



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO, ATUÁRIA E**  
**CONTABILIDADE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO E**  
**CONTROLADORIA**  
**MESTRADO ACADEMICO EM ADMINISTRAÇÃO E CONTROLADORIA**

**FRANCISCO JUANITO COSTA DA SILVA**

**PRÁTICAS DE GOVERNANÇA CORPORATIVA DAS OPERADORAS DE PLANOS**  
**DE SAÚDE SUPLEMENTAR DO BRASIL**

**FORTALEZA – CE**  
**2019**

FRANCISCO JUANITO COSTA DA SILVA

PRÁTICAS DE GOVERNANÇA CORPORATIVA DAS OPERADORAS DE PLANOS DE  
SAÚDE SUPLEMENTAR DO BRASIL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Administração e Controladoria, da Faculdade de Economia, Administração, Atuária e Contabilidade, da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do título de Mestre em Administração e Controladoria. Área de concentração: Gestão Organizacional.

Profa. Dra. Sandra Maria dos Santos.

FORTALEZA – CE  
2019

FRANCISCO JUANITO COSTA DA SILVA

PRÁTICAS DE GOVERNANÇA CORPORATIVA DAS OPERADORAS DE PLANOS DE  
SAÚDE SUPLEMENTAR DO BRASIL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Administração e Controladoria, da Faculdade de Economia, Administração, Atuária e Contabilidade, da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do título de Mestre em Administração e Controladoria. Área de concentração: Gestão Organizacional.

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

Profa Dra. Sandra Maria dos Santos (Orientador)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr. Augusto César de Aquino Cabral  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr. Vicente Lima Crisóstomo  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr. Carlos Renato Theóphilo  
Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca de Ciências Humanas  
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

S1p SILVA, FRANCISCO JUANITO COSTA DA SILVA.  
PRÁTICAS DE GOVERNANÇA CORPORATIVA DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE  
SUPLEMENTAR DO BRASIL / FRANCISCO JUANITO COSTA DA SILVA SILVA. – 2019.  
67 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Economia, Administração,  
Atuária e Contabilidade, Programa de Pós-Graduação em Administração e Controladoria, Fortaleza  
Orientação: Profa. Dra. SANDRA MARIA DOS SANTOS.  
Coorientação: Profa. Dra. AUGUSTO CÉZAR DE AQUINO CABRAL.

1. OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE. 2. TEORIA DA AGÊNCIA. 3. GOVERNANÇA  
CORPORATIVA.. I. Título.

CDD 658

---

A Deus.

À memória de meus avôs, Antônio e Maria José.

Aos meus pais, Evandro e Joanita.

## **AGRADECIMENTOS**

À Profa. Dra. Sandra Maria dos Santos, pela excelente orientação, paciência, compreensão, amor, carinho e dedicação para promover a mudança na vida de seus alunos.

Aos professores participantes da Banca examinadora Augusto Cabral, Vicente Crisóstomo e Carlos Renato pelo tempo e valiosas colaborações e sugestões.

Aos professores do programa de pós-graduação em Administração e Controladoria, pelo tempo concedido nas aulas ao longo da minha jornada, em especial as Profas. Dra. Mônica Abreu e Sílvia Rebouças por todos os puxões de orelha necessários ao longo da minha iniciação científica que me conduziram a este momento.

Aos meus irmãos, Edvando e Eliana, por serem exemplos de inspiração na minha vida.

À minha esposa, Raissa, por todos os momentos difíceis que você teve que passar ao longo desta caminhada ao meu lado.

Aos colegas da turma de mestrado, pelas reflexões, críticas e principalmente as risadas.

À Universidade Federal do Ceará, pela oportunidade de fazer parte de algo que me orgulho muito, sendo um espaço aberto para as ideias de seus professores e alunos.

## RESUMO

O mercado de saúde suplementar ultrapassa 47 milhões de beneficiários, o que representa 23% da população brasileira. Esses dados mostram a magnitude do setor, que em dezembro de 2018 contava com 968 operadoras ativas de saúde suplementar (operadoras com beneficiários), atuando em todas as regiões do país, com um faturamento anual de 139 milhões de reais (ANS, 2019). As Operadoras de Planos de Saúde (OPS) são pessoas jurídicas constituídas sob a forma empresarial, associação, fundação, cooperativa ou entidades de autogestão, obrigatoriamente registradas no órgão regulador do mercado de saúde suplementar (ANS, 2000). Estas OPS devem manter elevados padrões de controles para proporcionar credibilidade aos envolvidos, utilizando, portanto, práticas de GC, que são um conjunto de procedimentos que buscam uma vantagem competitiva para oferecer aos investidores e possíveis credores. Com isso, contribuem para garantir o direito dos acionistas, proteger os acionistas minoritários e evitar possíveis abusos dos gestores (MOKEN *et al.*, 2015). Esta pesquisa objetiva analisar o grau de adesão às práticas de governança corporativas das operadoras de planos de saúde suplementar brasileiras. Para tanto, utilizou-se de uma pesquisa descritiva e documental, coletando-se material nos portais eletrônicos das operadoras de planos de saúde estudadas. Caracterizou-se às práticas de governança corporativa utilizadas por modalidade das operadoras de saúde suplementar e foram identificadas e classificadas de acordo com suas modalidades e nível de adesão. Foram adotados quatro níveis de adesão, mas somente dois foram verificados: baixo, adotado nas modalidades medicina em grupo e filantrópica; e moderado, para cooperativas médicas, autogestão e seguradora. Verificou-se também que o porte e abrangência são positivamente relacionados com as práticas de governança corporativas das OPS. Desta maneira, concluiu-se que às práticas de governança corporativa que as operadoras de saúde suplementar adotam e divulgam restringem-se, predominantemente, àquelas legalmente impostas, remetendo-se ao padrão ditado pelo mercado e pelo órgão regulador.

