autogestões são empreendimentos úteis à comunidade à medida que corrigem distorções do capitalismo, reduzem o aumento das desigualdades e valorizam o esforço cooperativo dos trabalhadores para auferir maiores resultados e atendimento de necessidades comuns a um grupo de pessoas. Neste sentido, o autor descreve as operadoras de autogestão como organizações focadas no atendimento integral das necessidades de saúde, não direcionadas para formação de lucro e importante meio de assistência à saúde para a sociedade brasileira, direcionado para pessoas com poder aquisitivo que buscam serviços diferenciados em complemento ao SUS.

1.4 Problema de Pesquisa

Leal (2020) assevera que a percepção inicial sobre o problema de pesquisa é quase sempre intuitiva e as vertentes de investigação ganham sentido a partir do conhecimento e dos valores do pesquisador. Pode-se dizer que a constatação de Leal (2020) é assertiva, uma vez que a origem deste estudo se deve à percepção de mal-estar do pesquisador por não entender quais as heterogeneidades contribuem para os diferentes desempenhos econômico-financeiros das operadoras de autogestão em saúde, cujas descobertas podem auxiliar na construção de estratégias ao encontro da geração de valor e da sustentação desta modalidade de operadora.

Numa visão multifacetada de um problema de pesquisa é importante ressaltar os ganhos sociais que o resultado do estudo pode potencializá-los, sem prejuízo do rigor científico. Por conseguinte, Cattani (2007) ensina que se faz necessário conhecer os impedimentos práticos criadores de barreiras a uma sociedade mais igualitária e de melhor distribuição das riquezas produzidas.

Por outra perspectiva do método científico, Cunha, Dal Magro e Dias (2012), revelam cuidados, pois a relevância do problema científico não possibilita uma resposta do tipo “sim” ou “não”, bem como não admite juízo de valor para as soluções encontradas, porque a ciência é não enviesada e metodológica, na sua concepção.

Dessa forma, mostra-se que o debate da pesquisa no campo da administração tem evoluído para abordagens indicativas de caminhos e soluções práticas capazes de serem absorvidas no âmbito das organizações. Então, mantida a busca do rigor científico advoga-se por achados que retratam o esforço do pesquisador na busca de soluções para problemas relevantes (SOUZA, 2019).

Em vista do anteriormente dito, o problema que esta pesquisa se propõe a encontrar respostas está assim formulado: quais os fatores de heterogeneidade das operadoras de autogestão em saúde que influenciam no seu desempenho econômico-financeiro?

De fato, o segmento das operadoras de autogestão em saúde vive à procura de soluções para garantir a sustentabilidade financeira delas e de meios que espelhem menor custo e mais satisfação dos beneficiários, independentemente de ter ou não fins lucrativos, uma vez que dependem de financiamento para sustentação. Assim, a pesquisa apresentada nesta dissertação

visa encontrar as particularidades entre as operadoras de autogestão em saúde que produzem ganhos de eficiência organizacional.

Em resumo, nota-se que apesar das operadoras de autogestão em saúde não possuírem finalidade lucrativa e não concorrerem entre si, se encontram num meio competitivo, motivo pelo qual se comparam a uma empresa. Daí a importância de encontrar soluções capazes de impulsionar políticas e diretrizes que colaboram na defesa de um modelo de atendimento à saúde do sistema suplementar adaptado para o sistema corporativo, surgindo como alternativa mergulhar na complexidade das análises de dados e informações sobre as operadoras e tratá-los por meio de métodos que descrevem e mostram a correlação entre as variáveis, acompanhado das percepções dos gestores do segmento.

1.5 Objetivo Geral

Analisar os fatores de heterogeneidade do desempenho econômico-financeiro entre as operadoras de autogestão em saúde no Brasil.

1.6 Objetivos específicos

- I) Descrever os dados contemporâneos disponibilizados pelo regulador e relacionados com as variáveis quantitativas de impacto no resultado financeiro das operadoras;
- II) Descrever os fatores determinantes do desempenho financeiro das operadoras;
- III) Descrever a relação entre o desempenho financeiro e outros aspectos que permeiam o ambiente de negócios das operadoras de autogestão no Brasil;
- IV) Descrever as determinantes de desempenho organizacional das operadoras na perspectiva de dirigentes do alto escalão das operadoras.

1.7 Justificativas principais

O interesse por esta pesquisa surgiu a partir da experiência do autor na qualidade de associado da CASSI, nos debates ocorridos em 2018 sobre as propostas para solucionar insuficiência no custeio da operadora e ameaça de intervenção da ANS. A CASSI é uma operadora gerida paritariamente por dirigentes eleitos (representantes do Corpo Social) e

indicados pelo Banco (representantes do Patrocinador). Sobre a crise instalada à época, o estudo de caso de Mascarenhas (2019) revela um ambiente de disputa por conta da falta do custeio; de desconfiança nas negociações entre o patrocinador (Banco do Brasil) e os seus empregados (representados por entidades sindicais e associativas) e as controvérsias sobre a profissionalização da gestão.

Além disso, os resultados deste estudo vão ao encontro das finalidades e dos objetivos do mestrado profissional em administração promovido pela Faculdade de Gestão e Negócios (FAGEN) da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), registrados no inciso II do seu Regimento, que espera como fator contributivo o aprimoramento da gestão e da produtividade de empresas e de governos.

Quadro 4: Mapa conceitual de pesquisa

MOTIVAÇÃO DE PESQUISA				
Justificativa Pessoal	Justificativa Teórica	Justificativa Prática	Justificativa Social	
Aprofundar-se nas causas do desempenho financeiro das operadoras de autogestão em saúde, tendo em conta que o autor é associado da operadora CASSI.	Analisar diferenças e possibilidades do desempenho organizacional entre operadoras de autogestão.	Identificar fatores que entregam valor para sustentação financeira das operadoras de autogestão em saúde.	Contribuir para perenidade organizacional das operadoras de autogestão em saúde no Brasil.	
DEFINIÇÃO DO PROPÓSITO DA INVESTIGAÇÃO				
Problema de Pesquisa: Quais os fatores de heterogeneidade das operadoras de autogestão em saúde no Brasil determinantes no desempenho econômico-financeiro?				
Objetivo: Analisar os fatores da heterogeneidade do desempenho econômico-financeiro das operadoras de autogestão em saúde no Brasil				
INVESTIGAÇÃO TEÓRICA				
REFERENCIAL TEÓRICO				
Determinantes de Desempenho econômico-financeiro das operadoras de autogestão em saúde	Indicadores financeiros e não financeiros das operadoras de planos de saúde	Estratégia competitiva	Gestão Estratégica	Gestão de resultados
ASPECTOS METODOLÓGICOS				
Pesquisa bibliográfica e documental				
Coleta de dados secundários da ANS				
Preparação e padronização dos dados				
Análise de dados				
Análise descritiva			Análise econométrica	
Preparação entrevista semiestruturada				
Análise de conteúdo				
RESULTADOS DA PESQUISA				

Análise e discussão do resultado
Principais conclusões
Limitações da pesquisa
Considerações finais



Fonte: elaborado pelo autor.

O Quadro 4 mostra um panorama desta pesquisa na tentativa de compreender a trajetória entre a inquietude e as descobertas que descrevam as diferenças e possibilidades existentes entre as operadoras de autogestão em saúde, que podem ser úteis para dirigentes e governantes na tomada de decisões.

1.8 Justificativa secundária

Neste ambiente de dúvidas, surgiu a pergunta: como a Caixa de Assistência dos Servidores do Estado do Mato Grosso do Sul (CASSEMS), criada 56 anos depois da CASSI e espelhada nela, tornou-se mais eficiente em custos? Esta perplexidade reforçou o desejo de descobrir as diferenças entre as autogestões em saúde que são determinantes no desempenho financeiro.

Quadro 5: Diferenças entre as operadoras CASSI e CASSEMS

CARACTERÍSTICAS E INDICADORES DE DESEMPENHO	 CASSI	 CASSEMS
Rede de atendimento própria**	Clínicas de atenção primária	Hospitais, laboratórios e clínicas
Abrangência (área de cobertura) *	Nacional	Estadual
Referência competitiva**	Cooperativas Médicas	Empresas de Medicina de Grupo
Fonte de custeio**	Compartilhado	Compartilhado
Natureza da autogestão**	Gestão paritária	Gestão operária
Moderador de uso**	Coparticipação	Coparticipação e Franquia
Multipatrocinado**	não	sim
Liquidez Geral*	2.33	1.63
Liquidez Corrente*	2.39	1.01
Sinistralidade*	91%	79%
Despesas per capita anual*	R\$ 11.044,33	R\$ 4.589,00
Quantidade de beneficiário*	592.180 beneficiários	201.134 beneficiários
Ticket médio de contribuição*	R\$10.485,59	R\$ 3.728,56
Idade Média*	43.2 anos	38.4 anos

IDSS*	0.681	0.826
Razão de dependência*	75.4	65.4
Assistência**	Médica	Médica e Odontológica

Fonte: Elaborado pelo autor baseado em dados da ANS (2022) * e nas entrevistas com dirigentes das operadoras**

No Quadro 5, percebe-se que não é só uma questão de discutir indicadores de eficiência financeira, há também que entender a base evolutiva da entidade, estrutura, cultura e fundamentos estratégicos, além das interferências externas resultantes de um ambiente econômico, político e regulatório. É fato que duas operadoras em meio as cento e quarenta e cinco em atividade não são suficientes para explicar as diferenças que existem entre elas, bem como fornecer evidências conclusivas sobre a sustentação financeira das autogestões em saúde, mas certamente podem dar indícios para as hipóteses que prejudicam ou favorecem a perenidade desta modalidade de atendimento do Sistema Suplementar de Saúde no Brasil.

A Caixa de Assistência aos funcionários do Banco do Brasil (CASSI) foi uma das entidades que inspirou o modelo da saúde suplementar brasileiro. CASSI é maior operadora de autogestão em funcionamento no país com 720 mil participantes. Foi fundada por iniciativa de um grupo de funcionários do Banco do Brasil, interessados em reduzir custos médicos. Em 1967, a deterioração dos serviços de assistência médica ocasionada pelo fim do Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Bancários (IAPB) impulsionou o crescimento do número de associados da CASSI. A modernização faz parte da cultura da CASSI, uma das primeiras operadoras de saúde a permitir a inscrição de maridos como dependentes das funcionárias, a possibilitar que os funcionários possam eleger seus diretores; a focar na estratégia de atenção primária e ações de prevenção e a criar modalidades de planos para familiares. A CASSI promoveu ao longo dos seus 78 anos apenas três reajustes dos percentuais de participação no custeio incidentes sobre os salários e benefícios dos empregados da ativa e aposentados (CASSI, 2022).

Segundo Silva (2017), a Caixa de Assistência dos Servidores do Estado do Mato Grosso do Sul (CASSEMS) se transformou numa organização exitosa, criada depois de uma crise financeira que resultou na extinção da entidade que oferecia assistência médica aos servidores, momento que coincidiu com a reforma administrativa do Estado. No prefácio do livro de Silva (2017), o presidente da União Nacional das Instituições em Saúde (UNIDAS), Aderval Paulo Filho, reconhece a CASSEMS como referência em estrutura verticalizada de atendimento, que

soma boas políticas de investimento, inovação e sustentabilidade. Em 2016, já contando com 207 mil beneficiários, a CASSEMS foi reconhecida como a 8ª maior empresa do Estado do Mato Grosso do Sul e a 65ª empresa da região centro-oeste pela revista Exame. O custeio da operadora é rateado entre o governo do estado e os servidores e os investimentos vem se destacando na formação de uma rede própria de hospitais e clínicas, modernos e eficientes, que se transformaram, ao lado da medicina preventiva, como padrões de qualidade e eficiência, marca da operadora (SILVA, 2017).

Em 2014, numa entrevista concedida para o Jornal da CASSI, o presidente da CASSEMS, Ricardo Ayache, fala sobre a sustentação das autogestões e a luta contra interesses da indústria de medicamentos e materiais médicos e sobretudo no fato da CASSEMS ter se espelhado no modelo da CASSI para nortear a sua criação (Ayache, 2014). Ricardo Ayache entende que a maior barreira para ambas as operadoras é a sustentabilidade financeira, convencer os participantes ao uso racional do plano e os médicos e hospitais substituírem a remuneração paga pelo volume dos procedimentos para modelos que premiam a resolubilidade. Nesta comunhão de singularidades e desafios em comum, a título de exemplo.

1.9 Estrutura do trabalho

Este estudo está elaborado por seções em que o desenvolvimento do tema se deu por meio de uma revisão literária, análise de dados econométricos e de uma pesquisa semiestruturada numa amostra de operadoras de autogestão em saúde, de acordo com a demonstração seguinte:

Seção 1 — Introdução: uma passagem pelo conceito do tema, o cenário no mercado de saúde, pontos fortes e fracos, com a descrição dos problemas e objetivos de pesquisa.

Seção 2 — Referência teórico-empírico: inicia-se com a revisão da literatura e aprofunda-se nos diferenciais de desempenho das operadoras de autogestão em saúde, transita por desempenho organizacional, gestão e planejamento estratégico e finda com o conceito de saúde baseada em valor.

Seção 3 — Procedimentos metodológicos: é uma pesquisa de abordagem quanti-quali, eminentemente descritiva.

Seção 4 — Demonstração dos resultados: apresenta os resultados da análise dos dados secundários e descreve sobre as heterogeneidades apontadas na análise estatística e na pesquisa qualitativa.

Seção 5 — Análise de resultados: neste ponto, resume-se as considerações apontadas pelos entrevistados, comparando-as com as informações estatísticas.

Seção 6 — Conclusões e recomendações: destaca-se pelos achados capazes de proporcionar valor para o desempenho das organizações objeto do estudo.

2. REFERENCIAL TEÓRICO-EMPÍRICO

2.1 Os gastos crescentes com a saúde

Do ponto de vista dos gastos com saúde, segundo Osaki (2019), o histórico do aumento constante dos custos médicos hospitalares acima dos índices de inflação medido pelo INPC/IBGE é preocupante para a economia do Brasil, das empresas e das famílias. Esta conjuntura reflete no crescente aumento das despesas de todo o sistema de saúde, motivo pelo qual se impõe um rigoroso controle de gastos administrativos e assistenciais por todos os atores do sistema de saúde brasileiro. O autor preocupa-se com a crescente velocidade de gastos com saúde no Brasil que projeta um comprometimento de 25 a 30% do PIB em 2030, saindo de 9% em 2019, levando desafios para o processo de manutenção da assistência à saúde das pessoas e as fontes de custeio (OSAKI, 2019).

Certamente, o envelhecimento populacional representa um desafio para os sistemas de saúde do mundo inteiro e um dos principais componentes de ameaça à sustentação financeira das operadoras de planos de saúde, porque a pirâmide etária altera significativamente o comportamento dos custos. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil passa por uma transição demográfica com o aumento da população de idosos, cujos percentuais da população saltaram de 2,7% em 1960 para 5,4% em 2000 e projetam 25,55% para 2042, representando neste último ano 57 milhões de idosos. A Pesquisa Nacional de Amostras Domiciliar do IBGE de 2018 acrescenta que 79,1% dos brasileiros com mais de 65 anos declararam ser portadores de uma doença crônica, pelo menos. Por consequência, o aumento de doentes crônicos representa incrementos consideráveis nas despesas assistenciais provocadas

por doenças crônico-degenerativas e impõe o uso de ferramentas analíticas e integração de dados para o mapeamento dos grupos de riscos e o acionamento de programas de prevenção de doenças (OSAKI et al., 2019).

É neste cenário de longevidade populacional que os gastos com saúde das famílias não param de crescer. De acordo com Moraes et al. (2022), a possibilidade de diminuir a renda e aumentar os gastos com saúde cresce com o avanço da idade e para quem tem plano médico, podendo comprometer até 40% dos ganhos mensais. Assim, parece óbvio que existe um desafio para conter o avanço dos custos em saúde repassados em maior proporção para aqueles com mais idade. É o que confirmam os achados de Oliveira et al. (2021) sobre o desafio dos planos de saúde diante dos custos da longevidade da carteira, em que, no exemplo do plano citado na pesquisa dos autores, onde as pessoas com mais de 60 anos respondiam por 69,8% dos custos totais, apesar de representar apenas 25,7% da população do plano.

O fato é que as despesas na área de saúde quando determinados por interesses econômicos, por vezes levam a práticas e à aplicação de recursos que não favorecem o bem-estar social. Assim exemplificam Milcent e Zbiri (2022) ao investigar a relação entre os ganhos financeiros médicos e a realização de partos cesáreos, para concluir que eles têm maior probabilidade de ocorrer nos hospitais privados do que nos hospitais públicos. As consequências deste quadro de variabilidade impulsionam todos os anos um desequilíbrio econômico atuarial das contas das operadoras de planos de saúde, que procuram transferir estes custos para o consumidor, a fim de manter o equilíbrio financeiro e a lucratividade (DIAS, LUMERTZ, 2019).

2.2 O desempenho organizacional

O desempenho organizacional, na visão de Dias e Toni (2002), conceitua-se como os resultados apresentados por uma organização, medidos por indicadores econômicos e não econômicos, pilares da sustentação e referenciais para os objetivos e metas alinhadas com as atividades. Enquanto constructo, o significado de desempenho organizacional é multifacetado, uma vez que reúne indicadores de gestão financeira e não financeira, além de vetores qualitativos determinantes do alcance dos objetivos estratégicos. Nesta perspectiva, o estudo de Lenz (1981) apresenta elementos mais específicos com relação a multidimensionalidade do desempenho das organizações ao concluir que são relações sistêmicas e causais entre a organização e o meio ambiente, dependentes do nível de motivação e habilidades dos empregados, da tecnologia

empregada, dos valores e crenças, não existindo um único fator responsável por esta heterogeneidade, mas um ambiente dinâmico que define os motivos das estratégias adotadas.

Para Carmeli e Tisher (2004), medir o desempenho de organizações, seja de fins lucrativos, governamentais ou sem finalidade lucrativa, é uma tarefa complexa, devido à dificuldade de identificar os elementos demonstrativos de atividades, recursos, políticas e processos que produzem efeito no desempenho organizacional, uma vez presente elementos intangíveis de difícil mensuração. Neste sentido, Caremli e Tisher (2004) explicam que uma vantagem competitiva não pode ser explicada por um único elemento, porque ela é baseada na simultaneidade de estratégias e elementos não estratégicos que justificam a multidimensionalidade de desempenho. A capacidade gerencial, o capital humano, as relações de trabalho, a cultura organizacional, a reputação e a auditoria interna destacam-se como elementos impulsionadores de desempenho na percepção dos autores citados.

Ao abordar os critérios múltiplos de medidas quantitativas e qualitativas de desempenho, num cenário de incertezas e competitividade que podem comprometer a sustentabilidade das organizações, Rehman, Mohamed e Ayoup (2019) avaliam o desempenho organizacional com base no tripé: participação no mercado, satisfação das partes interessadas e sustentabilidade financeira. Estes pesquisadores acompanham o pensamento de Caremli e Tisher (2004) ao reconhecer a influência dos ativos intangíveis e estratégicos no desempenho organizacional. Nesta perspectiva, Rehman, Mohamed e Ayoup (2019) descrevem cinco tipos de controles de desempenho e um de recursos (Quadro 6), que orientam a eficiência das organizações. Os controles sinalizam o domínio sobre o ambiente e o grau de aproximação aos caminhos traçados para o êxito da manutenção dos valores, adaptação à arena competitiva de negócios e alcance dos resultados previstos. Por outro lado, as capacidades organizacionais são constituídas por ativos visíveis e invisíveis que alicerçam as atividades operacionais e as estratégias visando a satisfação dos clientes e o retorno financeiro esperado.

Quadro 6: Fatores de controle do desempenho organizacional

CONTROLES	SIGNIFICADO
Culturais	Expressão do comportamento dos empregados na tomada de decisão orientada por características de valores e crenças desenvolvidas ao longo dos anos
Planejamento	Tanto o planejamento estratégico quanto o tático são relevantes, porque definem os alvos e os meios necessários para alcançar os objetivos
Cibernéticos	Instrumentos norteadores e de acompanhamento de metas e objetivos, traduzido em indicadores de retorno sobre o investimento, participação

	no mercado, relacionamento com os clientes e desenvolvimento de novos produtos
Compensação e recompensas	Evidencia os programas que as empresas usam para estimular a contribuição dos empregados, fornecedores e clientes
Administrativos	Referem-se a governança, políticas e procedimentos que asseguram a integridade dos processos
RECURSOS	SIGNIFICADO
Capacidades Organizacionais	Pacote de recursos tangíveis e intangíveis necessários à realização das atividades, identificado na capacidade de gestão estratégica, operacional, de relacionamento com empregados, clientes e fornecedores, de modernização, criação novos produtos/serviços e inovação tecnológica

Fonte: adaptado pelo autor baseado na pesquisa de Rehman, Mohamed e Ayoup (2019)

Na síntese do que venha a ser o desempenho organizacional, Crubelatte, Pascutti e Grave (2008), valendo-se da teoria da visão baseada em recursos e da nova teoria institucional, sugerem a existência de elementos relacionais que possibilitam entender o que há de subjetivo e dinâmico na construção de estratégia e que diferenciam as organizações. Na concepção dos autores, a homogeneidade ou heterogeneidade do desempenho advém do fato de que nem todas as organizações possuem acesso aos recursos que permitem imitar as inovações promovidas pelas entidades do setor. Sendo assim, é preciso compreender o conceito de diferenciação organizacional não como uma força restritiva, mas como uma racionalidade que visa alcançar a eficiência estratégica e a adaptação ao meio ambiente. Todavia, em que pese o valor de cada recurso estar diretamente relacionado com o valor da estratégia, o desempenho organizacional espelha uma vantagem competitiva que não é só fruto de ações conscientes, mas de uma lógica sistêmica que, em parte, está fora do espaço das ações intencionais registradas no planejamento (CRUBELATTE; PASCUTTI; GRAVE, 2008).

Por fim, é importante destacar o papel da cultura no desempenho organizacional das empresas como um vetor invisível presente nas tomadas de decisão gerencial. Nesta perspectiva, o professor Daniel Denison, da Universidade de Lausanne na Suíça, desenvolveu um modelo de comparabilidade e medição das determinantes culturais do desempenho empresarial. Ancorado no modelo de Denison, Avella (2010) confirmou a existência de uma relação causal entre os traços da cultura organizacional com o desempenho das empresas. É um modelo que preconiza a integração dos traços de adaptabilidade, consistência, envolvimento e missão. A adaptabilidade se relaciona com as respostas que o sistema pode dar as mudanças do meio ambiente, aprender com os erros, estar atento as necessidades dos clientes, inovar e focar no aprendizado contínuo. O fator consistência refere-se à coesão da equipe com valores essenciais capazes de solucionar

eventuais conflitos de interesse em benefício da organização. O envolvimento evidencia-se pelo empoderamento das pessoas e confiança nos líderes em habilidades de orientação para equipe. A missão caracteriza-se pelo senso de direção relacionada com os objetivos operacionais e estratégicos, expresso pela intencionalidade aceita como norteadora do presente e do futuro (AVELLA, 2010).

2.3 A estratégia competitiva

A estratégia competitiva reflete a maneira como as organizações se diferenciam e favorece o desempenho organizacional à medida que coloca as pessoas para se preocupar com os pontos fracos da organização, em resolver problemas administrativos, de produção ou da área de negócio, sem perder de vista clientes, concorrentes e fornecedores. Neste prisma, a adequação das empresas ao meio ambiente foi estudada por Miles et al. (1978), responsáveis pelo desenvolvimento de um modelo de tipificação dos padrões comportamentais no ciclo de vida adaptativo das empresas com base nas teorias de gestão de recursos humanos tradicionais. Um método que enfatiza a capacidade dos gestores conduzirem outras pessoas e que classifica as empresas em quatro tipos de estratégia competitiva: defensiva, prospectora, analítica e reativa.

A empresa defensiva foca na especialização por um produto/serviço ou nicho de mercado para obter competitividade pelo benefício de escala na direção do menor custo. Um processo de aprendizagem contínua e inovação é visto no tipo prospectora, caracterizado por empresas que investem em P&D e causa instabilidade no mercado. A empresa analítica mescla os dois tipos anteriores para operar nos mercados estáveis e dinâmicos, monitorando os concorrentes e as novas necessidades dos clientes. O tipo reativo não é considerado um modelo, vez que ocorre em empresas que não respondem as pressões ambientais externas por alguma particularidade, mesmo possuindo algum tipo de planejamento (MILES et al., 1978).

No cerne da questão estratégica, consolida-se o pensamento de que as empresas precisam olhar não só para dentro delas mesmas, mas principalmente para o mercado, razão pela qual a estratégia deve contemplar elementos que possam diferenciá-las para efeitos de perenidade. Trata-se de elementos sem os quais o tamanho e a participação no mercado tendem a diminuir, comprometendo os indicadores de sustentação financeira no longo prazo (BRITO; VASCONCELOS, 2004).

Segundo Brito e Vasconcelos (2004), as empresas apresentam grande variabilidade de desempenhos. Para estes autores, elas rompem com a lógica do modelo econômico neoclássico - o pensamento da concorrência perfeita, em que os resultados previstos encontram condições racionais para o equilíbrio automático. Os teóricos neoclássicos esquecem das imperfeições permanentes e de que o ambiente é mutável, razão pela qual as correntes do pensamento estratégico têm se preocupado em explicar e prever a heterogeneidade do desempenho corporativo e quais os fatores internos e externos justificam a sustentação de empresas, enquanto outras falecem nesta trajetória (BRITO; VASCONCELOS, 2004).

Enquanto a variabilidade dos resultados de uma empresa está ligada à sua capacidade de sobrevivência, surge uma necessidade que vai além da maioria das pesquisas que colocam o desempenho como variável dependente para entender a natureza das variáveis explicativas, desconsiderando a análise das condições ambientais e dos construtos de controle das organizações. Por esta razão, Brito e Vasconcelos (2004) sugerem uma análise que leve em conta a formação de grupos de empresas com características semelhantes, a fim de encontrar fatores subjacentes aos resultados obtidos, além da análise das variáveis quantitativas de causa e efeito.

Porém, quando o assunto é estratégia não se pode desprezar a importância dos trabalhos de Michael Eugene Porter, autor de várias obras sobre estratégia e competitividade. O professor Porter confirma que o foco da estratégia produz resultados diferentes, pois a estratégia corporativa de uma organização possui elementos que a diferenciam das demais (PORTER, 1989). Os modelos propostos por Porter são ancorados num conjunto de princípios que norteiam as empresas no desafio de se adaptarem ao meio ambiente para obter sucesso. As cinco forças de Porter são exemplo de um dos modelos desenvolvidos por ele e avaliam o potencial dos competidores, as ameaças do surgimento de produtos substitutos e novos entrantes, além do poder de negociação de fornecedores e clientes.

No livro *Competitive Strategy* (Estratégia Competitiva), Porter descreve estratégias de posicionamento capazes de promover a sustentabilidade das organizações com enfoque em custo, na diferenciação aos concorrentes ou no foco em um determinado nicho de mercado (PORTER, 1989). A estratégia competitiva de custo centraliza seus esforços na eficiência operacional, que significa fazer mais com menos para tornar o preço atrativo para os clientes. Investe-se na redução de processos, na implantação de novas tecnologias e renuncia a gastos excessivos com marketing. Porém, não deixa de ter o risco de obter um produto de baixa qualidade e pouco valor agregado

na visão dos consumidores. A estratégia competitiva de diferenciação objetiva criar valor para os clientes e uma experiência que justifique o preço pago, um modelo de estratégia que impõe maior investimento em imagem e pesquisa e desenvolvimento. Entretanto, os altos custos, inclusive com as despesas de mão de obra, para manter os elementos diferenciais podem tornar a estratégia de diferenciação menos competitiva. A terceira estratégia reduz o escopo de toda a empresa para um segmento específico, alvo estreito, com a finalidade de atender a um determinado nicho de mercado ou satisfazer as necessidades de um grupo específico de clientes, proporcionando uma vantagem competitiva de diferenciação ou de custo (PORTER, 1989).

Em resumo, com base nos ensinamentos de Porter (1989), torna-se desaconselhável a adoção em conjunto das estratégias de custo, diferenciação e foco, uma vez que a estratégia de especialização tende a ser mais eficiente do que quando se trabalha simultaneamente com todas elas. Este fato reforça a tese de que a escolha da estratégia produz resultados heterogêneos no desempenho organizacional. E nesta tentativa de identificar os porquês de algumas empresas apresentarem diferentes resultados e perenidade, o trabalho dos pensadores do planejamento evoluiu para fases que adicionaram valor aos modelos estratégicos de vantagem competitiva.

2.4 Modelos de planejamento e gestão estratégica

Para Fernandes, Fleury e Mills (2006), o planejamento é um meio de geração da estratégia, decodificação e desdobramento das ações e a estratégia, quando corretamente executada, produz desempenho. No planejamento há uma conversa entre as competências das pessoas, os recursos disponíveis e o desempenho organizacional, fatores passíveis de mensuração por modelos referenciais que utilizam indicadores financeiros e não financeiros, a exemplo do *Balanced Scorecard* (BSC) e o *Lean Thinking*.

O BSC é um método de gestão estratégica que auxilia no planejamento e na construção de fatores multidimensionais nas perspectivas de aprendizagem, processos, clientes e de resultados financeiros (KAPLAN; NORTON, 1997). Também é possível definir o- *Balanced Scorecard* como o modelo idealizado por Kaplan e Norton (1997) de gestão estratégica, num contraponto aos modelos com foco somente nos indicadores financeiros. Trata-se de um modelo que integra quatro perspectivas: financeira, clientes, processos internos e aprendizado e crescimento, pressupondo que há uma relação causal entre elas. Pessoas capacitadas e motivadas asseguram melhores processos eficazes e inovações com qualidade que atendem as expectativas

dos clientes e geram resultados financeiros para a organização. Assim, no método BSC, o sucesso empresarial na era da informação depende da gestão dos ativos intelectuais, um instrumento maior do que um sistema de medidas e mais próximo de um sistema de construção, comunicação e acompanhamento da estratégia. O BSC é flexível para ajuste de rotas em função de mudança de cenário, serve de meio para recompensas por mérito e atua como decodificador da missão e da visão de futuro para os empregados (KAPLAN; NORTON, 1997).

Os fundamentos de Kaplan e Norton são compartilhados por Fernandes, Fleury e Mills (2006), ao constatarem que por tradição as empresas costumam mensurar os seus resultados por meio de indicadores financeiros, colocando em segundo plano a visão de longo prazo e relevando a importância dos ativos intangíveis na construção dos resultados econômicos, da satisfação dos clientes, da participação no mercado e dos indicadores de inovação. Os estudiosos concluíram na sua pesquisa que, apesar do diálogo entre recursos e resultados, a comparabilidade entre organizações diferentes não abrange com precisão todas as determinantes do desempenho organizacional. Porém, verificaram ser possível estabelecer comparações entre unidades organizacionais de mesma natureza, que utilizam o BSC no seu gerenciamento com foco na variável resultado. Os achados mostraram que a satisfação dos empregados demonstrou mais associação com metas de processos e de atendimento às necessidades dos clientes do que com as variáveis financeiras (FLEURY; MILSS, 2006).

Em particular, no planejamento das empresas do mercado de saúde é imperioso atuar sobre gastos desnecessários. Os desperdícios no sistema de saúde brasileiro, por exemplo, alcançam 53% do custo assistencial, segundo reportagem na Revista Medicinasa (2021). São fatores de despesas que retiram valor da entrega dos serviços para os consumidores, geram insatisfação dos pacientes, a exemplo de opiniões divergentes entre médicos, elevam o tempo de espera de consultas e internações e decorrentes da prescrição incorreta de exames (MEDICINASA, 2021).

Felizmente, novos modelos de planejamento advindos de outros setores da economia estão sendo incorporados às empresas do mercado de saúde com a filosofia de combate aos desperdícios, aperfeiçoamento logístico, definição de procedimentos padrões e atendimento das necessidades dos pacientes. É o caso do *Lean Thinking*, um composto de ferramentas de gestão e princípios que entregam valor para os clientes inserido na doutrina de identificação e eliminação de desperdícios (MAGALHÃES et al., 2016). A metodologia *Lean Thinking* foi implantada com êxito na indústria automobilística oriental e se alimenta da aplicação de princípios de qualidade,

foco na entrega de valor para o cliente, na eliminação de perdas e simplificação dos processos. No campo da saúde, a redução do tempo de espera das longas filas para atendimento, prescrição errada de medicamentos e exames e longos deslocamentos para os pacientes serem atendidos, são desafios à resolutividade com segurança dos problemas de saúde dos consumidores dos serviços médico hospitalares. Constata-se que o *Lean Thinking* vem se constituindo num modelo de gestão de vários segmentos no contexto da saúde, desde o atendimento primário até as unidades de tratamento intensivo se enxerga potencial de aplicação para melhoria de produtividade e eficiência (MAGALHÃES et al., 2016).

2.5 A saúde baseada em valor

De acordo Porter e Teisberg (2007), a relação entre desfechos clínicos bem-sucedidos e os gastos para alcançá-los é um dos conceitos de saúde baseada em valor. Mas, para os autores, o conceito de valor em saúde vem evoluindo para abranger algo mais, a exemplo dos modelos de pagamentos a prestadores. Os novos modelos de remuneração aos prestadores de serviços de saúde estão substituindo os modelos que recompensam pela doença para outros que recompensam pela resolubilidade e mérito, aproximando-se de uma filosofia que busca previsibilidade e o melhor liame entre a qualidade e o custo. A complexidade nesta missão exige o engajamento de todos os personagens da cadeia produtiva da saúde. Indústrias, empresas de materiais médicos/hospitalares e medicamentos, clínicas, hospitais, laboratórios e operadoras de planos, no compartilhamento de uma visão cooperativa que aceite a implantação de novos modelos ao encontro dos princípios presentes no conceito de saúde baseado em valor (BERNZ et al., 2020).

Para Bernz et al. (2020), a saúde baseada em valor é uma quebra de paradigma quando comparada com os modelos que influenciam a gestão das organizações do segmento de saúde. A disseminação do conceito de valorização do paciente a preço justo depende da vontade dos gestores em promover novas práticas de sustentabilidade. É neste vetor que a perenidade de uma empresa de saúde é favorecida pela introdução da entrega de valor no posicionamento estratégico dela, capaz de transmitir vantagens competitivas aos consumidores numa arena de mercado em que o preço é o terceiro atributo na escolha do cliente (ZIBER; LAZARINI, 2008). Ao corroborar com a percepção de Ziber e Lazarini (2008), de que preço é tão somente um dos componentes dos atributos dos planos de saúde, no contexto da complexidade que envolve uma operadora de saúde, desenvolveram o conceito de saúde baseada em valor.

Segundo Porter e Teisberg (2007), a saúde baseada em valor acrescenta aos aspectos econômicos, princípios sociais e de qualidade, repensando a forma como os agentes provedores de saúde mensuram e gerem a prestação dos serviços ao longo do ciclo de atendimento do paciente. Segundo estes expoentes acadêmicos, o valor surge quando todo o sistema é beneficiado e as corporações redefinem os seus propósitos com uma visão acima dos lucros, o que significa dizer que não é só o corte de gastos que justifica a eficiência do sistema de saúde. Desse modo, nas conclusões de Porter e Teisberg um resultado financeiro positivo de uma operadora de saúde não justifica o atendimento deficiente de um prestador que não oferece solução para os problemas dos pacientes e acumula um histórico de má reputação na experiência de atendimento.

Assim, diante do anteriormente dito, é possível entender que na perspectiva de valor, a sustentabilidade financeira de uma operadora de saúde faz sentido quando a sua missão contempla não só a finalidade de ser eficiente em custos, mas de promover ações preventivas de combate a doenças, remunerar com justiça os prestadores e cuidar da saúde integral dos pacientes em todas as fases do seu ciclo de vida no meio em que vivem. Neste pressuposto, Cunha, Moreira, et al. (2019) colocam luz em novas formas de abraçar a relação saúde-trabalho que permitem intervir no ambiente laboral, diagnosticando e prevenindo doenças a favor da saúde do trabalhador e da melhoria de produtividade laboral. Deduzem Cunha, Moreira, et al. (2019) que a empresa que valoriza os seus empregados e familiares, por meio de políticas de benefícios e cuidados com a saúde, reduz custos e aumenta a motivação e a lealdade dos colaboradores.

2.6 Fatores de impacto e mensuração do desempenho das operadoras de planos de saúde

2.6.1 Indicadores econômico-financeiros

Os indicadores econômico-financeiros revestem-se de importância à medida que demonstram a capacidade de caixa das organizações baseada nos resultados contábeis necessários ao funcionamento atual e futuro das suas atividades. Portanto, servem de termômetro para avaliar a situação da estrutura de capital, do caixa e da rentabilidade, mesmo em empresas sem fins lucrativos. Neste sentido, a capacidade de uma organização sobreviver às crises da economia e do negócio se conecta com a existência de um conjunto de indicadores financeiros com percentuais considerados suficientes para suportar a conjuntura e fazer os ajustes necessários. São

índices determinantes da mensuração de desempenho e da sustentação financeira das operadoras de planos de saúde, bem como úteis para efeito de acompanhamento dos patamares de solvência e cobertura mínima exigidos pela agência reguladora (ANS), como orientador de segurança do sistema e de proteção dos interesses dos beneficiários e prestadores de serviços dos planos de saúde (XAVIER, 2017).

Pensando no benefício para os usuários do Sistema de Saúde brasileiro e investidores, Mariano, Tavares e Lopes (2012) desenvolveram um modelo de diagnóstico da saúde financeira das operadoras de saúde que se mostrou eficiente na antecipação do desempenho financeiro de operadoras de planos de saúde, levando em conta a composição do endividamento, o EBTIDA (lucro antes dos juros, tributos e amortizações) e o prazo médio de recebimento de contas, obtendo uma assertividade de 85,66% neste modelo de previsibilidade para um ano de antecedência. O achado de Mariano, Tavares e Lopes (2012) demonstrou a dupla face dos indicadores contábeis financeiros, uma de avaliação de fatos passados e a outra na sinalização da probabilidade de eventos futuros, ambas servindo de avaliação e controle das ações planejadas.

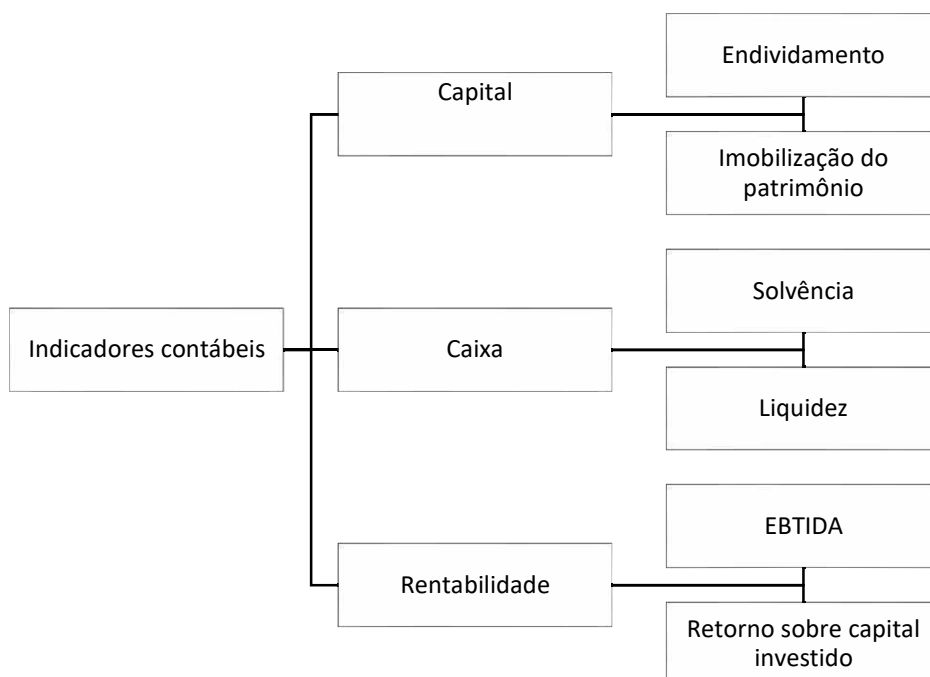
Percebe-se que nos estudos de análise de desempenho das operadoras estão presentes indicadores da estrutura de capital, liquidez e rentabilidade. Os indicadores de estrutura de capital são capazes de avaliar o potencial de crescimento da empresa em relação ao seu ponto adequado de endividamento; os indicadores de liquidez objetivam avaliar o volume de caixa necessário ao pagamento de compromissos financeiros e os indicadores de rentabilidade medem as receitas líquidas retratadas pela lucratividade do negócio e o retorno sobre os capitais investidos em um determinado tempo (KUDLAWICZ; NETO; FREGA, 2015; SILVA; LOEBEL, 2016). A pesquisa destes estudiosos contou com o uso de estatística descritiva e análise de variância com cortes temporais para constatar a existência de variabilidade no desempenho financeiro das operadoras de saúde.

Para Fernandes, Cailleua e Souza (2019) é possível avaliar os padrões de comportamento dos indicadores econômico-financeiros das operadoras por meio da análise de correlação entre si e com outras variáveis não financeiras com a finalidade de prever a falência das operadoras. O estudo dos pesquisadores encontrou evidências de que a correlação entre indicadores sofre alteração no decorrer do tempo. A análise dos pesquisadores contou com dados de 2010 a 2015, período em que notou uma queda progressiva nos indicadores de liquidez, rentabilidade e endividamento, explicada como efeito da crise econômica de 2015 no Brasil. A pesquisa destes

autores apresentou sinais de que aspectos não financeiros subjacentes aos números contábeis interferem na expectativa de vida das operadoras de planos de saúde.

Do ponto de vista dos gastos, os indicadores do custo médio e ticket médio de contribuição por beneficiário permitem comparar o desempenho financeiro entre operadoras de uma mesma ou diferentes modalidades e avaliar com maior precisão a eficiência. Além do que facilitam a análise conjunta do quanto outras variáveis são determinantes do desempenho e possibilitam a leitura de que o desempenho dos indicadores contábeis pode ser bom mais em razão do ingresso de receitas do que da produtividade da operadora. Neste âmbito, o estudo de Galdino (2021) comparou as despesas médias por usuário entre as operadoras de autogestão em saúde com as de medicina e cooperativas médicas para chegar à conclusão de que as autogestões possuem um custo médio superior ao das demais modalidades, provavelmente devido aos indicadores de envelhecimento da carteira das autogestões ser maior do que o dos demais.

Figura 1: Indicadores econômico-financeiros dos planos de saúde



Fonte: Elaborado pelo autor baseado em Xavier (2017)

Além dos indicadores da estrutura da Figura 1, no mercado de operadoras de planos de saúde o índice de sinistralidade é usado como gatilho da saúde financeira e capacidade de honrar

compromissos com beneficiários e prestadores de serviços. A sinistralidade, também conhecida como o índice de despesas médicas, é o percentual que mede a relação entre as despesas assistências e o total das receitas correspondentes as contraprestações recebidas pelos planos (ARAÚJO; SILVA, 2018). Os achados da pesquisa de Araújo e Silva (2018) são preocupantes porque demonstram uma piora dos índices de sinistralidade acompanhada da diminuição no número de operadoras ativas entre 2003 e 2014, na contramão de uma procura crescente pelos serviços de saúde.

Por mais que se reconheça a importância dos indicadores financeiros para nortear o desempenho das organizações, a sua eficácia dependerá da leitura do contexto. Este pressuposto ficou evidente na pesquisa de Greene e Segal (2004), quando se verificou no estudo de seguradoras que os indicadores de lucratividade nem sempre refletem o sucesso econômico, especialmente quando não há uma conexão entre os pilares de sustentabilidade organizacionais e os indicadores de caixa.

2.6.2 Indicadores não financeiros

Os indicadores não financeiros também são reveladores da assimetria do desempenho organizacional entre as operadoras de planos de saúde. Dentre eles, destacam-se os indicadores de porte, envelhecimento da carteira e o os organizados pela agência reguladora para avaliar o desempenho das entidades de planos de saúde nas dimensões de serviços, gestão e sustentabilidade. A exemplo dos indicadores financeiros, os indicadores não financeiros não só explicam o desempenho econômico das operadoras após os fatos como ajudam a gerenciar riscos futuros (AVELAR et al., 2021).

A economia de escala retrata o indicador de porte constituído pela quantidade de beneficiários de uma operadora. Aumentar o tamanho da operadora, dado pelo número de consumidores, traduz uma estratégia comumente utilizada no meio corporativo, porque ocasiona vantagem competitiva proporcionada pelo compartilhamento de despesas e um maior poder de barganha na negociação com fornecedores. A conclusão desta vantagem de escalabilidade foi comprovada na pesquisa de Teixeira, Rodrigues e Lima (2021) que tratou do problema de insolvência e baixa rentabilidade de muitos planos de saúde entre 2011 e 2018. No estudo constatou-se, por estimativas estatísticas, que as operadoras de planos de saúde possuem margem para reduzir as despesas administrativas entre 22 e 43%, a cada 100% de aumento no número de

consumidores, a depender da região onde localizada. Outrossim, detectou-se que as seguradoras de saúde já estão próximas do seu limite de eficiência, restando maior perspectiva de escalabilidade para operadoras de autogestão, cooperativas médicas e empresas de medicina em grupo (TEIXEIRA; RODRIGUES; LIMA, 2021). Em resumo, o ganho de escala significa que quanto maior a quantidade de beneficiários de uma operadora, melhor a diluição de riscos e custos.

O envelhecimento da carteira de uma operadora de saúde é traduzido em muitos indicadores e um dos mais relevantes na composição de custo. A ANS, reguladora dos planos de saúde, utiliza quatro índices atrelados a este vetor: o percentual de idosos, a razão de dependência, o índice de envelhecimento e a idade média. O percentual de idosos mede a relação entre o número de beneficiários com 60 anos ou mais e o total de beneficiários da carteira. A razão de dependência indica a proporção entre os dependentes (até 14 anos e os maiores de 60 anos) e os adultos entre 15 e 59 anos. O índice de envelhecimento registra o percentual entre idosos e as pessoas até 14 anos. A idade média revela a relação entre ela e o número de beneficiários entre cada segmentação assistencial (ANS, 2022).

O estudo de Carvalho et al. (2018), acerca dos desafios de sustentabilidade financeira do Sistema de Saúde Suplementar, adverte que as despesas assistenciais de uma operadora de saúde são agravadas com o aumento da faixa etária da população do plano, mas lamenta a ausência de resseguro, como possibilidade de compartilhamento de riscos. Na visão de Carvalho et al. (2018), o Brasil passa por alteração no quadro demográfico com um aumento da longevidade das pessoas e diminuição das taxas de fecundidade, transformação que explica a procura de consumidores idosos por planos de saúde, eleva a média de idade das carteiras das operadoras e conseqüentemente aumenta a necessidade financeira. Os autores justificam a proposta de resseguro pelo fato que as despesas assistenciais das operadoras de saúde com idosos respondem pelo maior volume de gastos realizados com exames médicos, controle de doenças crônicas e internações prolongadas, podendo comprometer a saúde financeira das operadoras, principalmente as de pequeno porte.

Segundo Oliveira, Veras e Cordeiro (2017) há alternativas para reduzir os custos operacionais decorrentes da longevidade da população de um plano de saúde. Estes pesquisadores reconhecem que para se obter mais efetividade com menor custo no trato com os idosos, é preciso adaptação nos sistemas de atendimento e de pagamento aos prestadores de serviços. Sugere que

as operadoras deixem de prestigiar a remuneração pelo volume de serviços prestados para patrocinar a remuneração por qualidade e saúde dos idosos. Concluem que o idoso precisa de um atendimento preventivo, hierarquizado por geriatra, clínico ou médico de família com o olhar para as alterações do perfil epidemiológico a fim de mitigar os riscos inerentes às doenças crônicas.

Do ponto de vista da melhoria dos serviços, desde 2004, a ANS começou a avaliar os prestadores, a qualidade da gestão e o atendimento das operadoras de saúde por meio do IDSS (Índice de Desempenho da Saúde Suplementar). O foco do indicador é fazer com que as operadoras atuem como gestoras de excelência nas suas atividades e indutoras do uso consciente dos serviços por parte dos beneficiários (OLIVEIRA; KORNIS, 2017). O IDSS vem sendo aperfeiçoado pelo agente regulador continuamente desde a sua criação, muito embora, na visão de Oliveira e Kornis (2017) existam ainda poucos trabalhos acadêmicos que digam sobre este modelo usado pela ANS e a sua eficácia, apesar da constatação de melhoria dos índices das operadoras de saúde do Sistema Suplementar na comparabilidade dos números entre 2004-2015. Esse resultado espelha um alinhamento das operadoras com os objetivos do Programa de Qualificação de Operadoras (PQO), incorporador do IDSS, denotando que o índice vem influenciando os gestores na tomada de decisões em conformidade com o programa, assim como o desempenho está sendo aproveitado como fonte de atratividade e diferencial competitivo na conquista de novos consumidores.