**Palavras-chave:** Operadoras de Planos de Saúde. Teoria da Agência. Governança Corporativa.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES E GRÁFICOS**

|   |    |
|---|----|
| Figura 1 – Problema de agência e a governança corporativa.....            | 23 |
| Figura 2 – Estrutura do setor de saúde nos âmbitos público e privado..... | 33 |
| Figura 3 – Cálculo da amostra com população finita.....                   | 43 |
| Gráfico 1 – Categorias de adesão à governança corporativa.....            | 47 |

## LISTA DE TABELAS

|  |    |
|--|----|
| Tabela 1 – Amostra do estudo.....  | 41 |
| Tabela 2 – Conselho de administração das operadoras de saúde suplementar.....                                | 49 |
| Tabela 3 – Conflito de Interesse das operadoras de saúde suplementar.....                                    | 49 |
| Tabela 4 – Transparência das operadoras de saúde suplementar.....  | 50 |
| Tabela 5 – Nível de adesão das práticas de governança corporativa das operadoras de saúde suplementar.....   | 51 |
| Tabela 6 – Práticas de governança corporativa na modalidade de operadoras de saúde cooperativas médicas..... | 52 |
| Tabela 7 – Práticas de governança corporativa na modalidade de operadoras de saúde medicina em grupo.....    | 53 |
| Tabela 8 – Práticas de governança corporativa na modalidade de operadoras de saúde de autogestão.....        | 54 |
| Tabela 9 – Práticas de governança corporativa da modalidade de operadoras de saúde filantrópicas.....        | 55 |
| Tabela 10 – Práticas de governança corporativa na modalidade de operadoras de saúde seguradoras.....         | 56 |
| Tabela 11 – Níveis de adesão às práticas de governança corporativa por modalidade.....                       | 57 |
| Tabela 12 – Correlações entre as práticas de governança e as modalidades.....                                | 58 |

## LISTA DE QUADROS

|   |    |
|---|----|
| Quadro 1 – Conceitos de pesquisadores sobre governança corporativa.....                     | 26 |
| Quadro 2 – Código Cadbury das práticas de governança corporativa.....                       | 28 |
| Quadro 3 – Histórico do mercado de saúde suplementar no Brasil.....                         | 31 |
| Quadro 4– Antese e depois da regulamentação do setor de saúde suplementar.....              | 35 |
| Quadro 5 – Modalidade das operadoras de saúde suplementar.....                              | 37 |
| Quadro 6 – Estudos empíricos anteriores.....  | 38 |
| Quadro 7 – Instrumento de coleta por categorias das práticas de Governança Corporativa..... | 44 |
| Quadro 8 – Níveis de governança corporativa.....  | 47 |

## LISTA DE SIGLAS

|        |   |
|--------|---|
| ANS    | Agência Nacional de Saúde Suplementar                     |
| B3     | Brasil Bolsa Balcão                                       |
| CA     | Conselho de Administração                                 |
| CASSI  | Caixa de Assistência aos Funcionários do Banco do Brasil. |
| CDC    | Código de Defesa do Consumidor                            |
| CF     | Constituição Federal                                      |
| CGRC   | Comitê de Governança, Riscos e Controles                  |
| CI     | Conflito de Interesse                                     |
| CID    | Classificação Internacional de Doenças                    |
| CNSP   | Conselho Nacional de Seguros Privados                     |
| CONSU  | Conselho de Saúde Suplementar                             |
| CSS    | Câmara de Saúde Suplementar                               |
| DEDAS  | Departamento de Saúde Suplementar                         |
| GC     | Governança Corporativa                                    |
| IBGC   | Instituto Brasileiro de Governança Corporativa            |
| MP     | Medida Provisória   |
| OCDE   | Organização e Cooperação para o Desenvolvimento Econômico |
| OPS    | Operadoras de Planos de Assistência à Saúde Suplementar   |
| SUS    | Sistema Único de Saúde                                    |
| SUSEP  | Superintendência de Seguros Privados                      |
| UNIDAS | União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde    |