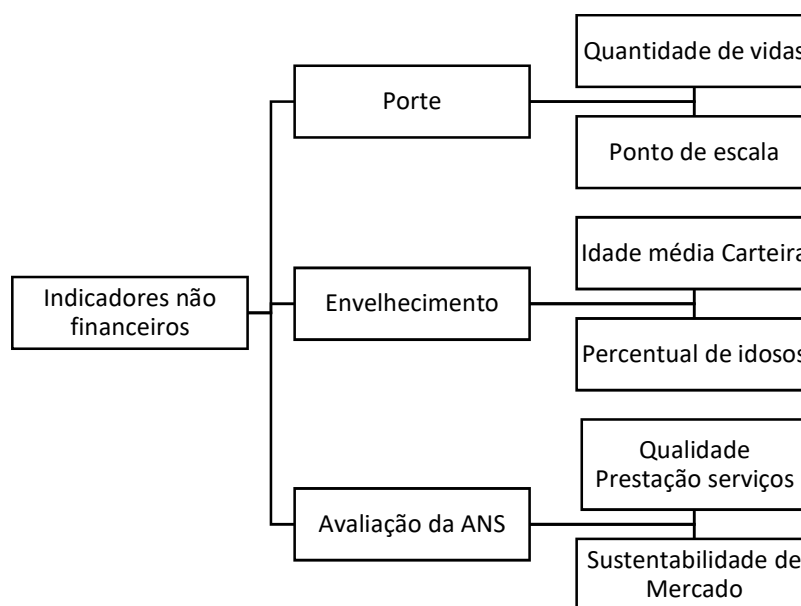
O IDSS é composto por quatro dimensões e 32 indicadores com pesos específicos para cada um deles e compõe uma nota de 0 a 1 (quanto maior, melhor). Segundo a ANS (2016) o programa passou por uma reforma que culminou na reestruturação de quatro dimensões de maneira a adequá-las às novas regras e práticas do segmento de saúde:

1. **IDQS - Indicadores da Dimensão Qualidade em Atenção à Saúde** - Mensura ações de assistência médica e promoção à prevenção de saúde;
2. **IDGA - Indicadores da Dimensão Garantia de Acesso** - Medida de cobertura da rede assistencial e garantia de atendimento;
3. **IDSMS - Indicadores da Dimensão Sustentabilidade no Mercado** - Monitoramento dos indicadores financeiros e de sustentabilidade econômica das operadoras; indicador de satisfação dos clientes e de honra dos compromissos com prestadores;

4. IDGR - Indicadores da Dimensão Gestão de Processos e Regulação - Aferição do cumprimento normativo e conformidade da base cadastral.

Na composição do IDSS, a maioria dos indicadores não são financeiros, exceção para o IDSM, dimensão que contém índices de sustentação financeira da operadora, tendo em conta as margens de cobertura, solvência e provisões exigidas (TEIXEIRA; MACEDO; SANTOS, 2022). Na pesquisa de Teixeira, Macedo e Santos (2022) examinou-se a relação entre os indicadores contábeis de liquidez, rentabilidade e estrutura contábil e o IDSS para descobrir que os indicadores econômico-financeiros conseguem explicar 22,4% do desempenho das operadoras pelos critérios do programa de avaliação da ANS, muito embora tenham reconhecido a necessidade de aprofundamento no estudo, a fim de avaliar a existência de práticas de gerenciamento de resultados por meio de provisões para sinistros.

Figura 2: Indicadores não financeiros dos planos de saúde



Fonte: Elaborado pelo autor, baseado em Avelar et al. (2021)

É possível que a lista de indicadores não financeiros seja maior do que os listados na Figura 2 e comentados neste bloco, todavia estes já se mostram suficientes para entender que indicadores não econômicos possuem um papel relevante na composição dos resultados de uma operadora de autogestão em saúde.

2.6.3 Características institucionais

Fatores que são próprios da natureza das operadoras de planos de saúde interferem na formação dos custos para manutenção das atividades e, conseqüentemente, dos preços para os consumidores e participantes. São aspectos relacionados a abrangência de cobertura do plano, estrutura da rede de atendimento, o poder de mando na gestão e moderadores de uso dos serviços médicos.

De acordo com ANS (2022), a abrangência territorial ou região de cobertura da rede credenciada dos prestadores dos serviços de saúde pode ser restrita ou ampliada. A agência reguladora classifica a abrangência nos níveis municipal, estadual, nacional, regional ou em grupos de municípios ou estados. Pelas regras do órgão regulador, a garantia de acesso ao atendimento médico dos consumidores do plano limita-se à área de atuação da operadora prevista em contrato. O efeito da abrangência na produtividade e competitividade das operadoras foi analisado por Rocha, Silva e Brito (2020), cuja pesquisa concluiu que a variável da amplitude de cobertura do plano foi a que mais justificou a lucratividade das operadoras de saúde. Nesta mesma conclusão chegaram Avelar et al. (2021), quando perceberam que os custos de uma operadora de saúde são determinados não só por sua modalidade, mas também pela abrangência territorial.

Tão importante quanto a variável abrangência, a escolha do tipo de rede de atendimento também faz diferença na composição dos custos de uma operadora de planos de saúde. A integração vertical, ou verticalização, como tornou-se conhecida, é o processo pelo qual a operadora incorpora o controle sobre parte da cadeia produtiva da saúde como uma rede própria de médicos, clínicas, laboratórios e hospitais, assumindo um papel relevante no desempenho das operadoras dos planos de saúde a partir dos anos 2000 (NASCIMENTO; DIHEL; PICCOLLI, 2021).

A rede própria implica em altos investimentos e impõe uma expectativa de retorno sobre os ativos imobilizados. Souza e Salvalaio (2010) fizeram uma pesquisa para comparar os custos entre a rede própria e a rede credenciada de uma operadora de planos de saúde brasileira, em que se detectou, por meio do método de custeio pleno, vantagem favorável à rede própria em desfavor da rede terceirizada, exceto nas especialidades de pediatria, medicina do trabalho e nos exames de raio-X. Segundo Souza e Salvalaio (2010) a rede própria permite que as operadoras tenham maior autonomia no controle dos custos assistenciais, desperdícios e fraudes, por isso tem sido uma tendência no mercado de saúde.

Resultados semelhantes foram encontrados por outros pesquisadores. A análise quantitativa de Nascimento, Dihel e Piccoli (2021) proporcionou uma resposta positiva para o desempenho econômico-financeiro das operadoras de saúde decorrente da preferência pela rede própria na prestação de serviços de consulta, diagnóstico e tratamento. Este achado já havia sido percebido na pesquisa qualitativa realizada por Tissot e Prantz et al. (2016). O estudo destes autores analisou o resultado da constituição de uma clínica própria direcionada para absorção de serviços assistenciais, concluindo que a operadora obteve êxito na resolubilidade de problemas de acesso, otimização dos recursos e melhoria da satisfação dos pacientes.

Nota-se que a integração vertical de uma operadora de saúde facilita o controle de protocolos e amplia o poder de barganha na cadeia de suprimentos, potencializando a satisfação dos beneficiários, o aumento da resolução dos problemas e a otimização dos recursos da operadora (TISSOT et al., 2016). Verticalizar na saúde, então, significa reunir diversos tipos de serviços sob a mesma organização, para potencializar resultados financeiros e operacionais (NASCIMENTO; DIHEL; PICCOLLI, 2021). Em resumo, quanto maior for a integração, maior se torna o poder de barganha de uma operadora de saúde e o seu ganho de eficiência.

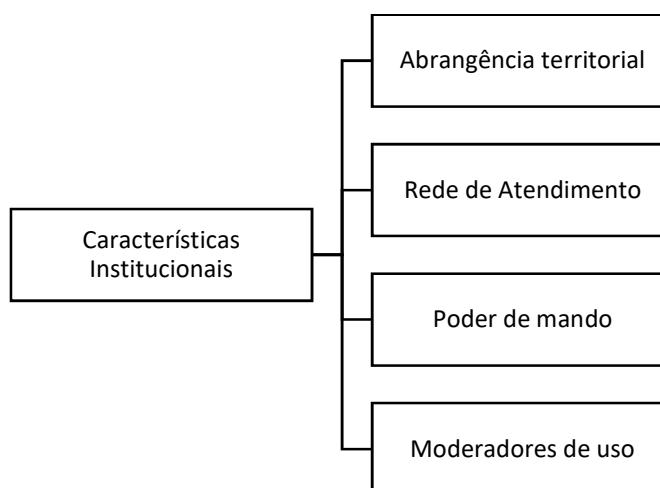
Ainda que a maioria dos pesquisadores tenham encontrado pontos positivos a favor da rede própria, percebe-se que há posições com ressalvas sobre esta estratégia. Azevedo (2016) notou que, por si só, a integração vertical não é capaz de reduzir os custos assistenciais, tendo em conta o conflito de interesses entre os médicos e as operadoras. Esta é uma visão minoritária, pois se constata que a maioria dos autores segue a ideia de que a verticalização é uma boa prática de mercado do ponto de vista da racionalização de custos. Por conseguinte, similarmente, a integração vertical ou verticalização tem permitido uma estratégia de fusão e aquisição entre planos e hospitais reveladora de uma associação orgânica.

Singularmente, a participação dos empregados na administração faz parte da natureza das operadoras de autogestão em saúde, isso não significa que o poder de mando pertence a parte hipossuficiente na relação entre o capital e o trabalho. Pela pesquisa de Rosa e Filho (2015) os empregados discordam da existência de gestão participativa na maioria das autogestões, pois mesmo que tenham participação nos conselhos fiscais e deliberativos percebem que os Estatutos favorecem o endereçamento das decisões de interesse dos patrocinadores. Neste contexto, Mascarenhas (2019) registrou no seu trabalho que apesar da existência de uma gestão paritária entre o patrocinador, Banco do Brasil, e os associados da CASSI, tanto na diretoria executiva,

quanto nos Conselhos Fiscais e Deliberativos, o poder de mando pertence ao Banco, uma vez presentes dispositivos estatutários que conferem ao patrocinador prerrogativas exclusivas de direção e tornam a CASSI parte relacionada do Banco com características semelhantes a uma das suas empresas subsidiárias. No cerne desta questão, encontram-se indícios de que conflito de interesses, seja por responsabilidades no custeio ou pela quantidade e qualidade dos benefícios de cobertura, faz parte do contexto das operadoras de autogestão em saúde, podendo dificultar ou retardar decisões necessárias ao bom funcionamento e produtividade delas.

Por fim, a coparticipação e a franquia são moderadores de uso que atuam no controle de custos e no uso racional dos serviços médicos, laboratoriais e hospitalares dentre os fatores institucionais de desempenho (COTA; SILVA, 2018). A coparticipação é o percentual pago pelos pacientes sobre as despesas assistenciais decorrentes dos procedimentos realizados, enquanto a franquia é o pagamento de responsabilidade do paciente quando atingido o limite estipulado em contrato de pagamento pela operadora do plano. Segundo Cota e Silva (2018) está comprovado que estes instrumentos financeiros cumprem o seu papel, numa pesquisa realizada com 937 operadoras no período de 2013 a 2017, por meio do modelo de análise regressiva com dados em painel constatou-se uma redução nos custos assistenciais e conseqüentemente nas mensalidades dos planos.

Figura 3: Características institucionais das operadoras de planos de saúde



Fonte: Elaborado pelo autor, baseado Rocha, Silva e Brito (2020) e Avelar et al. (2021)

As características descritas na Figura 3 revelam aspectos distintos que permeiam a abrangência territorial, a tipologia da rede de atendimento, o mando administrativo e os reguladores de utilização dos serviços. Em parte, eles revelam riscos de cobertura de benefícios e de interesses entre patrocinadora e participantes dos planos e abrem uma discussão sobre a fronteira a partir da qual os moderadores de acessos deixam de cumprir o seu papel e passam a configurar tão somente como dispositivos arrecadadores de receitas, o que há restrições legais.

2.6.4 Condições ambientais

Desde o surgimento das primeiras operadoras de planos de saúde que deram origem ao Sistema de Saúde Suplementar no Brasil, na década de 60, controvérsias lastreadas por ideologias entre liberais e sanitaristas vêm provocando alterações nas políticas públicas e no marco regulatório (PAIM et al., 2011). Desse modo, as operadoras de planos de saúde se constituem em unidades de um segmento complexo e de interesses conflituosos muitas vezes excludentes convivendo historicamente com um quadro de custos crescentes que acompanham os avanços tecnológicos e a longevidade da população.

As barreiras encontradas pelo Estado brasileiro para conter os gastos crescentes com a saúde colocam duas correntes ideológicas nas transformações históricas no trato com a saúde para os cidadãos brasileiros, avalia Miranda, Mendes e Silva (2017). Para estes autores, o movimento sanitarista de meados dos anos 60 no Brasil surgiu na direção de uma saúde para todos, solidária, economicamente justa, equitativa e de fortalecimento da indústria de medicamentos. Neste sentido, a Constituição Brasileira de 1988 foi um marco dos avanços da saúde pública e da proteção dos direitos coletivos, inclusive o direito à saúde. Todavia, Miranda, Mendes e Silva (2017) ressaltam que estes avanços vêm sendo desidratados por políticas econômicas de ideologia neoclássica e individualista. Um contexto que favorece o crescimento das empresas privadas de medicina em grupo e seguradoras, caracterizado por políticas que negligenciam os fundamentos do SUS; promove renúncias fiscais; enaltece interesses econômicos em sobreposição aos interesses sociais e contribui para judicialização da saúde (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2017).

Este panorama ideológico favorece um ambiente de concorrência na cadeia da saúde suplementar no Brasil. De acordo com Azevedo et al. (2016), o ingresso de grandes empresas com maior poder financeiro e eficiência em processos, por meio da aquisição de carteiras e fusão,

provoca uma diminuição no número de operadoras de saúde. Para além da diminuição no número de operadoras, estes autores identificaram falhas de mercado devido à assimetria de informações entre os prestadores de serviços médicos e os consumidores, evidenciadas pela seleção adversa e o risco moral. Na seleção adversa constata-se que pessoas com predisposição a doenças tendem a demandar por planos e provocar o aumento de custos das carteiras, impondo a necessidade de avaliação prévia de risco antes de ingresso no plano. O risco moral decorre do fato de quem orienta o consumo não é o mesmo que responde pelos custos, o que sugere possibilidade de sobreutilização de serviços não necessários. Percebe-se, desse modo, uma competitividade entre as operadoras de planos de saúde pela conquista de clientes, inclusive oriundos das operadoras de autogestão, motivo pelo qual estas também devem se preocupar com a produtividade e entrega de valor para os seus consumidores, sob pena de perdê-los para opções com melhor vantajosidade.

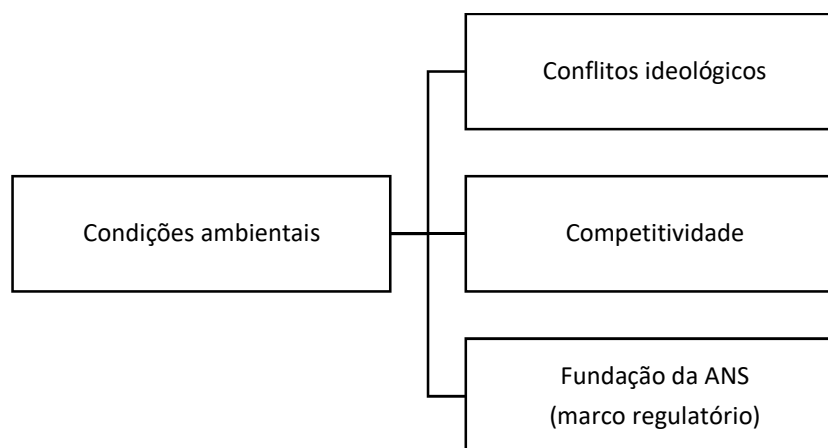
Por outro lado, um dos relevantes problemas dos sistemas de saúde no Brasil e que provoca um desequilíbrio econômico-financeiro nas operadoras está relacionado com os inúmeros processos de cidadãos e consumidores que recorrem à justiça para assegurar os seus direitos constitucionais à saúde. Cirico, Resner e Rached (2019) analisaram os impactos causados pela judicialização nos planos de saúde e enfatizaram que este aspecto deriva de uma falha de mercado que transforma a aversão a risco em um dos gatilhos de recusa das operadoras na adesão de clientes com problemas preexistente que tornam mais provável a ocorrência de sinistros. Para os autores, as regulamentações propostas pela ANS, desde 1998, ano da sua criação, não foram capazes de resguardar os direitos das empresas de planos de saúde e seus consumidores.

As coberturas contratuais estabelecidas no Rol de procedimentos obrigatórios de responsabilidade dos planos permitem que a ANS imponha esta obrigação as operadoras que neguem os serviços nele elencados para os seus clientes; todavia, do ponto de vista reverso, o consumidor pode recorrer à justiça quando se sentir prejudicado, mesmo que o procedimento esteja fora da relação de procedimentos pactuados, uma vez que é o judiciário que possui a palavra final sobre a questão em disputa. Este fenômeno acende o debate sobre a natureza taxativa ou exemplificativa do Rol de procedimentos da ANS, ainda inconcluso no judiciário brasileiro, o que torna imprevisível os gastos das operadoras de planos de saúde (CIRICO; RESNER; RACHED, 2019).

No cerne desta questão está o fato de que um marco regulatório pacificado reduz a imprevisibilidade de gastos e altera a perspectiva de sustentabilidade financeira das empresas de

saúde suplementar (SOUZA; SALVALAIO, 2010). Para estes autores, antes do surgimento da ANS, em 2000, a livre regulação permitia que as operadoras rescindissem contratos unilateralmente, à revelia do beneficiário; selecionassem seus clientes pelo nível de risco e colocassem limites para consultas, exames e diárias hospitalares. Por um lado, estes aspectos de não-regulamentação geraram insatisfação da classe média, já insatisfeita com a qualidade dos serviços do SUS; por outro, as novas regulamentações da ANS, incluindo níveis de provisão e solvência, impactaram negativamente o faturamento, os custos e a sinistralidade das operadoras entre 2002 e 2008 (SOUZA; SALVALAIO, 2010).

Figura 4: Fatores ambientais que perpassa as operadoras de planos de saúde



Fonte: Elaborado pelo autor, baseado em Paim et al. (2011)

Os elementos da Figura 4 resumem um ambiente de instabilidade do setor devido a pressões externas e conflitos internos. Observa-se o aumento da competitividade no segmento de saúde evidenciado por fusões e aquisições entre operadoras do Sistema Suplementar e entre elas e hospitais, fatores que interferem nos custos administrativos e de assistência que refletem na mensalidade dos planos.

2.6.5 Alternativas estratégicas

A gestão baseada em planejamento estratégico permite as empresas conquistarem diferenciais que aumentam a lucratividade, melhoram o gerenciamento de riscos e reforçam o potencial de resiliência a crises do setor em que atuam e da economia.

Em conformidade com a lógica que orienta as operadoras de planos de saúde à procura de eficiência e eficácia, uma das alternativas para operadoras de autogestão é ampliar a base de beneficiários por meio de alianças estratégicas. De acordo com a Resolução Normativa ANS nº 272, de 20/10/2011, faculta-se às operadoras na modalidade de autogestão a celebração de convênios de reciprocidade com quaisquer outras modalidades de operadoras do sistema suplementar de saúde para utilização da rede própria ou credenciada de prestadores de serviços fora da sede do município da operadora conveniente. Ainda ao amparo da mesma norma, vê-se a possibilidade de agrupar em uma única operadora de autogestão os empregados de outras empresas do grupo da patrocinadora/mantenedora ou de diferentes empresas do mesmo ramo de atividade. São liberdades de inteligência estratégica que possibilitam compartilhamento de estruturas e ganhos de sinergia.

Para Malta e Jorge (2008), os modelos assistenciais de saúde também estão associados à eficiência financeira das operadoras de planos de saúde. Estes modelos podem ser traduzidos nas prestações de serviços de atendimento apoiada por programas de linhas de cuidado e atenção à saúde integral do paciente. Para os autores, os modelos de atendimento estão inseridos nas políticas e diretrizes das organizações de saúde, contam com a tecnologia de informação e incorporam a padronização da rede assistencial e as ações de promoção e prevenção à saúde. A implantação de modelos que ressignifique as relações com os beneficiários para algo que integre o atendimento para além das causas biomédicas e da visão imediata de lucro é válida para um setor onde tradicionalmente se opera doença (MALTA; JORGE, 2008).

A percepção de Malta e Jorge (2008) se encaixa nas operadoras de autogestão em saúde, sobretudo porque nestas organizações os custos assistências, dado um maior número de idosos, são cerca de duas vezes mais do que em outras operadoras. Em regra, um maior número de idosos representa mais gastos assistenciais com doenças crônicas desta faixa populacional. Por outro lado, o uso de um modelo técnico de atendimento adequado permite mapear a situação e construir linhas de cuidados para os pacientes com doenças crônicas, além de desenvolver programas de prevenção e gerenciamento de riscos à saúde (MALTA; JORGE, 2008).

De outro modo, na concepção de Abicalaffé e Schaffer (2022), quando se trabalha com saúde baseada em valor adota-se indicadores de qualidade e experiência do paciente relacionando-as com os custos. Este é um formato, na opinião dos pesquisadores, ainda incipiente e em transição no mundo, começando pelos Estados Unidos, que vem substituindo o modelo de

pagamento a prestadores, da modalidade “por serviços” para “por *performance*”. No Brasil, apesar do tema se encontrar mais no campo teórico e menos no prático, ressalve-se, todavia, que a ANS vem, desde 2019, promovendo debates e induzindo a construção de iniciativas para mudanças nas formas de remuneração dos hospitais, hoje concentradas no modelo “*fee for service*” (pagamento por procedimentos), como alternativa para a sustentabilidade econômico-financeira no setor e melhoria da qualidade dos serviços prestados (ANS, 2022). Em dezembro de 2017 o Instituto Coalização & Saúde (ICOS) organizou alguns modelos de pagamentos baseados em valor (Quadro 7).

Quadro 7: Modelos de pagamento baseado em valor

MODELO	VANTAGENS	DESVANTAGENS
<i>Fee for service</i>	Paga-se conforme a quantidade de serviços, medicamentos utilizados e tabela convencionada em contrato; Remunera de acordo com a complexidade dos procedimentos necessários.	Provoca atritos entre operadoras, hospitais e pacientes devido a glosas (não pagamentos) por cobrança inadequada ou em excesso; Gastos com auditoria e controle
<i>Capitation</i>	A remuneração é calculada com base em um valor fixo para um serviço específico de uma população; Prestigia a resolubilidade de problemas, contenção de sinistros e previsibilidade de despesas.	Coloca o risco para os hospitais, pelo desfecho dos problemas de saúde dos pacientes; Complicações clínicas e outros desfechos nas doenças dos pacientes tornam os custos imprecisos.
Orçamento Global	Pagamentos em intervalos de acordo com o número de atendimentos realizados	Ineficiência na prestação dos serviços, tendo em conta que tudo já foi pré-estabelecido.
Por diagnóstico	Padroniza a remuneração com um único pagamento fixo, de acordo com os eventos da doença diagnosticada	Foca na doença e desconsidera a prevenção e o ciclo dos desfechos clínicos
<i>Blunded Services</i>	Paga-se por pacote de solução para um diagnóstico conforme protocolos estabelecidos; Valoriza a performance de cura no tratamento do paciente	As condições do paciente podem determinar tempos e procedimentos diferentes do previsto
Baseada em valor	Considera a relação entre a qualidade e os custos no atendimento das necessidades de saúde ; Valoriza modelos de atendimento e o uso de inteligência artificial que previnem doenças	Parâmetros e indicadores de remuneração mal dimensionados podem comprometer os resultados e frustrar as expectativas dos pacientes.

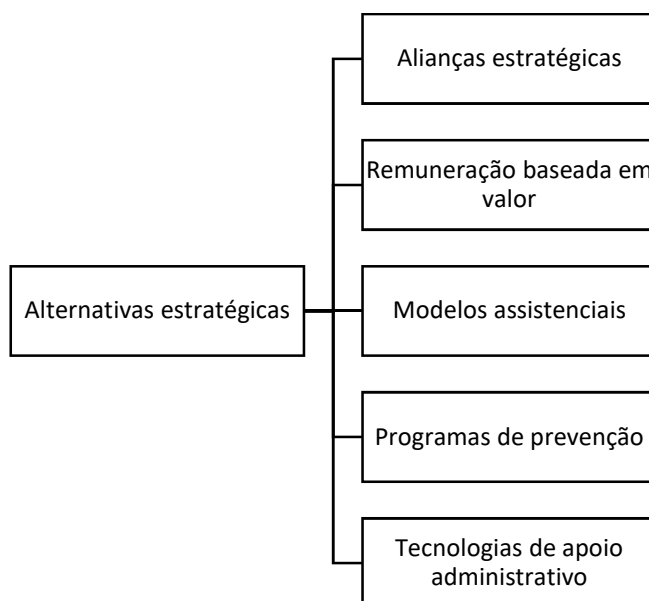
Fonte: Elaborado pelo autor, adaptado ICOS (2017)

No contexto das alternativas para eficiência das operadoras de planos de saúde, destacam-se os programas de prevenção. Segundo Alves, Ugá e Portela (2016), a ANS vem promovendo a adesão das operadoras aos programas preventivos da saúde. Para tanto, faz uso das instruções normativas que valorizam a implantação de programas direcionados à saúde integral dos consumidores e à prevenção de doenças dentro das linhas de cuidados dos pacientes. Nesse fundamento, a pesquisa de Alves, Ugá e Portela (2016) constatou efeitos da estratégia saúde da

família e de atenção primária na redução do número de internações hospitalares, responsável pela maior parte das despesas assistenciais de uma operadora de planos de saúde. Entretanto, existem estudos que apontam para eficiência presumida destes efeitos, devido à complexidade e a escassez de informações sobre os resultados da implantação de programas de prevenção à saúde em operadoras. Neste sentido, Hartz e Pouvourville (1998) pedem parcimônia no exame de quais os modelos de atendimento à saúde são mais bem indicados para população dos planos na perspectiva custo/qualidade, porque os estudos dependem da sofisticação dos métodos estatísticos utilizados na análise para se obter um resultado conclusivo.

Não menos importante do que a implantação de programas preventivos, o uso de tecnologias modernas, inteligência artificial e interoperabilidade de dados, estão cada vez mais presentes em todos os setores da cadeia produtiva da saúde. A integração de dados cadastrais e transacionais com os segmentos críticos do negócio, para resolver lacunas como a falta de prontuários eletrônicos que inibem a produtividade operacional, torna-se imperativo para sobrevivência financeira das operadoras de saúde (PINOCHET, 2011). Nesta visão, Aguiar, Gonçalves e Pitassi (2018) perceberam a importância da Governança de TI para as operadoras de planos de saúde no Brasil e avalia que a regulamentação da ANS impõe mudanças tecnológicas em todas as áreas de uma operadora de saúde. Por outro lado, de acordo com o que assinala Monken et al. (2013), a estratégia tecnológica adotada por uma operadora é essencial na gestão de riscos para efeito de modelagem de programas com o objetivo de prevenir doenças, evitar gastos desnecessários com internações e inibir fraudes nos sistemas de pagamento. De fato, a revolução tecnológica se faz cada vez mais presente em todos os segmentos de saúde, necessária para o alinhamento das informações cadastrais e transacionais com os segmentos críticos do negócio.

Figura 5: Alternativas estratégicas determinantes de desempenho dos planos de saúde

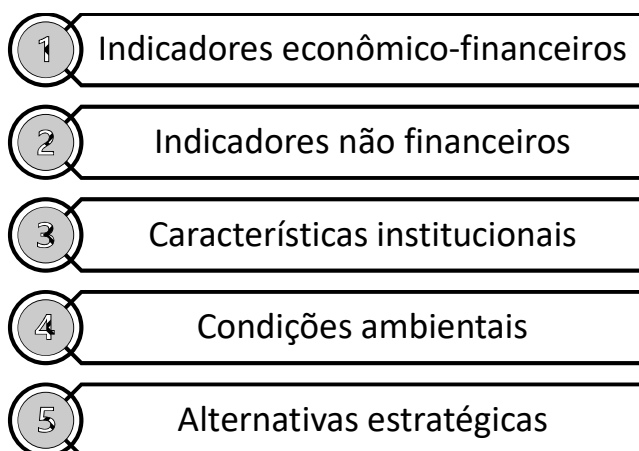


Fonte: Elaborado pelo autor, baseado em Porter e Teisberg (2007)

Como visto, as alternativas estratégicas, as operadoras de planos de saúde possuem à sua disposição alternativas (Figura 5) que vão desde a construção de novas de alianças estratégicas, passando por modelos de pagamento diferentes do *fee for service* tradicional (pago pelo volume), alcançam a implantação de novas modalidades de atendimento aos pacientes até abranger padrões conceituais da saúde e tecnologias de apoio administrativo baseadas em valor (PORTER; TEISBERG, 2007).

Apoiado nas figuras deste bloco, a fim de proporcionar ao leitor uma visão dos fatores que diferenciam as operadoras de autogestão em saúde descritos neste bloco e apoiado em estudos anteriores, a Figura 6 resume as principais dimensões que referenciam os elementos determinantes do desempenho organizacional das autogestões em saúde.

Figura 6: Determinantes e medidas de resultado dos planos de saúde



Fonte: Elaborada pelo autor como síntese das figuras descritas nesta seção

Importante frisar que não houve a pretensão de se construir uma classificação taxativa de elementos determinantes da performance das operadoras de saúde, mas apenas de agrupar estes fatores de acordo com a bibliografia estudada. Alguns elementos são mais sensíveis à tomada de decisão gerencial e outros, de certo modo, são imprevisíveis porque se situam fora do ambiente decisório interno das operadoras, motivo pelo qual estes impõem uma maior complexidade para administrá-los.

2.7 A importância da contabilidade atuarial para as operadoras de saúde

No segmento de saúde a contabilidade atuarial ocupa um papel de destaque na formação dos preços e na previsão de despesas. Ela fornece informações úteis para o gerenciamento e o controle prévio das finanças. Neste ambiente dinâmico caracterizado por aumentos crescentes dos custos de saúde relacionados a desperdícios por falta de controle e recursos; serviços adquiridos em caráter de urgência e novas tecnologias que fornecem os mesmos tipos de serviços por um preço maior, as operadoras de saúde carecem de uma contabilidade gerencial que tenha critérios estabelecidos em função do custo, confiabilidade, flexibilidade, qualidade e rapidez das informações (ABELHA; GONÇALVES; PITAASI, 2014).

A contabilidade atuarial é imprescindível nos processos de planejamento e orçamento. Registros contábeis confiáveis, flexíveis e rápidos podem auxiliar nas previsões orçamentárias e no cálculo das prestações e mensalidades dos clientes para o custeio das atividades (MARTINS et al., 2013). É verdade que o gerenciamento contábil/atuarial é importante para o conhecimento

dos impactos da inflação médica. A inflação médica é responsável por um círculo não virtuoso de elevação dos preços de medicamentos, exames e assistência médica hospitalar em patamares acima da inflação real. É a inflação real que baliza os salários e o poder aquisitivo dos beneficiários. Portanto é necessário que se tenha confiabilidade, flexibilidade, qualidade e rapidez nos registros contábeis. A confiabilidade se traduz na garantia de que os registros estão de acordo com as especificações dos contratos. A flexibilidade significa ter alternativas com o auxílio das informações contábeis para adaptar produtos e serviços de acordo com a capacidade de pagamento e expectativas dos usuários. No que diz respeito ao critério de qualidade, os níveis de preços dos serviços prestados de acordo com as características ofertadas na contratação. Por fim, a rapidez se traduz na velocidade da entrega das informações gerenciais, no tempo hábil à tomada de decisão com a urgência que o cliente precisa (MARTINS et al., 2013).

Por todas estas razões, é importante para a organização possuir um método de controle de custos com maior acurácia, mediante uso de uma metodologia que identifique com clareza o custo de servir da mão-de-obra, as despesas fixas e variáveis de cada unidade, produto ou serviço e quais as técnicas de gestão estão contribuindo para a eficiência operacional e financeira. Neste sentido, Martins et al. (2013) evidenciam o papel de novos modelos contábeis de gerenciamento de custos, em substituição aos métodos tradicionais de custeio por absorção, em que todos os custos diretos e indiretos são considerados no cálculo. Os autores realçam as metodologias de custeio padrão e do custeio alvo e as técnicas de melhoria de produtividade *just in time* e custeio *Kaizen*. O custeio padrão mede a eficiência dos custos a partir de parâmetros pré-definidos em função da quantidade, checa desempenho e permite nortear os preços. O custeio alvo é abrangente no planejamento, cujo preço é estabelecido a partir de pesquisas de mercado e de captação das necessidades dos consumidores, adequado ao lançamento de produtos e serviços, a exemplo de uma nova categoria de planos. A técnica de *just in time* auxilia na agilização dos processos, redução dos estoques de produtos e otimização do tempo. O método *Kaizen* busca o aperfeiçoamento contínuo de processos e atividades, alimentado por um sistema que facilita o engajamento das equipes no papel de melhoria contínua, desde as pequenas mudanças até as mais significativas (MARTINS et al., 2013).

2.8 Transformações do mercado de planos de saúde e fundamentos para mudanças

O mercado de planos de saúde do Sistema Suplementar Brasileiro deve passar por velozes e grandes mudanças para se adaptarem a uma nova realidade de assistência à saúde. Neste cenário, a racionalidade, educação e a consciência no uso dos serviços estarão no foco, como meios para amenizar problemas que afetam o desempenho econômico-financeiro das operadoras de saúde (UNIDAS, 2013).

Para muitos, um bom plano é aquele que oferece tecnologia nos exames e hospitais renomados com a melhor hotelaria, porém, nenhum sistema de saúde moderno pode sobreviver sem reexaminar os atuais modelos de atendimento de planos de saúde, ainda focados no tratamento da doença, sem olhar para medidas como a hierarquização do acesso aos níveis de serviços e a sua conexão com as linhas de cuidado (GUIMARÃES; ALVES, 2009).

Então, foi criado um ambiente favorável ao surgimento de oligopólios e inflação médica, prejudicial aos interesses da coletividade (AVELAR et al., 2019). Para estes pesquisadores está havendo um deslocamento de beneficiários das operadoras de autogestão em saúde para o SUS e outras modalidades do sistema suplementar (cooperativa, medicina em grupo e seguradoras). Neste processo, não se pode deixar de considerar a presença de políticas neoliberais que se apresentam como solução para a ineficiência de modelos sem fins lucrativos e com função social, impondo as operadoras de autogestão em saúde uma busca por produtividade comparada ao mercado (AVELAR et al., 2019).

Segundo Avelar et al. (2019), o fenômeno da inflação médica ocorre quando os custos médicos hospitalares crescem numa proporção maior que os índices de inflação de toda economia, torna-se uma ameaça à sustentabilidade financeira das operadoras de planos de saúde. Sobre uma das causas de problema, o ex-ministro da saúde, José Gomes Temporão, afirmava que ações desarticuladas de um modelo centrado na assistência especializada representa mais custo, ineficiência e não produz impactos significativos (UNIDAS, 2013).

Na adaptação ao ambiente de negócio em meio a uma competitividade cada vez maior e pressão por redução de custos surgem novas tecnologias a preços mais elevados estão presentes em ciclos cada vez mais curtos (LOKMAMY, 2003). O autor alerta para necessidade de descoberta de novos modelos e neste sentido oferece um modelo de gerenciamento de custos de abordagem sistêmica que harmoniza os objetivos e as capacidades organizacionais com os requisitos dos clientes. A proposta de Lockamy (2003) se alinha com as ideias de Ewert e Ernst

(1999) no que diz respeito a natureza da integração estratégica de elementos híbridos de controle contábil que retrata com maior precisão o resultado de cada segmento da cadeia de negócios frente a uma contabilidade tradicional que absorve o custeio total e esconde as deficiências de setores e produtos/serviços.

Os achados de Martins et al. (2013) também se mostraram importantes para reduzir o índice de sinistralidade, conceituado como a relação entre os custos assistenciais e o custeio ou prêmio de cobertura. Martins et al. (2013) concluíram que as negociações com fornecedores são fundamentais para garantir contratos de pagamentos com preços justos; fazer uso de medicamentos genéricos nas internações e acatar a presença de auditoria médica nos hospitais para averiguação das condições pactuadas. Além disso, o acesso por meio de biometria para consultas, exames e demais procedimentos; controle do tempo de atendimento e na verificação das indicações educativas da medicina preventiva junto aos pacientes com doenças crônicas também fizeram parte das escolhas de gestão presentes no estudo dos pesquisadores. De outro modo, a importância da coparticipação como meio moderador do uso conscientes dos beneficiários (MARTINS et al., 2013).

Na perspectiva ética, em meio a tantas possibilidades do uso da estatística com o apoio de inteligência artificial e conflitos entre partes relacionadas, procede o alerta dado por Teixeira Macedo e Santos (2022) sobre indícios de gerenciamento de resultado contábil nas operadoras de planos. Segundo Martinez (2013), o gerenciamento de resultados pode ser conceituado como o reconhecimento e a escolha dos fatos contábeis mediante uso de critérios discricionários, dentro dos limites normativos, mas que são capazes de influenciar percepções sobre aspectos subjacentes as demonstrações de resultados. Exemplos desse fator moral foram descritos por Andrada e Sato (2014) no relato de uma disputa entre patrocinadores e mantenedores das operadoras de autogestão e os empregados/associados, na ótica da teoria da agência.

Por outra ótica, no propósito de investigar as causas dos problemas de sustentabilidade financeira das empresas do setor de saúde, Guimarães e Alves (2009) recorreram a modelos preditivos que uniu variáveis contábeis e indicadores não financeiros para antever com alguma precisão a falência dos planos de saúde. Este quadro também foi estudado por Teixeira, Rodrigues e Lima (2021) ao reforçarem que o mercado de planos de saúde no Brasil vem passando por transformações que resultam na redução do número de operadoras em atividade, desde o ano 2000, encontrando na economia de escala uma forma de alcançar a lucratividade. Daquele período

até 2019 os planos em atividade reduziram de 2.037 para 917, enquanto o número de participantes aumentou de 30,9 para 47,1 milhões (ANS, 2022).

Cabe ainda destacar que o desempenho organizacional das operadoras de autogestão em saúde é sensível a influências políticas e interesses conflituosos, em especial devido à sua natureza universalista, solidária e sem fins lucrativos (SHEFER; BAHIA, 2011). Nesta ótica, Sheffer e Bahia (2011) assinalam que quando presentes causas de interesse público ambíguo atreladas ao setor de saúde privado, os interesses políticos destes tornam-se aparentes no patrocínio às candidaturas eletivas, de modo que não restam dúvidas de que o lobby exclui muitos interesses sociais.

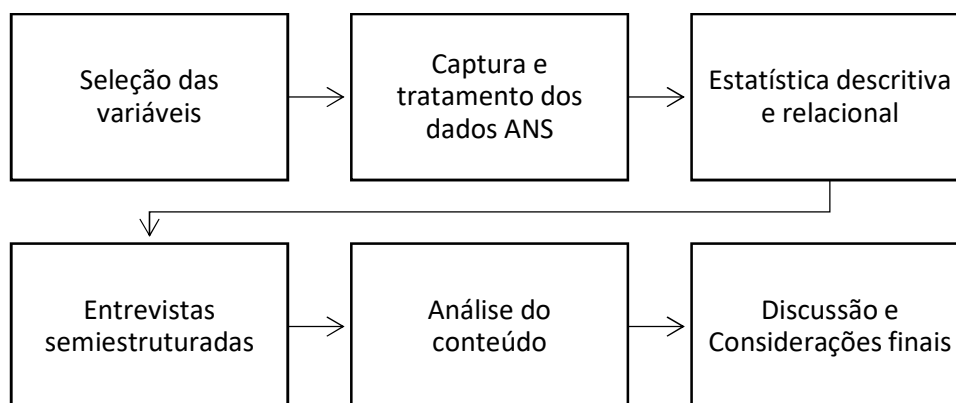
Por fim, em outra visão, Alves (2013) assevera que não se pode descartar a existência de tomada de decisões nas operadoras de autogestão em saúde com uma visão mercantilizada, em oposição as premissas que definem a modalidade. De mesmo pensamento, alertam Pires, Carnut e Mendes (2021) sobre o potencial risco de danos derivados de uma inclinação das operadoras de autogestão para o mercado, uma vez que os efeitos práticos da visão mercantilista recaem sobre a supressão de direitos à saúde.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Desenho da pesquisa

Diante do contexto exposto na introdução e no referencial teórico, o objetivo deste trabalho foi descrever os fatores de heterogeneidades das operadoras de autogestão em saúde no Brasil determinantes do desempenho organizacional. O caminho percorrido por esta pesquisa (Figura 7) passou pela identificação em estudos anteriores sobre as variáveis de desempenho dos planos de saúde, seguida pela captura de uma base de dados disponibilizados pela ANS e finda com o depoimento de dirigentes de alto escalão das operadoras de autogestão em saúde, escolhidas por seu desempenho e representatividade nos *clusters* da amostra analisada.

Figura 7: Diagrama do método de pesquisa



Fonte: Elaboradora pelo autor

Na coleta de dados, buscou-se extrair uma amostra relevante da população de autogestões em saúde apta a fornecer informações necessárias à identificação das particularidades de eficiência econômico-financeira e organizacional. Os resultados dos dados estatísticos de indicadores contábeis e não financeiros serviram de base para uma segunda fase da investigação por meio de entrevista que se aprofundou nos debates sobre os fatores de impacto na sustentação financeira das operadoras e nos caminhos a serem percorridos.

3.2 Classificação da pesquisa

Esta é uma pesquisa de natureza descritiva, de abordagem quanti-qualitativa, *ex post facto*, de acordo com os estudos de Silva, Lopes e Júnior (2014). É um estudo quantitativo porque usa dados secundários para analisar a eficiência das operadoras de autogestão em planos de saúde por meio da estatística descritiva e testes econométricos. Enquanto pesquisa qualitativa colhe a percepção de dirigentes de alto escalão das operadoras sobre as determinantes do desempenho organizacional das operadoras. Posteriormente, a pesquisa de opinião é codificada em classe de fatores e de relação causa e efeito sobre fenômenos acontecidos após o fato. Ainda, importante frisar que, para Gerhardt e Silveira (2009), o método quantitativo se destaca pelas regras de lógica de atributos mensuráveis fundamentados no pensamento positivista e no raciocínio dedutivo e ensina que a pesquisa qualitativa mitiga o risco de o pesquisador contaminar o trabalho com seus preconceitos e crenças.

Na classificação por objetivos, segundo Silva, Lopes e Júnior (2014) a pesquisa descritiva se preocupa em identificar e detalhar os fatores determinantes de um fenômeno, no caso a heterogeneidade do desempenho organizacional das autogestões em saúde no Brasil.

Finalmente, para Gil (2008) a pesquisa *ex post facto* caracteriza-se pela limitação de alguns fatores no controle de variáveis dependentes e independentes, uma vez que quando alcançados já se fizeram presentes os seus efeitos.

Quanto ao delineamento da análise de dados, recorre-se aos meios de análise estatística e de conteúdo para se identificar os fatores que caracterizam a heterogeneidade no desempenho das operadoras. Segundo Bardin (1977), a análise de conteúdo visa obter o verdadeiro significado, próprio do método científico, na tentativa de alcançar com maior precisão a diferença entre o que se diz e o que é, de fato.

3.3 Tratamento do banco de dados secundários

Os dados secundários foram coletados do site da ANS, em 2022, nas páginas dados gerais, sala de situação e qualificação dos planos de saúde. Do total de 144 operadoras de autogestão em saúde ativas, foram selecionadas 115 operadoras de assistência médica hospitalar, excluindo-se 29 operadoras que operam seus serviços por meio do departamento de recursos humanos da patrocinadora, denominadas autogestão por RH, modalidade cujos dados contábeis encontram-se indisponíveis na base de dados da ANS. Este tipo de operadora não possui CNPJ próprio, porque estão vinculadas à patrocinadora, fazendo parte do seu balanço, não sendo computado pela ANS para fins de acompanhamento dos indicadores de garantias. O Quadro 8 mostra a relação das operadoras excluídas.

Quadro 8: Operadoras de autogestão em saúde excluídas da análise

NR ANS	NOME DA OPERADORA	NR ANS	NOME DA OPERADORA
312924	CAIXA ECONOMICA FEDERAL	392405	COMPANHIA ESPIRITO SANTENSE DE SANEAMENTO
315583	CAIXA DE ASSISTENCIA DOS EMPREGADOS DO BANE	400891	EMPRESA BRASILEIRA DE INFRAESTRUTURA AEROP
320587	EMPRESA BRASILEIRA DE TELECOMUNICACOES S.A	412490	LIDER COMERCIO E INDUSTRIA LTDA.
324892	CETESB COMPANHIA AMBIENTAL DO ESTADO	414247	VOLVO DO BRASIL VEICULOS LTDA.
329282	INDUSTRIAS NUCLEARES DO BRASIL S/A INB	416070	ARCELORMITTAL BRASIL S/A

330051	COMPANHIA DE ENGENHARIA DE TRAFEGO CET	416118	DANA INDUSTRIAS LTDA.
334189	COMPANHIA NACIONAL DE ABASTECIMENTO CONAB	416509	COMPANHIA DOCAS DO ESPIRITO SANTO CODESA
339270	CELULOSE NIPO BRASILEIRA CENIBRA	416703	MINERACAO CARAIBA S/A
345474	SERVICO FEDERAL DE PROCESSAMENTO DE DADOS	416819	GKN DO BRASIL LTDA
345695	VALE S/A	417238	BRF S/A
346403	BARDELLA S/A INDUSTRIAS MECANICAS	418862	RBS PARTICIPACOES S/A
352888	NUCLEBRAS EQUIPAMENTOS PESADOS S/A NUCLEP	419427	INSTITUICAO BENEFICENTE CEL MASSOT IBCM
358410	ASTRA S/A INDUSTRIA E COMERCIO	421626	HOSPITAL MATER DEI SA
366234	ITAIPU BINACIONAL	422436	CENIBRA LOGISTICA LTDA

Fonte: Elaborada pelo autor

Os dados referentes a idade média dos beneficiários foram extraídos manualmente da sala de situação da ANS, uma espécie de painel gerencial, e transportados para planilha do software Excel. A variável FUNDAÇÃO da operadora, se antes ou depois do surgimento da ANS, foram capturados a partir do campo data de registro nas informações de cadastro da ANS e confirmadas nos sites da internet das operadoras. Para efeito de apuração dos gastos totais, foram contemplados os valores de coparticipação e franquia pagos pelos beneficiários das operadoras.

A amostra possui dados de corte transversal, pois em algumas situações elas não expressam o mesmo período, sendo ignoradas devido a insignificância para efeito de análise. Os dados contábeis pertencem ao balanço de 2021; a quantidade de beneficiários corresponde à base de dezembro de 2021; a idade média da população da operadora é referente ao mês de agosto de 2022 e os indicadores IDSS e IDSM referentes ao ano de 2020.

Inicialmente, a base de dados foi importada do site da ANS para o programa Microsoft Excel, depois feito uma captura das contas contábeis necessárias aos indicadores de custo, solvência e liquidez, para em seguida compilar todas as informações numa única planilha, que foi transportada para o *software jamovi*, na versão 1.6, a fim de fazer as análises descritivas e de correlação das variáveis do estudo. As variáveis foram agrupadas em dois tipos: causa e efeito, como referência para interpretação da relação entre elas de acordo com os Quadros 9 e 10.

Quadro 9: Variáveis quantitativas de causa nos resultados das autogestões

SIGLA	CONTEÚDO	AUTOR	HIPÓTESE
IDADMED	Idade Média dos Beneficiários. Mostra o índice de envelhecimento da carteira do plano. Idade média ponderada pelo número de beneficiários em cada segmento assistencial	Carvalho et al. (2018)	H1. O envelhecimento torna o plano mais oneroso

ABRANG	Abrangência Territorial do Plano. Área onde a operadora de plano privado de assistência à saúde comercializa ou disponibiliza seu plano de saúde, segmentada de 1 (menor) a 6 (maior) alcance territorial.	Rocha, Silva e Brito (2020)	H2. Quanto maior a abrangência territorial, maior custo
PORTE	Tamanho do Plano. Porte da operadora em relação a quantidade de beneficiários, segmentado por faixa de 1 (menor) a 5 (maior) quantidade de beneficiários.	Teixeira, Rodrigues e Lima (2021)	H3. O tamanho da operadora produz ganho de escala
IPL	Imobilização do Patrimônio Líquido. O Grau de Imobilização do Patrimônio Líquido, evidenciado pela divisão entre o ativo permanente sobre o patrimônio líquido. Revela a estratégia de verticalização da estrutura organizacional	Fernandes, Cailleau e Souza (2019); Nascimento, Dihel e Piccolli (2021)	H1. Quanto maior os investimentos próprios, melhor o desempenho
FUNDAÇÃO	Abertura da Operadora. Data de abertura/funcionamento da operadora classificadas em dois momentos, antes (0) ou e depois (1) da abertura da ANS, em 2000.	Avelar et al. (2019)	H1. As operadoras criadas a partir da ANS possuem menores custos

Fonte: Elaboradora pelo autor

Quadro 10: Variáveis quantitativas de efeito no resultado financeiro das autogestões

SIGLA	CONTEÚDO	FÓRMULA CONTÁBIL	INTERPRETAÇÃO	AUTOR
LC	Liquidez Corrente. Caixa Mínimo para solvência de curto prazo	$\frac{\text{AtivoCirculante}}{\text{PassivoCirculante}}$	Quanto maior que 1, melhor,	Xavier, Souza e Avelar (2020)
LG	Liquidez Geral. Capacidade financeira para honrar compromissos de curto e longo prazo.	$\frac{\text{AtivoCirculante} + \text{RealizávelLongoPrazo}}{\text{PassivoCirculante} + \text{ExigívelLongoPrazo}}$	Quanto maior que 1, melhor.	Xavier, Souza e Avelar (2020)
SIN	Sinistralidade. A relação entre os eventos indenizáveis líquidos com as receitas do plano	$\frac{\text{DespesasAssistenciais}}{\text{ContraprestaçõesEfetivas}}$	Até 75%. Quanto maior, pior	Silva e Lobel (2016)
DESPBEN	Despesas por beneficiários/ano. A razão entre os custos totais pelo número de participantes	$\frac{\text{DespesasTotais}}{\text{Número de beneficiários do plano}}$	Quanto menor, melhor	Galdino (2021)
IDSS	Índice de Desempenho da Saúde Suplementar	Índice Geral de Desempenho das Operadoras	De 0 a 1, quanto maior, melhor	ANS (2022)
IDSM	Índice de Desempenho da Sustentabilidade de Mercado. Avalia a capacidade da operadora de honrar os compromissos e atender aos clientes	Equilíbrio econômico-financeiros, segurança para prestadores e satisfação beneficiários	De 0 a 1, quanto maior, melhor	ANS (2022)

Fonte: Elaboradora pelo autor

3.4 Tratamento dos dados qualitativos

Na etapa qualitativa, as variáveis da pesquisa quanti se transformaram em matéria prima para pesquisa de opinião dos dirigentes de alto escalão das operadoras de saúde. Das 20 operadoras de autogestão selecionadas de acordo com a relação daquelas com menores e maiores despesas anuais per capita, quatro contribuíram para este trabalho (Quadro 11). Além delas, destaca-se o convite aceito pela União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS), também colaboradora das entrevistas semiestruturadas, via remoto. Ao todo 6 gestores do alto escalão e de perfis diferentes aceitaram participar da entrevista, que foram realizadas por meio de encontros remotos, gravados e transcritos pelo aplicativo *Teams*, com a devida autorização. O roteiro de entrevista foi construído de maneira abrangente com perguntas abertas sobre perspectivas previamente selecionadas envolvendo os aspectos de gestão da própria operadora e da sobrevivência desta modalidade no Sistema de Saúde Suplementar no Brasil. Um roteiro mais alinhado com a finalidade deste trabalho de identificar e descrever os fatores que diferenciam o desempenho organizacional, sem a pretensão de fazer um estudo de casos múltiplos.

Quadro 11: Características das operadoras participantes da entrevista qualitativa

REG ANS	IDADE MÉDIA	ABRANGÊNCIA	NR. BENEFICIÁRIOS	LIQ.CORRENTE	SINISTRALIDADE	DESPESAS PER CAPITA	GRAU IMOB	IDSS	IDSM
416584	28,4	4	21766	2,36	1,09	1.272,15	0	0,589	1
342611	47,6	2	33736	2,31	0,97	10.527,37	0,56	0,821	1
413534	38,4	3	197750	1,01	0,79	4.589,59	0,56	0,826	1
346659	43,2	1	607768	2,39	0,91	11.044,33	0,05	0,681	0,808

Fonte: Elaborada pelo autor

O roteiro de entrevista com diretores, executivos e/ou presidente das organizações mencionadas levou em consideração as variáveis estatísticas e foi inspirada no estudo de Rehman, Mohamed e Ayoup (2019) sobre as categorias de controles que orientam o desempenho das organizações. Desse modo, com o apoio do *software Atlas.ti*, foi possível categorizar as questões e organizar o conteúdo em 6 grupos de diferentes perspectivas de gestão capazes de influenciar o desempenho organizacional das operadoras foco desta pesquisa: cultural, planejamento, cibernético, recompensas e administrativo. Por fim, a análise de conteúdo apegou-se à metodologia de Bardin (1977), visando obter uma síntese de descrições com significados

subjacentes às variáveis quantitativas e alinhada com o objetivo deste estudo - descrever sobre as heterogeneidades determinantes do desempenho organizacional das operadoras de autogestão em saúde no Brasil.

4. PESQUISA QUANTITATIVA

4.1 Análise e discussão dos dados

Inicialmente, neste estudo, focalizamos a análise da correlação entre as variáveis de causa e efeito para compreender o desempenho das operadoras de autogestão em saúde. Como apresentado na Tabela 1, o teste de correlação de Spearman não identificou uma correlação forte entre as variáveis, seja positiva ou negativa, sendo que valores acima de 0,7 são considerados fortes. Este resultado concorda com estudos anteriores e sugere que a eficiência financeira das operadoras de autogestão em saúde depende de múltiplos fatores.

Nota-se, entretanto, ser possível destacar algumas correlações fracas e moderadas para valores entre 0,3 e 0,5 e estatisticamente significantes (*p-value* < 0,05) entre algumas variáveis analisadas na tabela 1. Por exemplo, as despesas per capita (DESPBEN) se apresentaram negativamente correlacionadas com a abrangência territorial do plano (ABRANG) e positivamente correlacionada com a idade média dos beneficiários (IDADEMED). Esta é uma constatação relevante porque ratifica que muitos elementos influenciam nos custos e nos indicadores preditivos de disponibilidade financeira.

Tabela 1: Matriz de correlação de *Spearman* entre as variáveis de causa e efeito

Correlation Matrix											
	ABRANG	PORTE	IDADEMED	IPL	DESPBEN	LC	LG	IDSS	IDSM	SIN	FUNDACAO
ABRANG	—										
PORTE	-0.351***	—									
IDADEMED	-0.055	-0.118	—								
IPL	0.044	0.144	-0.120	—							
DESPBEN	-0.378***	-0.078	0.458***	-0.167	—						
LC	-0.104	-0.131	-0.022	-0.351***	0.052	—					
LG	-0.070	-0.219*	-0.217*	-0.272**	-0.017	0.803***	—				
IDSS	-0.145	0.235*	-0.159	0.176	-0.026	0.101	0.170	—			
IDSM	-0.012	0.078	-0.237*	-0.020	-0.096	0.440***	0.421***	0.446***	—		
SIN	0.177	-0.109	-0.038	0.045	-0.094	-0.317***	-0.253**	-0.165	-0.147	—	
FUNDACAO	-0.040	0.004	-0.180	-0.142	-0.132	0.030	0.069	0.169	0.124	-0.088	—

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Fonte: Elaborada pelo autor, baseado em dados da ANS (2021)

. A análise da matriz de correlação permite obter uma visão ampla e compreender a influência de alguns fatores nos resultados das operadoras de autogestão em saúde. No entanto, este estudo quantitativo se concentra nas variáveis já estudadas e que mostraram relação com o resultado financeiro das operadoras em questão. Para isso, a análise subsequente se centrará nas variáveis explicativas: porte, abrangência, idade média, imobilização do patrimônio líquido e ano de fundação.

Apesar da possibilidade de analisar a correlação entre várias variáveis financeiras e não financeiras de causa e efeito para explicar a heterogeneidade do desempenho organizacional das operadoras, este estudo decidiu usar a despesa média per capita como variável causal exclusiva, tendo em vista sua importância para avaliar a eficiência operacional em custos. Isso é feito para remover outros fatores que podem distorcer a gestão, como uma fonte de recursos vantajosos que podem influenciar positivamente o resultado financeiro, sem necessariamente justificar a economicidade.

4.1.1 Porte

A análise descritiva apresentada no Gráfico 4 indica que há um ponto ótimo de escala quanto ao tamanho da operadora, a partir do qual o aumento de participantes não seria mais vantajoso do ponto de vista de custos. Esta constatação desafia os esforços das operadoras de ampliar sua base de participantes para compartilhar custos e aumentar sua força de negociação

com fornecedores. O Quadro 12 apresenta a classificação dos tamanhos das operadoras de acordo com os critérios estabelecidos pela reguladora ANS.

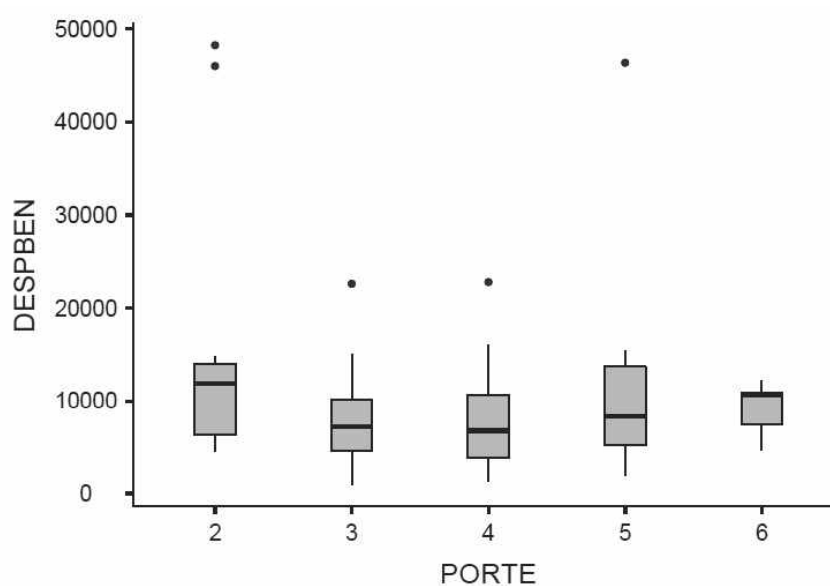
Quadro 12: PORTE da operadora em relação do número de beneficiários

2	De 1 a 1.000 beneficiários
3	De 1.001 a 10.000 beneficiários
4	De 10.001 a 50.000 beneficiários
5	De 50.001 a 200.000 beneficiários
6	Acima de 200 mil beneficiários

Fonte: Elaborado pelo autor baseado na ANS (2021)

O Gráfico 4 apresenta um diagrama de caixa onde a mediana da despesa per capita anual diminui entre o porte 2 e 4, e aumenta novamente a partir deste até o porte 6, indicando que o tamanho ideal de uma operadora está entre 10 e 50 mil participantes. Neste limite, há uma inflexão que aponta para o risco de deseconomia de escala. No entanto, é importante lembrar que, quando se trata de avaliar o desempenho de operadoras de autogestão em saúde, não podemos considerar apenas uma medida de economia, pois é necessário avaliar cada caso com mais profundidade, levando em conta uma ampla gama de indicadores financeiros, não financeiros e características institucionais

Gráfico 4: Comportamento da despesa média per capita em relação ao porte



Fonte: Elaboradora pelo autor, baseado em dados da ANS (2021)

Chama a atenção que a maioria das pesquisas aponta para ganhos de escala com o aumento do número de participantes, conforme estudo de Teixeira, Rodrigues e Lima (2021). Entretanto, a pesquisa de Carmo (2016) apresentou resultados distintos, indicando que operadoras de pequeno porte da modalidade de autogestão na região sudeste do Brasil apresentaram desempenho financeiro superior a outras. Ressalva-se que não foi encontrada na revisão da literatura alguma pesquisa que identificasse o ponto ideal do tamanho de uma operadora de plano de saúde, a partir do qual ocorre a deseconomia de escala. Entretanto, este é um tema relevante que merece ser investigado com mais profundidade, usando métodos estatísticos como a regressão econométrica e o uso de logaritmos, recomendados por Gujaratti e Porter (2011), para obter resultados mais confiáveis.

4.1.2 Abrangência territorial

Um fator determinante de custos é a área de distribuição e disponibilidade do plano de benefícios. O Quadro 13 apresenta uma escala de 1 a 6, quanto maior o número, menor é a diminuição do alcance territorial. A hipótese é que a busca dos melhores hospitais, escolhidos livremente pelo paciente, em qualquer local, é cara para as empresas de saúde e para os usuários. Em geral, quanto menor o território abrangido pelo plano de benefícios, menor o custo para a operadora de saúde.

Quadro 13: Abrangência de comercialização e disponibilização do plano

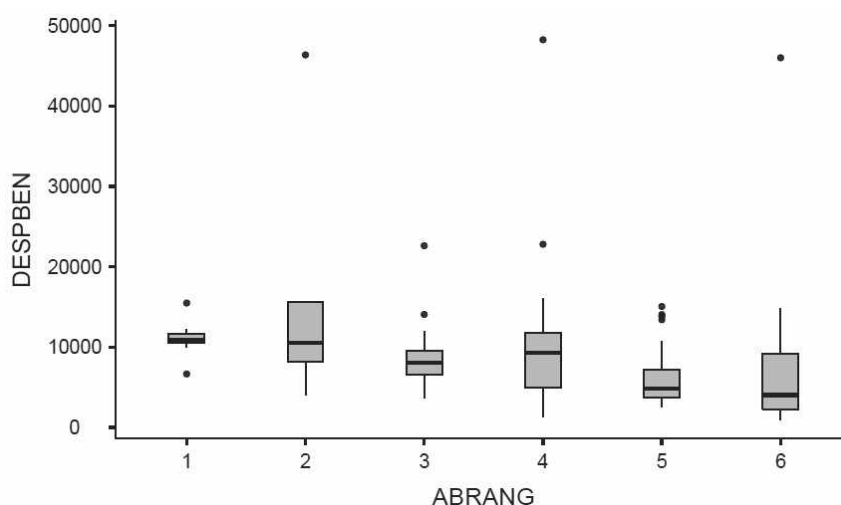
1	Em todo território nacional ou em grupos de pelo menos três estados dentre os seguintes: SP, RJ, MG, RS, PR e BA
2	No Estado de São Paulo ou em mais de um estado, excetuando os grupos definidos nos critérios da região 1
3	Em um único estado, qualquer que seja ele, excetuando-se o estado de São Paulo
4	No município de São Paulo, do Rio de Janeiro, de Belo Horizonte, de Porto Alegre, de Curitiba ou de Brasília
5	Em grupo de municípios, excetuando-se os definidos na região 4
6	Em um único município, excetuando-se os definidos na região 4

Fonte: Elaborado pelo autor com base em informações da ANS (2021)

A discussão desta variável é interessante, pois de um lado as empresas de saúde com menor alcance podem se beneficiar da concorrência em mercados menores, mas por outro lado,

as empresas com maior alcance podem ser prejudicadas pela competição de preço, o que exige uma contraprestação elevada para equilibrar as finanças e garantir a satisfação dos usuários.

Gráfico 5: Relação entre a despesa média per capita e a abrangência territorial



Fonte: Elaborada pelo autor, baseado em dados da ANS (2021)

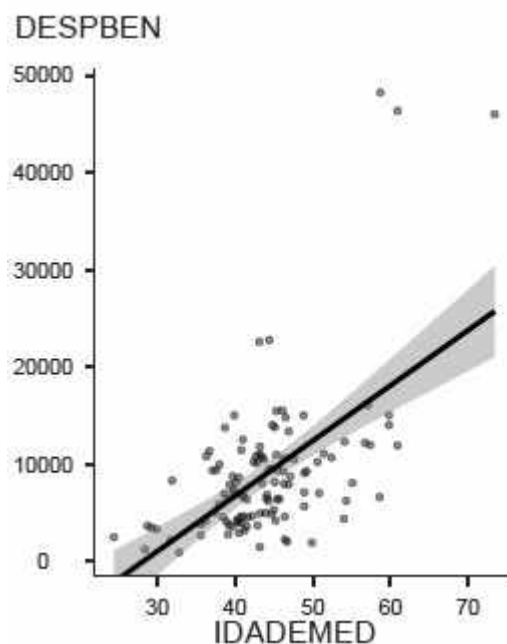
No Gráfico 5, percebe-se que há uma tendência decrescente de despesas assistenciais por beneficiário passando pela linha da mediana entre o primeiro e o terceiro quartil no diagrama que mostra o comportamento destas variáveis dentre as 115 operadoras analisadas. Esta constatação ratifica os achados de Rocha, Silva e Brito (2020) e Avelar et al. (2021), cujas pesquisas concluíram que a variável da amplitude de cobertura do plano foi a que mais justificou a lucratividade e a produtividade das operadoras de saúde.

4.1.3 Idade média

Os achados em estudos anteriores indicam que o aumento da idade média da população de um plano de saúde eleva seus custos, tal como Oliveira, Veras e Cordeiro (2017) e Carvalho et al. (2018). O Gráfico 6 apresentou um nível de correlação positiva de 0,458, reconhecidamente o maior dentre todas as variáveis quantitativas alcançadas por este estudo. Este resultado revela

que a longevidade da população é o componente de característica institucional que mais contribui para os gastos *per capita* de uma operadora.

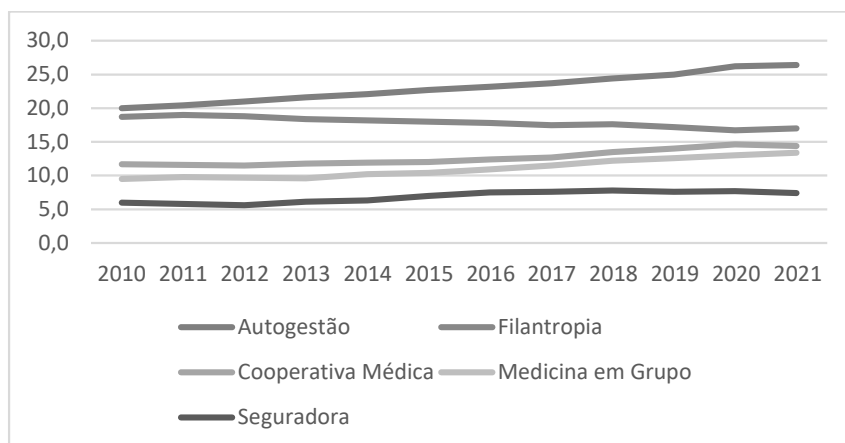
Gráfico 6: Relação entre as despesas médias per capita e a idade média



Fonte: Elaboradora pelo autor, baseado em dados da ANS (2021)

Parece ser uma característica incontrovertida a relação dos gastos com saúde com o crescimento da idade populacional. Isto posto, representa um desafio para as operadoras de autogestão e os beneficiários do sistema suplementar de saúde brasileiro. O Gráfico 7 mostra que as autogestões possuem um número de idosos maior do que as demais modalidades de atendimento à saúde do Sistema Suplementar brasileiro, numa tendência crescente para as operadoras de autogestão e estável para as demais modalidades de atendimento à saúde.

Gráfico 7: Proporção de idosos (acima de 60 anos) anos por modalidade de operadora



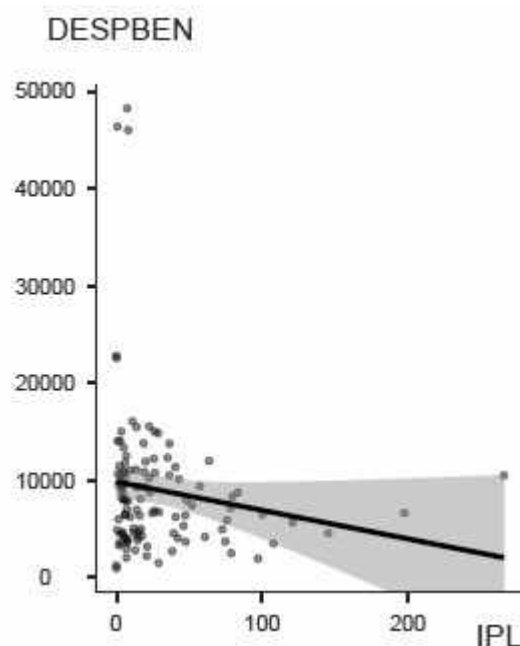
Fonte: ANAPAR (2022) baseada em dados da ANS (2022)

É dentro deste contexto que Oliveira et al. (2021) alerta sobre o desafio dos planos de saúde diante dos custos da longevidade da carteira, ao encontrar em sua pesquisa uma operadora de saúde em que as pessoas com mais de 60 anos respondiam por 69,8% dos custos totais, apesar de representar apenas 25,7% do total da população do plano.

4.1.4 Imobilização do Patrimônio Líquido

De acordo com as informações do Gráfico 8, um dos sinais de uma tendência de alianças estratégicas no segmento de planos de saúde, representado neste estudo por meio do indicador de imobilização do patrimônio líquido, compreendido neste estudo como integração vertical, mostra-se fracamente correlacionado com a redução das despesas média por participante a um nível de significância de 10%. Muito embora, a concentração de operadoras com IPL menor que 50%, próximo de zero, e o fato de não haver uma distribuição normal revelam que os efeitos de uma estratégia de verticalização da estrutura ainda não podem ser percebidos com clareza.

Gráfico 8: Correlação entre as despesas média per capita e o IPL



Fonte: Elaborada pelo autor

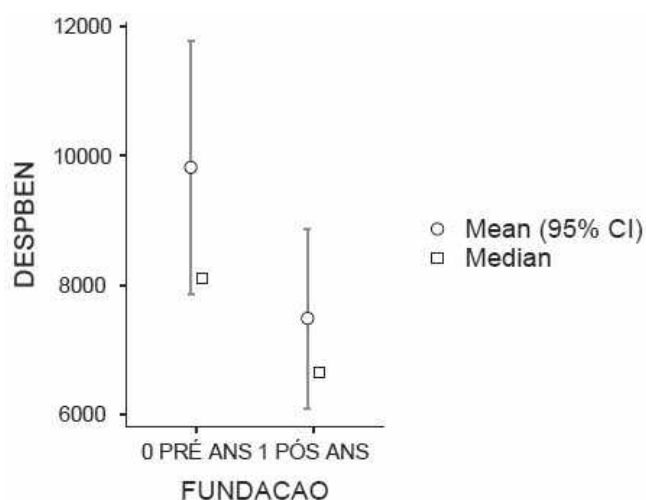
Estes resultados ainda se mostram insuficientes para descartar uma hipótese de que quanto mais verticalizada for uma operadora, menor são os seus custos, sobretudo, quando há sinais projetados no Gráfico 8, de que existem operadoras que estão posicionadas no nível maior de imobilização e possuem baixo custo, podendo ser este um vetor de eficiência ainda em fase de maturidade.

A integração vertical como estratégia que visa garantir eficiência e melhorar a satisfação dos pacientes ainda é tema controverso dentre os especialistas. Os estudos de Azevedo (2016), por exemplo, encontraram evidências de que o conflito de interesses entre as operadoras de saúde e os médicos são capazes de anular a possibilidade de ganhos na prestação de serviços com rede própria. Por outra visão, outros autores apresentaram achados que demonstram os efeitos positivos dos investimentos próprios na rede de atendimento das operadoras de saúde. Dentre eles, Tissot et al. (2016) e Nascimento, Dihel e Piccolli (2021), perceberam ganhos significativos derivados de um maior poder de negociação com fornecedores, redução de erros e fraudes no processo de prestação de serviços, sem perder de vista a satisfação dos pacientes.

4.1.5 Fundação

O surgimento do marco regulatório a partir da criação da ANS em 2000, de acordo com a estatística descritiva do Gráfico 9, proporcionou uma leve diminuição de custos para as operadoras que surgiram após a data de funcionamento do regulador, mas não foi capaz de provocar grandes transformações no setor do ponto de vista da economicidade. As operadoras, divididas em dois grupos, um para abertura antes e o outro para abertura depois do funcionamento da agência reguladora, não apresentaram nesta característica diferenças estatisticamente significantes.

Gráfico 9: Despesas em função o período de abertura da operadora (antes e depois da ANS)



Fonte: Elaboradora pelo autor, baseado em dados da ANS (2021)

Os resultados sobre os efeitos do marco regulatório a partir dos anos 2000, após o funcionamento da agência reguladora ANS, ainda são inconclusivos. É o que assevera Avelar et al. (2019), entretanto, os estudos de Souza e Salvalaio (2010) identificaram que antes da criação da ANS as operadoras de saúde rescindiam unilateralmente contratos em desvantagem para elas, para não comprometer a sua lucratividade, o que gerava muita insatisfação dos consumidores. Além disto, antes da criação da ANS era possível fazer contratos com maior ônus para os usuários, por meio de limitações em consultas, exames e procedimentos hospitalares. Por outro lado, para Souza e Salvalaio (2010) os níveis de recursos em provisões exigidos pelo regulador influenciam negativamente nas posições financeiras das operadoras de saúde.

Em síntese, a diferença de custos entre as operadoras de saúde que surgiram antes e depois da criação da ANS não se apresenta com uma estatística significativa ao ponto de concluir que houve um impacto significativo a favor das operadoras que surgiram após o funcionamento da ANS.

4.1.6 Análise dos fatores de heterogeneidade do desempenho organizacional

A tabela 2 mostra um panorama de desigualdades acentuadas no desempenho das operadoras de autogestão em saúde. O painel foi classificado pelo porte das operadoras e em seguida pelas despesas per capita anual, que levou em consideração as contribuições do patrocinador e dos associados, incluindo a coparticipação e franquia de responsabilidade destes. Este é um panorama que demonstra o quão é heterogêneo o desempenho organizacional das operadoras de autogestão em saúde.

Tabela 2: Variabilidade das despesas média per capita

REG ANS	IDADE MÉDIA	PORTE	ABRANGÊNCIA	NR. BENEFICIÁRIOS	LIQ. CORRENTE	SINISTRALIDADE	DESPESAS PER CAPITA	GRAU IMOB.	IDSS	IDSM
408093	41.6	2	5	831	3,16	1,01	R\$4.558,52	0,02	0,649	0,507
344184	48.9	2	5	997	0,88	1,17	R\$5.704,94	0,44	0,539	0,988
316849	73.4	2	6	368	15,26	0,71	R\$45.999,25	0,07	0,175	0,583
387185	58.7	2	4	629	4,04	1,03	R\$48.238,96	0,06	0,747	0,988
419851	32.8	3	6	8566	3,37	1,00	R\$971,79	0,00	0,583	0,950
410608	35.6	3	5	4512	2,30	1,03	R\$2.726,94	0,34	0,696	0,988
343129	59.8	3	5	2276	0,99	0,96	R\$15.058,77	0,03		
418650	43.1	3	3	5076	5,52	0,89	R\$22.619,14	0,00	0,659	1,000
416584	28.4	4	4	21766	2,36	1,09	R\$1.272,15	0,00	0,589	1,000
327557	43.2	4	6	12079	6,19	0,89	R\$1.520,01	0,26	0,966	1,000
324477	57.1	4	4	28156	2,15	0,81	R\$16.077,96	0,06	0,520	0,333
339636	44.4	4	4	10547	1,52	0,88	R\$22.804,79	0,00	0,615	1,000
419427	49.9	5	4	32499	5,78	0,58	R\$1.965,04	0,32	0,521	0,775
419010	45.2	5	4	76349	2,06	0,92	R\$4.230,59	0,08	0,759	0,975
346926	45.3	5	1	58820	3,67	0,83	R\$15.493,94	0,09	0,770	1,000
352331	60.9	5	2	53664	178,27	1,51	R\$46.359,59	0,01	0,758	0,943
413534	38.4	6	3	197750	1,01	0,79	R\$4.589,59	0,56	0,826	1,000
419133	41.0	6	1	234277	1,22	0,91	R\$6.656,77	0,17	0,743	0,945
346659	43.2	6	1	607768	2,39	0,91	R\$11.044,33	0,05	0,681	0,808
323080	56.7	6	1	294862	2,66	0,76	R\$12.238,48	0,15	0,677	0,808

Fonte: Elaborada pelo autor, baseado em dados da ANS (2021)

As variáveis quantitativas antes analisadas mostraram não ser possível concluir pela existência de um único fator que explique o desempenho organizacional das operadoras de autogestão em saúde, muito embora seja possível dizer que cada variável representa um peso diferente no desempenho financeiro e que o índice de envelhecimento da carteira administrada é o maior vetor de impacto nos custos dentre os demais analisados.

A tabela 2 relaciona as operadoras de saúde com as duas maiores e menores despesas totais per capita, classificadas pelo porte. Conclui-se que a Tabela 2 indica uma grande variação de desempenho entre as operadoras de tamanhos diferentes. A liquidez corrente pode oferecer alívio temporário no fluxo de caixa, mas não garante a eficiência em custos e a saúde financeira a longo prazo. Para avaliar adequadamente a gestão, são necessários mais dados. Cada operadora é única e os resultados podem ser influenciados por fatores externos às variáveis consideradas nesta pesquisa quantitativa.

Quadro 14: Confirmação de hipótese

SIGLA	CONTEÚDO	HIPÓTESE	RESULTADO
IDADMED	Idade Média dos Beneficiários.	H1. O envelhecimento torna o plano mais oneroso	SIM. A idade média da carteira tem a maior correlação com as despesas média per capita anual
ABRANG	Abrangência Territorial do Plano.	H2. Quanto maior a abrangência, maior custo	SIM. Quanto maior a cobertura territorial do plano, maiores as medianas de despesas
PORTE	Tamanho do Plano.	H3. O tamanho da operadora produz ganho de escala	NÃO. Operadoras entre 10 e 50 mil beneficiários apresentaram medianas com menor média de despesas per capita
IPL	Imobilização do Patrimônio Líquido	H1. Quanto maior os investimentos próprios, melhor o desempenho	NÃO. Dados insuficientes para uma comprovação conclusiva
FUNDAÇÃO	Abertura da Operadora. antes ou e depois ANS.	H1. As operadoras criadas a partir da ANS possuem custo reduzido	NÃO. Apesar das novas operadoras apresentarem uma mediana com custo menor, estatisticamente não houve relevância nos resultados

Fonte: Elaboradora pelo autor

Apesar das evidências em estudos anteriores de que uma rede própria produz economicidade, uma vez que permite maior controle de custos em decorrência de protocolos próprios que evitam desperdícios e fraudes, os dados do indicador grau de imobilização não foram suficientes para uma conclusão desta hipótese. Interessante notar que o comportamento da mediana de despesas entre operadoras de porte diferentes contraria a ideia de que uma operadora com maior número de beneficiários implica em menores custos, dado o aumento do poder de barganha junto aos fornecedores e prestadores e o rateio de despesas administrativas com mais pessoas, constatação que abre divergência com os estudiosos do setor.

5. PESQUISA QUALITATIVA

5.1 Análise e discussão da Perspectiva Cultural

A partir das percepções dos entrevistados, nota-se que do ponto de vista da perspectiva cultural, as operadoras de autogestão em saúde são ricas em particularidades subjacentes que norteiam o processo de gestão, assim como valores e crenças que espelham a relação com os beneficiários e empregados e as tomadas de decisões gerenciais. Neste contexto, apenas como exemplo, identificou-se que a construção dos pilares norteadores da gestão não é um privilégio das operadoras de grande porte.

A operadora com menor custo per capita anual, dentre as operadoras do seu porte, mantém uma estrutura enxuta com 18 empregados para cuidar de 20 vidas, possui abrangência regional e não remunera os representantes da governança. Segundo o entrevistado 2, diretor-presidente, há um tripé de conceitos importados da empresa patrocinadora que foi primordial para criação da operadora e para manter a sua sustentação até os dias atuais.

[...] Eu tenho orgulho dessa história, tá! porque é uma história de superação. Conseguimos amenizar o problema dos custos médicos e deixar de contar com aumentos proibitivos do plano de saúde que tínhamos antes. Só no primeiro ano, o percentual de aumento pedido foi de 80%. [...] A gente vive e trabalha muito, a gente fala de humanização, ter os menores custos e ser respeitado na região por honrar os compromissos. Essa postura nos permitiu fazer boas negociações, porque as pessoas sabem que temos credibilidade, que aqui se paga. Então, nós temos convicção que não vamos ter tropeço neste tratamento. E essa coisa faz com que a gente também tenha uma certa economia. Mas nosso maior princípio é o da humanização. Esta é a nossa maior bandeira, fazer com que as pessoas se sintam acolhidas. (Entrevistado 2)

Interessante notar que a variabilidade de fatores que influenciam no desempenho organizacional das operadoras de autogestão em saúde se faz presente também do ponto de vista cultural. O entrevistado 5 é presidente de uma operadora de grande porte (cerca de 200 mil vidas), abrangência estadual, criada há 22 anos e que apresentou a melhor relação de despesas anuais administrativas e assistenciais per capita dentre as operadoras do seu porte e abrangência territorial. Este gestor faz considerações relevantes sobre os valores e os propósitos que nortearam a superação de desafios na trajetória da operadora, tornando-os verdadeiros diferenciais

competitivos no mercado da saúde suplementar ao agregar experiências inovadoras e corajosas na oferta de serviços com qualidade e menor custo.

[...] Nós temos uma estratégia muito agressiva de posicionamento dentro do nosso Estado. Nós puxamos a qualidade à saúde aqui no Estado, principalmente no que diz respeito a hotelaria hospitalar. Nós estruturamos uma rede própria de atendimento de hospitais e clínicas de diagnóstico e serviços. Nosso modelo de negociação é melhor do que o mercado pensava. Ofertamos uma assistência à saúde de melhor qualidade, porque nós temos o controle da qualidade. Isso também nos permitiu ser mais estratégico no relacionamento com a rede credenciada. Obviamente, isso precisa de uma profissionalização da gestão e uma visão estratégica muito profunda. E, claro, uma dose de empreendedorismo aliada a uma responsabilidade econômico-financeira. Foi o que nos colocou aí nesta posição bastante privilegiada a nível nacional e a nível local (Entrevistado 5).

O entrevistado 1, diretor da maior operadora de autogestão no país, fundada em 1944, inspiradora do modelo de autogestões para o sistema suplementar de saúde, trouxe novos elementos para a perspectiva cultural. O dirigente manteve um olhar sobre pressupostos presentes na operadora que favorecem a formação de uma identidade institucional e a resolução de conflitos entre pessoas. São aspectos que balizam o comportamento dos empregados e significa a relação com os associados e a própria razão de existência da operadora.

[...] Esse é o nosso propósito: atender a todos os participantes em todas as fases de sua vida. Quando há um problema, perguntamos se a solução atende a este requisito. [...] Quando o patrocinador, responsável pela saúde dos seus empregados, decidiu acabar com a sua área médica, assumimos a responsabilidade de tentar montar estruturas em todo Brasil para aplicar aquilo que a gente sonhava na década anterior, que era um modelo de atenção integral à saúde, com a estratégia na saúde da família e com foco na atenção primária. A tese que a gente defendia é que um plano de saúde é tão mais sustentável, quanto mais saúde tiverem seus participantes. [...] Eu posso dizer o seguinte, no aspecto cultural, né? Todos nós somos influenciados pelo local onde vivemos, pela forma da nossa cultura e das nossas tradições. O Brasil vem desenvolvendo um sistema de saúde há muito tempo e uma referência ao modelo americano, ao modelo curativo de especialistas. Já na década de 80 foi identificado que não há como sustentar este sistema se não for apenas para alguns. Porque cada maquinário, equipamento e tecnologia nova veio como fruto de pesquisas custosas e precisam ser pagos na lógica financeira, no menor espaço de tempo possível. Por isso, desde a década de 80 a gente brigou para poder ter o SUS. Não é um modelo que atende a sociedade como um todo, precisa ser fortalecido. [...] Gente, por isso, continuamos valorizando o modelo de saúde integral, ele trabalha com a lógica da atenção primária, que os estudos ingleses, canadenses, argentinos já mostram que resolvem 85% dos problemas de saúde. [...] Esse é o nosso propósito, atender a todos os participantes em todas as fases de sua vida (Entrevistado 1).

Por outra ótica, o entrevistado 6 relacionou a cultura da operadora sob sua direção com os aspectos de integridade, controle e processo decisório. A ênfase nestas variáveis de confiança é importante à medida em que se administra recursos de terceiros e apesar de cada um contribuir com uma quantia certa, os gastos estão numa mesma cesta de recursos, frutos da participação de todos.

[...] A cultura do patrocinador vem formando as pessoas por aqui. Os executivos há muito tempo foram pessoas cedidas pelo patrocinador. Eles trouxeram uma preocupação muito grande de fazer as coisas certas. As pessoas têm a cultura de fazer as coisas certas por aqui. Primeiro, é bom pelo lado de que a estrutura de controle foi montada. Toda decisão segue as políticas definidas, passam por comitês e isso nos dar muita segurança (Entrevistado 6).

Percebe-se que cada operadora possui pressupostos na sua cultura organizacional que desenham a sua forma de atuação, orientam as relações com empregados, prestadores de serviços e beneficiários e expressam diferenças competitivas em cada trajetória. Alguns fatores diferenciam, inspiram e justificam a existência das autogestões, outros são inovadores e há aqueles que revelam doses de empreendedorismo e compromisso ético. Entretanto, são elementos muitas vezes subjetivos, complexos, que dependem do seu contexto para uma análise conclusiva sobre a interferência deles no desempenho organizacional das operadoras, apesar das evidências da sua importância e de como eles direcionam a conduta das pessoas. Neste contexto, uma síntese que resume o espírito do trabalho nas operadoras de autogestão ficou presente na narrativa do entrevistado 6.

[...] Poder atuar na área de saúde é um negócio que entra no sangue da gente, não é só você querer ajudar. A cada ação que você reduz o tempo de atendimento num prestador de serviços, pode estar certo de que você vai influenciar na vida das pessoas e que elas têm muito do que a gente tem de necessidades. É impressionante! aqui a influência na vida das pessoas é direta. Se eu fizer bem-feito, as pessoas vão ser beneficiadas e isso dá para gente uma energia muito grande para trabalhar (Entrevistado 6).

Em síntese, evidencia-se nos relatos crenças e valores que fazem das operadoras de autogestão em saúde um instrumento gerador de benefícios para os empregados na relação capital/trabalho. São elementos que facilitam a atratividade de pessoas, a retenção de talentos e interferem positivamente na produtividade da empresa. Essa conclusão foi observada também por Cunha, Moreira, et al. (2019), quando concluíram que as políticas de benefícios e cuidados com a saúde dos trabalhadores geram motivação e lealdade dos profissionais.

5.2 Análise e discussão da Perspectiva Planejamento

O Planejamento é o oxigênio das organizações por sua capacidade de apontar caminhos e criar medidas de acompanhamento para o crescimento e a perenidade delas. Nesta perspectiva, os ensinamentos de Brito e Vasconcelos (2004) sobre as questões estratégicas que fazem com que as empresas olhem para o ambiente externo e não somente para dentro delas se fizeram presentes na percepção dos entrevistados. De acordo com as narrativas, constata-se o uso de diferentes modelos de planejamento com complexidades e custos de elaboração distintos, muito relacionados com o tamanho das operadoras. Nos relatos vê-se também planejamentos participativos com a contribuição dos técnicos e aprovação da governança e mais simples focados nos indicadores contábeis e de acompanhamento da ANS.

A gente trabalha com o BSC - *balanced scorecard*. A gente define alguns objetivos, debate na Diretoria, debate no Conselho. Depois ele desce e aí outras pessoas vão complementando. A gente costuma ter 23 dias de discussão no local de trabalho para a sensibilização da metodologia, depois 4 dias internados em algum lugar onde todos debatem a cada momento. Os grupos de debate mudam e a gente vai variando na discussão em grupos. Depois traz os grupos de volta ao coletivo até tirarmos os objetivos estratégicos e as principais linhas (Entrevistado 1).

O horizonte do tempo do planejamento estratégico demonstrou ser uma preocupação do diretor de uma das operadoras participantes da entrevista, inquietos com as alterações constantes devido à alta rotatividade da Diretoria. Esta operadora de porte médio (cerca de 40 mil vidas) se diferencia pelo compartilhamento da estrutura corporativa com o Fundo de Pensão dos participantes. A inquietação do Diretor faz sentido na visão de Rehman, Mohamed e Ayoup (2019), uma vez que a gestão estratégica vislumbra o alcance de ações no longo prazo.

Existe um planejamento definido desde 2017 quando eu cheguei aqui. Nós demos uma reformulada. Eles vinham seguindo um plano construído lá em 2016 com o apoio da Accenture e depois, aí, a gente foi ajustando isso internamente. Ele estava sendo feito para 2 anos, de pouca longevidade. Como a rotatividade da diretoria aqui é muito grande, todas às vezes que mudava a Diretoria se alterava o plano. Neste ano contratamos uma Consultoria e nos propusemos ao desafio de construir um planejamento para 5 anos. Provamos no Conselho Deliberativo que toda estrutura de construção e de workshops pode ser aproveitada para este prazo e se alguém desejar mudar depois vai ter o trabalho de ir lá no CD e aprovar um outro (Entrevistado 5).

A visão de foco em resultados e de controle orçamentário de despesas foi realçada pelos entrevistados. Saber onde focar é importante para um setor que conhece o que arrecada, mas encontra dificuldades na previsão de gastos. Provável que esta tenha sido a razão pela qual o enfoque na redução das despesas administrativas tornou-se peça de importante lembrança no planejamento das operadoras.

[...] O valor pago é o segundo maior custo dentro de uma empresa. Primeiro a folha de pagamento, segundo planos de saúde, né? Então existe aí uma preocupação de governos e empresários em não aumentar esta folha, mas a conta não fecha, não é? Então a gente fica numa situação bem complicada [entrevistado 3].

[...] Como você sabe os recursos são finitos, mas a questão das despesas, ela é infinita, né? Cara, todo dia tem uma doença nova, algo novo. E você fazer gestão com uma determinada mensalidade é algo muito difícil. E você precisa ter controle, depurar a carteira e saber onde que vai focar, qual é o meu paciente crônico e o que tenho que fazer. Quando eu cheguei aqui tínhamos despesas administrativas em torno de 9 e 10% das receitas totais e hoje temos 7.7%, daí você pode dizer que é pouco, não reduziu quase nada, mas é muito, quando você fatura 500 milhões de reais, é um valor significativo a gente ter reduzido a despesa neste percentual (Entrevistado 4).

[...] Na assistência no período da pandemia, foi algo que extrapolou todo e qualquer tipo de planejamento. Só para você ter uma ideia, ao longo destes três anos, gastamos mais de 90 milhões de reais só com vídeos (Entrevistado 5).

Destacam-se mais narrativas de dificuldades de fazer planejamento. Eventos externos que geram imprevisibilidade de gastos e afetam o orçamento financeiro das operadoras. São falhas que no apontamento de Cirico, Resner e Rached (2019) estimulam recusas das operadoras de mercado em aceitar clientes com maior probabilidade de sinistro. Dentre elas, estão presentes as questões judiciais sobre os limites ou natureza exemplificativa e taxativa do Rol de cobertura da ANS estipulado no contrato entre as operadoras e os participantes, conforme descritas por Cirico, Resner e Rached (2019), como o fenômeno da judicialização da saúde.

Quando o assunto é eficiência, passamos por pontos que são críticos para as operadoras. Um é o do Rol de procedimentos. Antes de 98 nós tínhamos uma Lei que dava previsibilidade. Aí você fala o seguinte: ó, para você fazer um orçamento para o ano que vem você tem que levar em conta as coberturas. Até aí tudo bem, né? Se você vai construir uma casa, você passa a gastar o que o engenheiro falou. Eu tenho um valor de cobertura que vou fazer isso e aquilo, mas você não inventa na metade do caminho. Quando você começa a inventar, aí fica muito difícil. Então, a judicialização da saúde no país é algo assim absurdo que acontece, né? Todo mundo tem dor, todo mundo dar palpite, mas com o dinheiro do outro. Então fica muito difícil você fazer gestão. Há uma questão política, eleitoreira, não sei que nome dá a isso, publicar uma Lei em que o Rol é mera referência. Agora quem passa a ter o controle daquilo que é benéfico para o paciente é o médico. E se tiver uma evidência científica de que aquilo funciona, vai ter cobertura, mas não se fala nos critérios. Tem medicamento hoje que custa 14 mil reais

que foi incorporado pela saúde inglesa, mas lá reuniram condições para se poder fazer isso. Então, hoje, sem dúvida, o problema das operadoras é a judicialização. Ela vai levar a uma situação de estrangulamento da saúde no país nos próximos 5 a 10 anos, eu não tenho dúvidas disso (Entrevistado 4).

Dos exemplos citados nas entrevistas, nota-se que o poder de barganha de prestadores e médicos é um fator considerado no ambiente externo do planejamento das operadoras. Além disso revela uma arena de competição e interesses muito suscetível a indução de gastos desnecessários e fraudes. Nesta disputa, ganham força oportunidades como as alternativas estratégicas de alianças e integração vertical, facilitadoras do cumprimento de protocolos próprios, visando resolubilidade com custo sob controle.

[...] Esse movimento de verticalização e consolidação do mercado, ele realmente tem travado, não é? Às vezes essa disputa é desleal, digamos assim, com as autogestões. Porque eles têm a caneta do médico nas mãos, né? Então, para nós é algo muito preocupante, não pelo fato de a gente não querer dar cobertura, mas pelo fato da gente ter um limite orçamentário (Entrevistado 3).

[...] O grupo D'Or pode comprar a SulAmérica, não pode? Pode se unir com todo mundo e pode comprar uma autogestão, é como se estivesse fazendo uma reserva de mercado para os que têm fins lucrativos. Pensando em atenção à saúde, não tem lógica, então temos que discutir e comprar esta briga da lógica. Nosso processo estratégico é a parceria com as outras autogestões, montando setores e compartilhando estruturas onde não estamos presentes. Nós já temos o exemplo de 13 estruturas compartilhadas em Minas Gerais. Estamos também discutindo como fazer parcerias com o SUS, mas hoje esta alternativa não é possível. Temos que avançar no marco regulatório. (Entrevistado 1).

Em resumo, observou-se que as operadoras de autogestão em saúde possuem diferentes modelos de construção de planejamento, uma preocupação focada em custos e convivem numa arena de disputa coletiva por poder de barganha com médicos, prestadores e empresas de medicina do setor.

5.3 Análise e discussão da Perspectiva Cibernética

Em geral, as empresas possuem seus instrumentos de informação e controle, perspectiva que na visão de Rehman, Mohamed e Ayoup (2019) tornou-se conhecida como cibernética. Num ambiente onde a tomada de decisões requer urgência e pode salvar vidas, quanto melhor for o sistema que reúne as informações necessárias ao processo decisório, mais possibilidade de eficácia no desempenho organizacional. Nas operadoras de autogestão entrevistadas foi possível

detectar sistemas próprios e terceirizados, com diferentes indicadores de processo e negócios, sendo comum o uso dos indicadores contábeis-financeiros. Dentre os sistemas mais utilizados, encontram-se versões adaptadas do *BSC - Balanced Scorecard*, um modelo idealizado por Kaplan e Norton, em 1992, focado não só nos indicadores financeiros, mas em outros indicadores vinculados às dimensões processos, clientes, estratégia e aprendizado. O depoimento do entrevistado 3 dá uma noção do panorama das autogestões neste requisito.

[...] Do ponto de vista dos sistemas de tecnologia de informação e planejamento, as operadoras de autogestão têm níveis de maturidade distintos. Vai desde um acompanhamento simplificado nos indicadores da ANS e da contabilidade até novos sistemas de ERP que permitem uma visualização com maior acurácia e num menor espaço de tempo. As autogestões por RH recebem maior apoio de sistemas ligados ao patrocinador, não é? Mas, enfim, há também sistemas simples que não dá para afirmar o quanto ele contribui com a governança e sistemas de controle e auditoria disponibilizados pelo mercado tecnológico (Entrevistado 3).

Um bom sistema de informação gerencial é capaz de fornecer conhecimento útil e ágil para os gestores, todavia percebe-se que não é só um *software* organizador de indicadores financeiros que pode fazer muita diferença para o desempenho organizacional das autogestões. É importante ter propósito e finalidade bem definida, para que se obtenha a orientação, o reconhecimento e o engajamento necessários na relação com as pessoas e os prestadores de serviços. Além disso, existem *softwares* usados nas linhas de controle de atendimento, acesso aos serviços e pagamentos aos prestadores, úteis no combate a fraudes e desperdícios.

[...] A implantação de um novo software de acompanhamento das internações nos trouxe enorme economia. Quando eu cheguei aqui uma internação nossa custava em média 36 mil reais, hoje a mesma internação custa 30 mil reais. O software que adquirimos permite que quando o médico faz uma solicitação a gente saber se está dentro do padrão, não é que esteja errada, mas fora de padrão. Detectamos também anomalias em algumas localidades, pedidos de exames laboratoriais e medicamentos hospitalares fora do padrão. Com isso, reduzimos despesas e evitamos retrabalho com glosas. As glosas ocorrem quando as operadoras discordam da fatura do prestador (Entrevistado 4).

[...] Nós temos uma tabela com cada prestador e todas as faturas são enviadas diretamente para o nosso sistema. O nosso sistema tem expertise e um algoritmo faz a análise e o diagnóstico de tudo que está ali, e evita inconsistências, glosas e retrabalho (Entrevistado 2).

Pelo visto, o controle de custos das operadoras depende substancialmente do apoio de *softwares* de detecção de anomalias. Eles se mostram capazes de reduzir despesas em até 30% de

acordo com o relato do entrevistado 4. Esse é um componente muito bem explorado na pesquisa de Martins et al. (2013). Os autores estimam que seja possível melhorar a relação com os prestadores, concretizar negociações com vantagens para todas as partes e com isso minimizar os problemas decorrentes da inflação médica. Alternativa que pode ser facilitada por meio de sistemas de informações confiáveis e que permitem sua visualização no tempo hábil para uma solução ainda na fase negocial.

5.4 Análise e discussão da Perspectiva Recompensas

As autogestões em saúde são abundantes em possibilidades de recompensas no intuito de mover empregados, prestadores e participantes para objetivos que sozinhos não teriam incentivos para fazer. Na relação com empregados fala-se em meritocracia, parte das políticas de Recursos Humanos das empresas, uma tentativa de premiar as pessoas por produtividade a fim de melhorar os resultados corporativos. Uma operadora também precisa compensar os prestadores por mérito, uma tarefa difícil para um mercado que se nutre de doença e entrega pouco valor na promoção à saúde. Por fim, engajar os participantes do plano com mecanismos de recompensas é uma tarefa que embora incentivada por normas do regulador, vem se mostrando distante da realidade, cuja face mais conhecida são os instrumentos de franquia e coparticipação que mais se somam aos meios de arrecadação de receitas com efeito na moderação do uso, mas que estão sendo também utilizados como forma de incentivar os beneficiários a se inscrever no programa de saúde da família e a utilizar os das clínicas dedicadas atenção primária.

[...] É muito difícil essa condição de recompensa. Não temos o controle do que é o que vai acontecer. Quanto mais você precisa de alguma coisa mais a remuneração do médico existe. Ela só existe se ele fizer alguma coisa mais. Se ele garantir que você não adoça, ele ganha zero. É interessantíssimo, seria muito mais barato para eu pagar por uma nota de saúde em vez de pagar por internações, cirurgias, mas nós ainda não temos na mente como fazer, nem eu tenho (Entrevistado 1).

Do ponto de vista das recompensas, os esforços das operadoras de autogestão têm sido direcionados para mudança dos contratos de remuneração dos serviços médicos hospitalares, responsáveis pelo maior percentual das despesas assistenciais. É uma tentativa de substituir o modelo tradicional *fee for service*. Um modelo que remunera pela quantidade de procedimentos e entrega pouco valor ao ciclo de internação dos pacientes.

[...] Só para você ter uma ideia, nós fizemos um modelo diferente de atendimento da otorrinolaringologia aqui no Estado e hoje nós gastamos 40% menos do que estávamos pagando, sem nenhum tipo de contestação dos nossos beneficiários. E olhando para o padrão que hoje existe no mercado, dar para reduzir mais. Eu não tenho dúvidas que o modelo *fee for service* produz resultados sem nenhuma avaliação da qualidade. Esses profissionais acabam produzindo cada vez mais por valores reduzidos e produzindo mais em um sistema absolutamente insustentável, não é? Nós temos trabalhado para reverter este modelo (Entrevistado 5).

[...] Medir a qualidade do atendimento do cuidado com a saúde de uma determinada população é o que nós já estamos fazendo. Vários hospitais já pactuaram conosco. É o que a gente chama de conta empacotada. Eu digo: nós temos aqui alguém que precisa de um tratamento, uma cirurgia do coração, por exemplo, custa em média R\$ 16.000,00, chutando aqui, mas tem hora que vem R\$ 28.340,00, por quê? Por que eu usei 80 rolos, dei tanto de medicamentos e depois começa a briga entre nós, de tantos rolos, aí começa a briga entre nós. Isso não é razoável. Para nossa grata satisfação, eles também estavam preocupados com isso. Olha o custo médio é R\$ 16.000,00, mas se o cara precisou de menor tempo, menos material, ele vai ganhar pela eficiência. Do contrário, se o paciente precisar de uma nova cirurgia, ele não será remunerado, a responsabilidade é do hospital. É isso que faz o pacote, fazer com que os prestadores sejam mais eficientes e garantam uma melhor qualidade no que fazem (Entrevistado 1).

Nesta mudança de paradigmas na remuneração dos prestadores de serviços de saúde pelas operadoras, de acordo com a narrativa do entrevistado 4, revela-se descontentamento com Resoluções que obrigam as operadoras, mas não faz o mesmo com os demais atores da saúde. Além disso, alerta para aspectos merecedores de análise, antes da realização de contratos com os prestadores.

[...] As operadoras estão atrás de reduzirem custo, mas as despesas administrativas são baixas em relação as despesas assistenciais. Daí uma Resolução da ANS disciplina novas modalidades de pagamentos a prestadores. E as operadoras estão correndo atrás de tirar os desperdícios. Acontece o seguinte... A Resolução, no meu modo de ver, tem uma falha que é crucial, por quê? As obrigações estão em cima das operadoras de planos. Assim ela atinge apenas 50% do contexto da saúde. Ela nos obriga a certas situações, mas quem tem que ir ao mercado e negociar com o mercado são as operadoras. É um trabalho de convencimento que a gente tem que fazer. Se todos fossem envolvidos neste padrão você teria aí cerca de 30/40% de redução. Porque é o que acontece hoje, a saúde é fragmentada, se eu tiver 10 hospitais são 10 modelos de pagamentos diferentes, não há padrão (Entrevistado 4).

[...] Nós fomos atrás de criar pacotes e hoje eu já tenho mais ou menos 30% dos meus contratos empacotados. Isso também traz uma economia porque eu não preciso ter gente aqui dentro da operadora para fazer controle de contas. Essa coisa toda é um grande gasto. Acontece que quando estamos fazendo pacote estamos correndo o risco de pegar toda a ineficiência do hospital e colocar no pacote, entendeu? Quanto mais ineficiente ele for, mais eu vou ter um produto caro. Então hoje a criou uma ferramenta para fazer estes comparativos, onde está caro e onde está barato. O sistema me dar informações para uma negociação. Existem hospitais de nome, caros, mas que nem sempre prestam um serviço de qualidade. Apesar de não podermos direcionar para um prestador específico, podemos ter transparência com os participantes. Você pode ter o dinheiro

que for, se cair num hospital, é preferível ter um plano para ter economia, porque dá até pena o que você pode gastar (Entrevistado 4).

Vê-se que as novas modalidades de pagamento dos prestadores estão norteando os esforços estratégicos das operadoras, por significarem possibilidade expressiva de redução de custos, em até 40%, e melhoria de qualidade no atendimento aos pacientes. Esta iniciativa está alinhada com os ensinamentos de Abicalaffe e Schaffer (2022), especialmente quando se referem a transitoriedade de substituição dos modelos de remuneração por procedimentos e serviços, pelos modelos de desempenho baseados em valor que valorizam a experiência dos pacientes. Os conceitos de uma saúde baseada em valor foram explorados pelas operadoras de planos americanos influenciadas pelos estudos de Porter e Teisberg (2007), estimuladores de um novo padrão de prestação de serviços pelos agentes de saúde.

5.5 Análise e discussão da Perspectiva Administrativa

O conjunto de políticas e diretrizes que direcionam as atividades internas, a integridade dos processos e norteiam a conduta dos empregados fazem parte da perspectiva administrativa das operadoras de autogestão em saúde. Este é o âmbito da gestão profissionalizada, dos controles, dos códigos de ética e de conduta dos empregados, diretores e conselheiros das autogestões.

[...] A gente é respeitado, temos responsabilidade, os prestadores gostam de trabalhar conosco porque nós honramos os contratos, fez certo se paga. Nós somos profissionais, temos criticidade, mas respeitamos as pessoas e temos reputação. Por isso, as pessoas gostam de prestar serviços para gente e nós conseguimos fazer bons negócios. Eu acho que isso é um diferencial muito grande. A gente tenta de todas as maneiras problemas já na liberação. Nós somos bem críticos na liberação, temos parâmetros e profissionais técnicos muito bons. Procedimentos de alto custo a gente faz uma auditoria prévia. Nos procedimentos de urgência e emergência temos uma enfermeira e ela já faz a avaliação no próprio hospital, daí quando chega a fatura não temos tido problema. Os hospitais já se acostumaram com os nossos procedimentos, mas no início destas auditorias tivemos muitos problemas de cobranças indevidas (Entrevistado 2).

Neste contexto, importante lembrar que as autogestões foram criadas com objetivos comuns entre patrões e empregados. O objetivo de proporcionar uma vantagem competitiva na atração e retenção de pessoas por meio do benefício à saúde e de combater os gastos médicos crescentes, acima da inflação real. Mas, conflitos de interesses entre patrocinadores e empregados foram percebidos nas falas de alguns dos entrevistados e que há, em algumas operadoras,

problemas superiores aos interesses societários relacionadas ao poder decisório e a questões trabalhistas não pacificadas entre os patrocinadores e os associados.

[...] Nossa operadora é administrada pelos servidores e isso é fundamental. Tivemos dificuldades para conquistar esta autonomia, mas ela foi fundamental para nos colocar com um diferencial muito grande com relação ao mercado de saúde. Nos deu, mesmo, a capacidade de colocar em primeiro plano os interesses dos beneficiários. E, obviamente, nos deu uma capacidade de agir com rapidez. E isso nos permitiu, realmente, ser estratégico hoje no Estado. E é fundamental para o plano. Quando nós decidimos por ter nosso próprio centro de diagnóstico, houve muito *lobbie* dentro dos Conselhos, mas não conseguiram. Nosso objetivo maior é fazer atender com a equação do custo fixo, fazer com que os interesses da assistência ao menor custo prevaleça (Entrevistado 5).

[...] Na realidade quando eu cheguei aqui eu assustei com a quantidade de judicializações trabalhistas. Como é que pode um trem desse, na realidade? Depende muito daquilo que falaram para você do contrato de trabalho. Qual era a relação entre o patrocinador e o empregado na época. Quando você tem judicialização é porque as coisas não ficaram muito claras, com cor. O cara acha que tem direito e o outro acha que não deve nada. Na realidade agora eu entendo por que existe a judicialização. Eu participo dos dois lados da reunião e acabo vendo as duas pontas, né? Mas isso, no meu modo de ver ficou muito frágil, porque tinham que ter arrumado lá atrás. Na hora que esse pessoal começou a se aposentar, eles começaram a ver que eles não tinham o trabalho que tinha, o direito que tinha. Vou te dar um exemplo, um cara que está na ativa pagando 1,5% por cento do seu salário, quando se aposenta passa a pagar 20% do seu benefício. O cara vai à loucura, porque ninguém falou com ele lá atrás. Continuar brigando sai caro e qualquer parte pode arcar com uma fortuna desse conflito. Esse é um problema entre as partes, mas às vezes é a operadora que paga a conta. Como conviver com um negócio desse? (Entrevistado 4).

As questões trabalhistas e o poder de administrar as operadoras de autogestão em saúde não foram variáveis determinantes do desempenho identificadas em estudos anteriores. Muito embora, sejam capazes de levar uma operadora à liquidação por desequilíbrio financeiro. Além disso, retardar as decisões gerenciais e comprometer alternativas estratégicas geradoras de benefícios para os associados.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, analisou-se os fatores de heterogeneidade do desempenho econômico-financeiro das operadoras de autogestão em saúde. Também se alcançou os objetivos secundários de descrever os fatores determinantes do desempenho financeiro, a relação entre o desempenho financeiro e outros aspectos do negócio e as determinantes da sustentabilidade financeira e organizacional na opinião dos gestores de alto escalão das operadoras de autogestão em saúde.

Os achados indicam que fatores financeiros, como a eficiência em custos e as alternativas estratégicas adotadas, a exemplo dos programas de prevenção a doenças, recompensas para prestadores e participantes e a implantação da atenção primária à saúde são determinantes para as operadoras objeto deste estudo. Além disso, o desempenho financeiro está relacionado com o ambiente de negócio, como a regulamentação e a concorrência. Por fim, características administrativas, a exemplo do planejamento estratégico, tecnologia de dados e os sistemas de controles são importantes para entender as determinantes do desempenho econômico financeiro.

Importante frisar que para fins de análise de desempenho financeiro o parâmetro adotado como variável dependente foi a despesa média per capita anual, englobando as despesas assistenciais e administrativas. A escolha permitiu identificar a eficiência, retirando o impacto de algumas causas extraordinárias, como uma fonte vantajosa de receitas próprias de organizações com maior disponibilidade de recursos, que mascaram a efetividade da gestão em custos.

A análise correlacional dos indicadores financeiros com outros de natureza não financeira foi possível graças à disponibilização de dados contábeis e outros de natureza diversa no site da ANS. A finalidade desta análise era avaliar o nível de significância entre eles e identificar os indicadores de maior impacto. A análise quantitativa revelou que há uma correlação relevante entre as variáveis "idade média" e "abrangência territorial" e as despesas médias per capita. Por outro lado, constatou-se que a variável "porte" afeta o comportamento das despesas na forma de "U", ou seja, diminui inicialmente, atinge um ponto de inflexão e, em seguida, volta a crescer. Finalmente, os resultados das variáveis "imobilização do patrimônio líquido" e "data de fundação da operadora" não se mostraram estatisticamente significativos, o que impossibilitou afirmar que a estratégia de rede própria e o ano de abertura da operadora tenham tido impactos relevantes no desempenho financeiro das autogestões.

Na pesquisa qualitativa, os "controles" se mostraram como pré-requisito indispensável para o desempenho organizacional das operadoras de autogestão em saúde, variável que conta com o auxílio de sistemas inteligentes oferecidos pelas empresas de tecnologia em saúde. De fato, os sistemas de controle são importantes para evitar desperdícios e fraudes nos processos administrativos e assistenciais, condição sem a qual o equilíbrio financeiro da operadora fica comprometido.

A investigação da pesquisa qualitativa também demonstrou que as variáveis "governança" e "causas trabalhistas" foram descritas como determinantes do desempenho organizacional. Há

evidências de que estas variáveis tenham influência no resultado financeiro, uma vez que a prevalência do poder de mando do empregador produz decisões não equitativas entre patrão e empregado, influenciando no aumento das contribuições dos participantes, de maneira a forçar a saída destes para planos de mercado com menor benefícios, sobretudo impulsionando a exclusão de empregados aposentados, responsáveis proporcionalmente pelos maiores gastos.

Ainda nos achados qualitativos, vê-se que outros fatores relacionados com o ambiente externo comprometem o desempenho organizacional das autogestões em saúde. Nestes fatores ambientais o gestor possui menos autonomia para agir e pode ser surpreendido com o risco da operadora se transformar em incerteza. Dentre os riscos sistêmicos e pouco controláveis, destacam-se as alterações de políticas do regulador, a judicialização da saúde e a concorrência de grandes redes de hospitais e cooperativas médicas que impõem condições de competitividade desigual, sobretudo em regiões menos assistidas por uma rede de atendimento de médicos, laboratórios e hospitais.

É fato que o envelhecimento da população brasileira, a escassez de empregos e o controle e escassez de recursos estatais retiram gradativamente o oxigênio financeiro das autogestões. Além disso, o fim da política intergeracional com a substituição dos modelos de gastos de repartição por capitalização impõe igual pressão sobre os princípios norteadores do modelo, especialmente o da solidariedade. Este cenário de fraquezas estimulam a presença de grandes grupos empresariais de saúde, inclusive de outros países, interessados em absorver uma fatia importante do mercado de saúde brasileiro.

Com base nas conclusões deste estudo, recomenda-se que futuras pesquisas abordem a heterogeneidade de desempenho econômico-financeiro das operadoras de autogestão em saúde de forma mais detalhada. Um novo recorte pode considerar, isoladamente, os mecanismos de controle ou as determinantes financeiras, por exemplo. Além disso, seria relevante estudar as implicações destas determinantes para a qualidade dos serviços prestados aos beneficiários. E, como este estudo foi limitado por dados estatísticos de um ano, torna-se recomendável que novas pesquisas possam explorar dados de tempos maiores e envolver operadoras de outras modalidades de atendimento do sistema suplementar de saúde brasileiro, a fim de produzir resultados estatisticamente mais relevantes.

Em resumo, este estudo fornece uma visão geral dos fatores de heterogeneidade do desempenho econômico-financeiro das operadoras de autogestão em saúde e destaca a

importância de considerar o desempenho financeiro, o ambiente de negócios e a visão dos gestores na análise do desempenho organizacional das operadoras de autogestão em saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS:

ABELHA, M. C.; GONÇALVES, ; PITASSI, C. Estratégia de operações em serviços de saúde: estudo de caso das operadoras de planos de saúde suplementar. **Revista metropolitana de sustentabilidade**, 2014.

ABICALAFFE, C. L.; SCHAFER, J. Oportunidades e desafios da saúde baseada em valor: como o Brasil pode aprender com a experiência dos Estados Unidos. **Jornal Brasileiro de Economia e Saúde**, São Paulo, 14, n. 1, Fevereiro 2022. 96-100. [https://doi.org/10.21115/JBES.v14.n1.\(Supl.1\):96-100](https://doi.org/10.21115/JBES.v14.n1.(Supl.1):96-100)

AGUIAR, W. S.; GONÇALVES, A. A.; PITASSI, C. A. A governança de tecnologia da informação em operadoras de planos de saúde suplementar no estado do Ceará. **Sistemas & Gestão**, v. 13, Dez 2018. ISSN 4. <https://doi.org/10.20985/1980-5160.2018.v13n4.1432>

ALVES, D. C.; UGÁ, A. D.; PORTELA, M. C. Promoção da saúde, prevenção de doenças e utilização de serviços: avaliação das ações de uma operadora de plano de saúde brasileira. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2016. 153-161. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201600020199>

ALVES, S. L. A influência do tamanho, da modalidade e da verticalização das operadoras de planos de saúde nas despesas médico-hospitalares. **Revista Brasileira de Risco e Seguro**, Rio de Janeiro, 2013.

ANAPAR. anapar.com.br, 2022. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=gNSCOVVz2_c&t=1041s>. Acesso em: 21 nov. 2022.

ANDRADA, C.; SATO, L. Trabalho e política no cotidiano da autogestão. **Psicologia & Sociedade**, São Paulo, 2014.

ANS. https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/sala-de-situacao.html. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**, 2021. Acesso em: 15 Julho 2022.

ANS. Ministério da Saúde. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**, 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/ans-discute-modelos-de-remuneracao-baseado-em-valor-em-webinario>>. Acesso em: 19 Julho 2022.

ANS. ans.gov.br. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**, 2022. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/sala-de-situacao.html>. Acesso em: 31 agosto 2022.

ANS. Informações e avaliações de operadoras. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**, 2022. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/qualificacao-ans>>. Acesso em: 15 nov. 2022.

ARAÚJO, Â. A. D. S.; SILVA, J. R. S. Análise da tendência da sinistralidade e impacto na diminuição no número de operadoras de Saúde Suplementar no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.20572016>

AVELAR, E. A. et al. Endividamento de operadoras de planos de saúde da modalidade autogestão e regulação da saúde suplementar. **Revista Eletrônica de Administração**, Porto Alegre, n. 25, setembro 2019. ISSN 3. <https://doi.org/10.1590/1413-2311.271.96907>

AVELLA, M. E. M. Relações entre cultura e desempenho organizacional em uma amostra de empresas colombianas: reflexões sobre a utilização do modelo de Denison. **Cuadernos de Administración**, 2010. 163-190.

AZEVEDO, P. F. Integração vertical e barganha. **USP Universidade de São Paulo**, São Paulo, 1996.

AZEVEDO, P. F. D. et al. A cadeia da saúde suplementar no Brasil: avaliação de falhas de mercado e propostas políticas. **Inspere Centro de Estudos em Negócios**, 2016.

BAHIA, L. et al. Das empresas médicas as seguradoras internacionais: medanças no regime de acumulação e repercussão sobre o sistema de saúde no Brasil. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 32, 2016. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00154015>

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução de Luís Antônio Reto e Augusto Pinheiro. 70. ed. Lisboa: [s.n.], 1977.

BÊNIA, G. C.; ATTAYDE, M. C. D. S. **Atos de concentração nos mercados de planos de saúde, hospitais e medicina diagnóstica**. Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE). Brasília. 2022.

BERNZ, I. M. et al. Saúde baseada em valor: afinal, qual a opinião sobre "valor" para os diversos atores dos sistemas de saúde no Brasil. **Revista Científica da Faculdade UNIMED**, 2020.

BRITO, L. A. L.; VASCONCELOS, F. C. D. A heterogeneidade do desempenho, suas causas e o conceito de vantagem competitiva. **Revista de Administração Contemporânea**, 2004. <https://doi.org/10.1590/S1415-65552004000500007>

CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL - CASSI. **cassi.com.br**, 2022. Disponível em: <https://www.cassi.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=6449&Itemid=1008>. Acesso em: 22 nov. 22.

CARMELI, A.; TISHLER, A. The relationships between intangible organizational elements and organizational performance. **Strategic Management Journal**, Tel Aviv, Israel, 7 Maio 2004. 1257-1278. <https://doi.org/10.1002/smj.428>

CARMO, E. D. Desempenho Organizacional de Operadora de Planos de Saúde Suplementar no Brasil: estudo de caso de uma cooperativa médica. **Sistema de Bibliotecas da UFU**, Uberlândia, 2016.

CARVALHO, J. C. D. S. et al. Os desafios financeiros do setor de saúde suplementar e o resseguro como alternativa. **Revista Debate Econômico**, Jul-Dez 2018.

CATTANI, A. D. Desigualdades socioeconômicas: conceitos e problemas de pesquisa. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 18, p. 74-99, jul/dez 2007. <https://doi.org/10.1590/S1517-45222007000200005>

CIRICO, P. F.; RESNER, A. A. R.; RACHED, C. D. A. Os impactos da judicialização na saúde suplementar. **Revista Gestão em Foco**, 2019.

COTA, I. S.; SILVA, F. L. D. Análise da evolução dos custos assistenciais das operadoras de planos de saúde considerando fator moderador. **REDECA Revista Eletrônica do Departamento de Ciências Contábeis & Departamento de Atuária e Métodos Quantitativos da FEA**, Jul-Dez 2018. 139-154. <https://doi.org/10.23925/2446-9513.2018v5i2p139-154>

CRUBELATTE, J. M.; PASCUCCHI, L.; GRAVE, P. S. Contribuições para uma visão baseada em recursos legítimos. **Revista de Administração de Empresas**, Dez 2008. <https://doi.org/10.1590/S0034-75902008000400002>

CRUZ, R. O. M. D. O Sistema de Saúde Brasileiro no Pós-COVID 2019. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, São Paulo, 14, Fevereiro 2022.

CUNHA, L. F. et al. Planos privados de saúde e a saúde dos trabalhadores no Brasil. **Ciência & Saúde**, Rio de Janeiro, 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.20142017>

CUNHA, R. D.; DAL MAGRO, C. B.; DIAS, D. R. Análise do Problema de Pesquisa dos Artigos Científicos publicados no 11 Congresso da USP de Controladoria e Contabilidade. **Revista de Contabilidade e Organizações**, São Paulo, v. 6, n. 15, p. 123-141, 2012. <https://doi.org/10.11606/rco.v6i15.52660>

DIAS, D. T. D. A.; TONI, D. D. Fatores impactantes no desempenho organizacional: proposição de um modelo conceitual. **Revista Gestão Organizacional**, 2017. <https://doi.org/10.22277/rgo.v11i3.3952>

DIAS, M. M. D. O.; LUMERTZ, . Método de cálculo de reajuste por variação de custos para contratos de planos de saúde suplementar a partir da teoria da credibilidade. **UFRGS**, Porto Alegre, 2019.

EWERT, R.; ERNST, C. Target costing, co ordination and Strategic Cost Management. **European Accounting Review**, Londres Reio Unido, 1999. 23-49. <https://doi.org/10.1080/096381899336131>

FERNANDES, B. H. R.; FLEURY, M. T. L.; MILLS, J. Construindo um diálogo entre competência, recursos e desempenho organizacional. **Revista de Administração de Empresas**, 2006. 1-18. <https://doi.org/10.1590/S0034-75902006000400006>

FERNANDES, J. L.; CAILLEAU, R.; SOUZA, A. A. D. Análise de indicadores econômico-financeiros das operadoras de planos de saúde. **USP International Conference in Accounting**, São Paulo, Julho 2019.

FONSECA, J. J. S. D. **Metodologia da Pesquisa Científica**. Fortaleza: [s.n.], 2002.

GADELHA, A. G.; COSTA, L. S. A saúde na política nacional de desenvolvimento: um novo olhar sobre os desafios da saúde. **Fundação Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, 2013. 121. <https://doi.org/10.7476/9788581100159.0005>

GALDINO, G. B. Análise dos custos das operadoras de planos de saúde classificadas como autogestão em comparação a cooperativa e à medicina de grupo. **USP Biblioteca Digital**, São Paulo, 2021.

GAMA, A. M. Caracterização da autogestão no processo de regulamentação do setor suplementar. **Repositório Institucional da FIOCRUZ**, Rio de Janeiro, 2003.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. Métodos de pesquisa. **UFRGS**, Porto Alegre, 2009.
GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GREENE, H.; SEGAL,. Profitability, Growth and Efficiency in the US life insurance industry. **Journal of Productivity Analysis**, v. 21, p. 229-247, maio 2004. ISSN 3. <https://doi.org/10.1023/B:PROD.0000022092.70204.fa>

GREENE, W. H.; SEGAL, D. Profitability and efficiency in the U.S. life insurance industry, v. 21, p. 229-247, Maio 2004. ISSN 3. <https://doi.org/10.1023/B:PROD.0000022092.70204.fa>

GUILLERM, A.; BOURDET, Y. **AUTOGESTÃO: Uma mudança radical**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976.

GUIMARÃES, L.; ALVES, W. O. Prevendo a insolvência de operadoras de planos de saúde. **RAE Revista de Administração de Empresa**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 450-471, Out/Dez 2009. <https://doi.org/10.1590/S0034-75902009000400009>

GUJARATTI, D. N.; PORTER, D. C. **Econometria Básica**. 5. ed. Porto Alegre: AMGH, 2011.

HARTZ, Z. M. D. A.; POUVORVILLE, G. D. A avaliação dos programas de saúde: a eficiência em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. III(1), 1998. <https://doi.org/10.1590/1413-812319983102842014>

IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2018. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?t=destaques>>. Acesso em: 15 julho 2022.

ICOS. Icos.org.br. **Coalizão & Saúde**, 2017. Disponível em: <http://icos.org.br/wp-content/uploads/2018/02/ICOS-02_02_2018.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2022.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. A estratégia em ação: balanced scorecard. 21. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, v. , 1997.

KUDLAWICZ, C.; NETO, P. J. S.; FREGA, J. R. Homogeneidade e rentabilidade: o caso das operadoras de planos de saúde. **Revista de Informação Contábil**, v. 9, p. 50-67, jan-mar 2015. ISSN 1.

LEAL, E. J. M. Um desafio para o pesquisador: a formulação do problema de pesquisa. **Contrapontos**, Itajaí, n. 5, mai/ago 2002.

LENZ, R. T. Determinants of Orgizational Performce: an Interdisciplinary Review. **Strategic Management Journal**, Indianapolis - Indiana (USA), 1981. 131-154. <https://doi.org/10.1002/smj.4250020204>

LIMA, K. P.; NOJOSA, R. T. Modelos multiníveis. **DEX**.

LOCKAMY, A. A constraint-based framework for strategic cost management. **Industrial Management & Data Systems**, Alabama, USA, 2003. 591-599. <https://doi.org/10.1108/02635570310497639>

MAGALHÃES, A. L. P. et al. Pensamento lean na saúde e enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Revista Latina Americana de Enfermagem**, 2016.

MALTA, D. C.; JORGE, A. D. O. Modelo assistenciais na saúde suplementar: o caso de uma operadora de uma autogestão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Outubro 2008. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000500018>

MARIANO, L. R.; TAVARES, M.; LOPES, J. E. F. Modelo para previsão de desempenho econômico-financeiro para operadoras de planos de saúde. **Revista da Estatística UFOP**, 2012.

MARTINEZ, L. Gerenciamento de resultados no Brasil: um survey de literatura. **Brazilian Business Review**, Vitória ES, 2013. 1-31.

MARTINS, A. V. et al. Estratégias para redução de custos em operadoras de planos de saúde. **RIC - Revista de Informação Contábil**, Jan-Mar 2013. 55-72.

MASCARENHAS, A. L. F. Operadora de autogestão em saúde: o "caso" da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil - CASSI. **Instituto Universitário de Lisboa**, Lisboa, 2019.

MILCENT, C.; ZBIRI, S. Supplementary private health insurance: the impact of physician financial incentives on medical practice. **Health economics**, Wiley, 2022. <https://doi.org/10.1002/hec.4443>

MILES, R. E. et al. Organizational Strategy, Structure. **Academy of Management Review**, Julho 1978. <https://doi.org/10.2307/257544>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de Informação da Saúde Suplementar. **bvsm.sau.de.gov.br**, 2008. Disponível em: <https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/periodicos/caderno_informaca_06_2008.pdf>. Acesso em: 8 setembro 2022. <https://doi.org/10.2307/257544>

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. D. C. G.; SILVA, A. L. A. D. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. **Saúde Soc. São Paulo**, 2017. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017168321>

MONKEN, S. et al. A importância da gestão da tecnologia na modelagem de programas para promoção da saúde, prevenções de riscos e doenças em saúde suplementar. **Revista de Gestão e Projetos**, São Paulo, v. 4, n. 2, mai/ago 2013. <https://doi.org/10.5585/gep.v4i2.190>

MORAES, R. M. D. et al. Gastos das família com planos de saúde no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, 2022.

NASCIMENTO, A. J. D.; DIHEL, C. A.; PICCOLI, M. S. Integração vertical e desempenho econômico-financeiro em operadoras de planos de saúde. **XXXVIII Congresso Brasileiro de Custos**, 2021.

OLIVEIRA, A. D. D. et al. Longevity and cost of care: the challenge of a self-managed health plan. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 4045-4054, Outubro 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.15562018>

OLIVEIRA, D. F. D.; KORNIS, G. E. M. A política de qualificação da saúde suplementar no Brasil: uma revisão crítica do índice de desempenho da saúde suplementar. **Physis Revista da Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2017. 207-231. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312017000200003>

OLIVEIRA, M.; VERAS, R.; CORDEIRO, H. A saúde suplementar e o envelhecimento após 19 anos de regulação: onde estamos? **SciELO - Scientific Electronic Library Online**, Rio de Janeiro, 2017.

OSAKI, M. M. As ameaças ao setor de saúde brasileiro. **Revista Administração e Saúde**, São Paulo, v. 19, 2019. ISSN 75. <https://doi.org/10.23973/ras.75.168>

PAIM, J. et al. O Sistema de Saúde Brasileiro: história, avanços e desafios. **Series**, Salvador BA, maio 2011.

PINOCHET, L. H. C. Tendências de tecnologia de informação na gestão de saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, n. 35, p. 382-394, 2011. ISSN 4. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.2011354382394>

PIRES, J. S. D. M.; CARNUD, L.; MENDES,. Saúde Suplementar no Brasil pela economia da saúde: a persistência do pensamento econômico neoclássico. **Journal of Management & Primary Health Care**, 2021.

PORTER, M. E. **Vantagem Competitiva**. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde - Estratégia para melhorar a qualidade e reduzir custos**. Porto Alegre: Bookman, 2007.

PUENTE-PALACIOS, K. E.; LAROS, J. A. Análise multinível: contribuições para estudos sobre efeito do contexto social no comportamento individual. **Estudo de Psicologia**, Campinas, jul-set 2009. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2009000300008>

REHMAN, S.; MOHAMED, R.; AYOUP, H. Between organizational performance and its determinants. **Journal of Global Entrepreneurship**, 2019.

REVISTA MEDICINA S/A. Serviços de Saúde. **medicinasacom.br**, 2021. Disponível em: <<https://medicinasacom.br/desperdicio-custo-hospital/>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

ROCHA, C. H.; SILVA, G. L. D.; BRITTO, P. A. P. D. Performance financeira no setor de saúde suplementar: uma análise da variância da rentabilidade das operadoras de saúde no Brasil. **Revista de Gestão \$ Saúde**, Brasília, v. 12, Janeiro - Março 2020. ISSN 1.

ROCHA, C. H.; SILVA, G. L. D.; BRITTO, P. A. P. D. Avaliação da condição econômico-financeira de operadoras brasileiras de planos de saúde: uma nota sobre finanças e regulação. **Revista Ambiente Contábil**, Rio Grande do Norte, v. 14, Jan-jun 2022. ISSN 1. <https://doi.org/10.21680/2176-9036.2022v14n1ID24033>

ROSA, T. C.; FILHO, J. R. D. F. Gestão dos planos de saúde na modalidade de autogestão: estudo de caso de uma autarquia federal. **XIISeget Simpósio de excelência em gestão e tecnologia**, 2015.

SANTOS, M. J. B. D. Qual é a lógica que orienta a administração dos planos de autogestão em saúde. **Escola de administração da UFRGS**, Porto Alegre, Maio 2006.

SHEFFER, M.; BAHIA, L. Representação política e interesses particulares na saúde: o caso do financiamento de campanhas eleitorais pelas empresas de planos de saúde privados no Brasil. **Interface Comunicação Saúde**, jul/set 2011. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011000300030>
SÍCOLI, L.; NASCIMENTO, R. D. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface - Comunicação, saúde e educação**, Botucatu, p. 91-112, 2003. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832003000100008>

SILVA, ; LOPES, L.; JÚNIOR, S. S. B. Pesquisa quantitativa: elementos, paradigmas e definições. **Revista Gestão e Secretariado**, São Paulo, jan-abr 2014.

SILVA, E. B. D. **Autogestão em saúde: um sonho possível**. Campo Grande: CASSEMS, 2017.

SILVA, V. V.; LOEBEL, E. Desempenho econômico-financeiro de operadoras de plano de saúde suplementar. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 5, p. 57-70, dez 2016. ISSN 2. <https://doi.org/10.5585/rqss.v5i2.260>

SOUZA, A. D.; SALVALAIO, D. Rede própria ou rede credenciada: análise comparativa de custos em uma operadora brasileira de planos de saúde. **Revista panamericana de salud pública**, 2010. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892010001000010>

TEIXEIRA, R. F. A. P.; MACEDO, M. Á. D. S.; SANTOS, O. M. D. A relação entre as informações contábeis e o desempenho das operadoras de saúde suplementar. **Revista Ambiente Contábil**, Rio Grande do Norte, Jul-Dez 2022. <https://doi.org/10.21680/2176-9036.2022v14n2ID25894>

TEIXEIRA, R. F. A. P.; RODRIGUES, A.; LIMA, R. F. Economia de escala na saúde suplementar brasileira: um caminho alternativo para ampliar a lucratividade. **Revista Catarinense de Ciências Contábeis**, Florianópolis, v. 20, p. 1-17, 2021. <https://doi.org/10.21680/2176-9036.2022v14n2ID25894>

TISOTT, P. B. et al. Integração vertical no sistema de saúde suplementar: o caso de uma operadora de saúde na modalidade de autogestão. **Revista Gestão Industrial**, Ponta Grossa, v. 12, p. 78-94, 2016. ISSN 1. <https://doi.org/10.3895/gi.v12n1.3130>

TRINDADE, D. D. S. Autogestão em Saúde Suplementar: um modelo estratégico de atenção à saúde privada em organizações militares. **SPOLM Simpósio de Pesquisa Operacional e Logística da Marinha**, Rio de Janeiro, 2005.

UNIDAS. Jornal Unidas. **UNIDAS AUTOGESTÃO EM SAÚDE**, 2013. Disponível em: <<https://www.unidas.org.br/restrito/jornal-unidas>>. Acesso em: 15 Julho 2022.

UNIDAS. Biblioteca UNIDAS. **UNIDAS AUTOGESTÃO EM SAÚDE**, 2022. Disponível em: <<https://www.unidas.org.br/restrito/biblioteca>>. Acesso em: 16 Julho 2021.

ZILBER, M. A.; LAZARINI, C. Estratégias competitivas na área de saúde no Brasil: em estudo exploratório. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 12, p. 131-154, jan-mar 2008. ISSN 1. <https://doi.org/10.1590/S1415-65552008000100007>

APÊNDICE 1 - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Heterogeneidade do desempenho econômico-financeiro das operadoras de autogestão em saúde no Brasil

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

BLOCO 1: INTRODUÇÃO

- 1) Apresentação do condutor da entrevista;
- 2) Explicação das normas que orientam o debate e da confidencialidade;
- 3) Breve introdução do tema da pesquisa. Nos reunimos aqui com o intuito de conhecer um pouco mais sobre a sua percepção e, por consequência, a percepção da operadora sobre os elementos de força, fraqueza, ameaças e oportunidades que identificam o desempenho econômico-financeiro
- 4) Apresentação do respondente (nome, área, cargo, formação, tempo de empresa, experiência no setor).

BLOCO 2: PERSPECTIVA PLANEJAMENTO

- 1) Como se materializa a cultura de planejamento dentro da operadora (existe para curto e longo prazo, em que modelo se baseia, é visível para o público interno e externo)?
- 2) Poderia descrever os passos do processo de construção do planejamento, como ele se conecta com as metas orçamentárias/financeiras e quais os principais desafios?
- 3) Quais são os atores que participam da elaboração e revisão do planejamento estratégico (é um processo participativo ou restrito aos governantes - diretoria e conselho)?
- 4) Como ocorre o equilíbrio entre as metas de resultado e não financeiras de longo prazo?

BLOCO 3: PERSPECTIVA CULTURA

- 1) Qual é a sua visão sobre a identidade organizacional ou hábitos/práticas/valores que estão presentes na cultura que contribuem positiva ou negativamente com o desempenho da operadora?
- 2) Na sua avaliação existe uma cultura que contribui para o alcance dos objetivos da operadora (adaptável a mudanças e meritocrática ou burocrática e avessa a riscos)?
- 3) Quais os comportamentos das principais lideranças que evidenciam a manutenção ou fortalecimento de uma cultura inovadora, colaborativa e voltada para resultados?

BLOCO 4: PERSPECTIVA CIBERNÉTICA

- 1) Os sistemas de informações que medem em tempo real o distanciamento entre o previsto e o realizado das metas financeiras, não financeiras e híbridas necessitam de quais aprimoramentos (relatórios, dashboards, plataforma, BI)?
- 2) Como o sistema de gerenciamento de informações se conecta com indicadores de relacionamento com beneficiários e prestadores, desenvolvimento de novos serviços/produtos e avaliação da ANS?
- 3) Em quais níveis e de que forma o processo de tomada das decisões mais relevantes é amparado em dados e análises?
- 4) Quais as características do software de gestão? (permite auditorias médicas automatizadas, dimensionamento da rede credenciada as reais necessidades, conhecimento dos indicadores de suficiência da rede credenciada, gerencia o processo de autorização automática, estrutura planos para garantir melhor custo-benefício, redução de fraudes com identificação biométrica e estratificação e acompanhamento dos beneficiários em programas de prevenção e pagamento de contas a prestadores);
- 5) De que maneira são associadas as metas de longo prazo com as de resultado (orçamento) anual?

BLOCO 5: PERSPECTIVA RECOMPENSAS

- 1) Quais os incentivos que a operadora usa para aumentar o desempenho dos empregados;
- 2) Retenção de talentos é uma preocupação que se traduz em quais iniciativas na operadora?

- 3) De que maneira os prestadores de serviços são avaliados?

BLOCO 6: PERSPECTIVA ADMINISTRATIVA

- 1) Quais os aspectos que realçam a governança da operadora (decisões colegiadas, separação entre quem planeja e quem executa, atuação colaborativa dos Conselhos)?
- 2) Como a estrutura organizacional (vertical, horizontal ou matricial) da operadora explica a comunicação, o relacionamento entre as pessoas hierárquicos e o trabalho em equipe?
- 3) Quão suficientes são os recursos físicos, tecnológicos e humanos para atender as necessidades de alcance dos objetivos planejados?
- 4) De que forma as políticas e os procedimentos da operadora contribuem para mitigar conflitos de interesses entre patrocinadores e beneficiários?
- 5) Quais os programas de medicina preventiva com pacientes com doenças crônicas são trabalhados?
- 6) Como a tecnologia existente contribui para melhoria da gestão de riscos do perfil epidemiológico e para o acionamento de ações preventivas?
- 7) Quais os processos que evidenciam controles de acessos e moderação de uso (porta de entrada, autorização prévia, franquia, coparticipação)
- 8) Poderiam comentar um pouco mais sobre elementos integração vertical, longevidade, abrangência, programas de prevenção, controle de acesso?

BLOCO 8: ENCERRAMENTO

- 1) Dentre os pontos abordados, tem algo mais que gostariam de acrescentar?
- 2) Tem alguma dúvida?
- 3) Obrigado pelas informações compartilhadas. Serão muito úteis na continuidade do projeto.

APÊNDICE 2 - CARTA DE APRESENTAÇÃO

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Eu, José Carlos de Vasconcelos, regularmente matriculado no Programa de Pós-Graduação em Gestão Organizacional (PPGO) da Faculdade de Gestão e Negócios (FAGEN) da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), matrícula 12112GOM005, sob a orientação do Prof. Dr. José Eduardo Ferreira Lopes, estou desenvolvendo pesquisa cujo tema é a "Heterogeneidade do desempenho organizacional das operadoras de autogestão em saúde no Brasil".

Apreciaria contar com o apoio dessa operadora de autogestão em saúde, a fim de que um membro da diretoria possa me conceder uma entrevista remota com perguntas abertas acerca dos aspectos que diferenciam a gestão no cumprimento dos indicadores que norteiam o seu planejamento.

Atenciosamente,

José Carlos Vasconcelos
CPF 437.086.335-04
Rua Agesislau Paschoal Greco, 200 - Uberlândia MG
CEP 38411-112
(34) 99811.0013
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3011556227496067>

Orientador
Prof. Dr. José Eduardo Ferreira Lopes
Universidade Federal de Uberlândia
Faculdade de Gestão e Negócios - FAGEN - Departamento de Métodos & Informação
(34) 3291-6331 / 99979-7512
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5504-3321>
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1181111177305483>
Av. João Naves de Ávila, 2121 – Campus Santa Mônica – Bloco 5M – Sala 109
CEP: 38400-902 – Uberlândia - MG

APÊNDICE 3 - TERMO DE ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “A heterogeneidade do desempenho organizacional das operadoras de autogestão em saúde no Brasil”, sob a responsabilidade do pesquisador José Carlos Vasconcelos e orientação do Prof. Dr. José Eduardo Ferreira Lopes.

É uma pesquisa que tem como objetivo descrever as determinantes do desempenho financeiro e não financeiro das operadoras de autogestão em saúde no Brasil e as suas relações causais. Para tanto, serão analisados dados secundários fornecidos pela ANS e realizadas pesquisas individuais com dirigentes do alto escalão de onze operadoras de autogestão em saúde.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será enviado pelo pesquisador José Carlos Vasconcelos por meio do correio eletrônico para leitura e assinatura (que deverá ser aposta no documento), para depois ser digitalizado e enviado para o pesquisador na mesma via.

Ressalta-se ao entrevistado que de acordo com o disposto no Capítulo III da Resolução/CNS 510/2016 será concedido prazo suficiente para análise deste termo e esclarecimento junto ao pesquisador ou orientador, sobre eventuais dúvidas e direitos a respeito da pesquisa.

Na sua participação, você será convidado para uma entrevista individual e por meio remoto com perguntas abertas sobre temas relacionados a gestão organizacional e ações estratégicas determinantes de sustentabilidade financeira. A entrevista será conduzida mediante roteiro estruturado, dividida em oito blocos (Abertura/Introdução, cultura, planejamento, sistemas gerenciais, gestão administrativa - processo, pessoas, tecnologia, gestão estratégica, recompensas/incentivos e capacidades organizacionais), totalizando 20 questões, num tempo estimado de uma hora. A entrevista individual ficará registrada na plataforma utilizada e as falas serão posteriormente transcritas, de forma a preservar a identidade do participante.

Os dados serão analisados conforme a técnica de análise de conteúdo, que consiste na decomposição das mensagens para se obter os sentidos por semelhanças ou distinções. Ainda, considerando o disposto no Art. 28 da Resolução/CNS 510/2016, os dados desta pesquisa (gravação original e sua transcrição digital) serão arquivados pelo pesquisador, por no mínimo 5 (cinco) anos após sua conclusão.

Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. O pesquisador se compromete, ao final da pesquisa, a divulgá-la aos participantes, de forma acessível a todos, bem como a eventuais interessados no assunto, conforme disposto no Art. 3º, IV, da Resolução/CNS 510/2016.

Você não terá nenhum gasto nem ganho financeiro por participar na pesquisa.

Havendo algum dano decorrente da pesquisa, você terá direito a solicitar indenização através das vias judiciais (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954 e Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 19).

Os riscos consistem em identificação dos participantes e constrangimento perante superiores hierárquicos. Para mitigar o risco de identificação serão adotadas técnicas de codificação quando da transcrição das entrevistas individuais. Quanto ao possível constrangimento, o termo de consentimento será enviado individualmente a cada participante, com antecedência necessária para análise e assinatura, e o agendamento das reuniões será feito de forma particular por intermédio somente do pesquisador.

Caso algum participante demonstre ter sofrido qualquer dano psicológico decorrente desta pesquisa, poderá solicitar os meios adequados para tratamento, cujos custos serão de responsabilidade do pesquisador.

Os benefícios desta pesquisa encontram-se em linha com o objetivo de descrever e analisar as particularidades do desempenho organizacional das operadoras de autogestão em saúde, a fim de contribuir para a sustentabilidade financeira delas, para a inclusão de mais participantes no sistema e para tomada de decisões gerenciais por parte de dirigentes, a partir das determinantes que obtiveram sucesso no alcance dos resultados institucionais. Acrescenta-se aos benefícios antes descritos, a contribuição para fins acadêmicos dos aspectos que realçam o debate sobre os fatores que diferenciam o desempenho organizacional das operadoras de autogestão em saúde. Revela-se, outrossim, que a implementação de boas práticas de governança torna-se mais eficiente à aplicação dos gastos públicos e à prestação de serviços, por exemplo, com a adequada formação profissional dos estudantes, melhoria em pesquisas e entregas à sociedade por meio das atividades de extensão e promoção do desenvolvimento regional.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou coação. Até o momento da divulgação dos resultados, você também é livre para solicitar a retirada dos seus dados da pesquisa.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: José Eduardo Ferreira Lopes e José Carlos Vasconcelos, por intermédio dos números (34) 99979 7512 e (34) 999811.0013, respectivamente, ou ainda no endereço Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco 1F, sala 216, *campus* Santa Mônica, 38408-902, Uberlândia/MG.

Uberlândia, 07 de novembro de 2022.

Assinatura do pesquisador

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Assinatura do participante da pesquisa