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO .....</b>   | <b>14</b> |
| <b>1.1 Contextualização .....</b>   | <b>14</b> |
| <b>1.2 Justificativa .....</b>  | <b>18</b> |
| <b>1.3 Questão de pesquisa .....</b>  | <b>19</b> |
| <b>1.4 Objetivo geral .....</b>   | <b>19</b> |
| <i>1.4.1 Objetivos específicos .....</i>  | <i>19</i> |
| <b>1.5 Aspectos metodológicos.....</b>  | <b>20</b> |
| <b>1.6 Estrutura da dissertação.....</b>  | <b>20</b> |
| <b>2TEORIA DA AGÊNCIA E GOVERNANÇA CORPORATIVA .....</b>                              | <b>21</b> |
| <b>2.1 Conceitos e principais estudos sobre a teoria da agência .....</b>             | <b>21</b> |
| <b>2.2 Conceitos e princípios da governança corporativa.....</b>                      | <b>24</b> |
| <b>2.3 Práticas de governança corporativa .....</b>                                   | <b>26</b> |
| <b>3 MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR .....</b>   | <b>30</b> |
| <b>3.1 Legislação, regulamentação e ANS .....</b>                                     | <b>33</b> |
| <b>3.2 Modalidades das operadoras de saúde suplementar .....</b>                      | <b>36</b> |
| <b>3.3 Estudos empíricos sobre governança corporativa na saúde.....</b>               | <b>37</b> |
| <b>4 ASPECTOS METODOLÓGICOS .....</b>   | <b>40</b> |
| <b>4.1 Tipologia da pesquisa .....</b>  | <b>40</b> |
| <b>4.2 População e amostra.....</b>   | <b>40</b> |
| <b>4.3 Coleta de dados .....</b>  | <b>42</b> |
| <b>4.4 Análise dos dados.....</b>   | <b>44</b> |
| <i>4.4.1 Análise de correlação .....</i>  | <i>44</i> |
| <i>4.4.2 Análise do nível de adesão de governança corporativa das operadoras.....</i> | <i>45</i> |
| <b>5ANÁLISE E DISCUSSÃODOS RESULTADOS .....</b>                                       | <b>47</b> |
| <b>5.1 Práticas de governança corporativa e seu nível de adesão nas OPS.....</b>      | <b>47</b> |
| <b>5.2 Práticas de governança corporativa por modalidade das OPS.....</b>             | <b>50</b> |
| <b>5.3 Correlação das práticas de governança corporativa.....</b>                     | <b>57</b> |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>6 CONCLUSÃO.....</b>   | <b>59</b> |
| <b>REFERÊNCIAS .....</b>  | <b>61</b> |
| <b>APÊNDICE A – OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR DA AMOSTRA.....</b> | <b>66</b> |
| <b>APÊNDICE B – ALFA DE CRONBACH DA AMOSTRA.....</b>                          | <b>67</b> |

# 1 INTRODUÇÃO

Esta seção apresenta uma contextualização sobre a relevância da temática em foco, justificativa, questão de pesquisa, objetivos, aspectos metodológicos e a estrutura do trabalho.

## 1.1 Contextualização

A Constituição Federal (CF) pressupõe que acesso universal à saúde é um direito de todos os cidadãos brasileiros, sendo a União responsável pelo seu provimento, através de ações e integração das redes públicas de atendimento municipal e regional (BRASIL, 1988). Desta integração, surge o sistema único de saúde (SUS) que através da Lei 8.080/90 é legislado com o objetivo de atender todos os problemas de saúde pública no Brasil (BRASIL, 1990).

O Estado brasileiro e a sua Constituição Federal definem suas intencionalidades, e seus princípios, materializados através do Sistema Único de Saúde, que se propõe ser universal, integral e equânime (MALTA *et al.*, 2004). Desta materialização, emergem ações de democratização da política de saúde pública no Brasil, que buscam concretizar a coexistência da relação público e privado (SANTOS; MALTA; MERHY, 2008). Então, não cabe somente ao Estado o fornecimento dos serviços de saúde, sendo, também, permitindo à iniciativa privada a prestação de serviços de assistência.

Desta maneira, as Operadoras de Planos de Saúde (OPS) são responsáveis por estruturar os planos que são oferecidos e comercializados à sociedade. As operadoras de planos de saúde suplementar que são pessoas jurídicas constituídas sob a forma empresarial, associação, fundação, cooperativa ou entidades de autogestão e são obrigadas de manterem o registro no órgão regulador do mercado de saúde suplementar (ANS, 2000).

As operadoras de saúde suplementar possuem características de operacionalização de seus planos e natureza de constituição organizacional distintas, sendo classificadas de acordo com as modalidades: administradoras, cooperativas médicas, cooperativas odontológicas, autogestão, medicina de grupo, odontologia de grupo e filantropia (ANS, 2019). A Lei 9.656 de 3 de junho de 1998, define regras para o setor, mesmo com a existência das operadoras de planos de saúde atuando no mercado (LOBO, 2010).

A Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) e Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) tinham atribuições de autorizar o funcionamento de operadoras, manter o controle econômico-financeiro e ditar a política de reajuste dos preços (BRASIL, 2003).

O Ministério da Saúde, através da Secretaria de Assistência à Saúde/Departamento de Saúde Suplementar (DEDAS) e Conselho de Saúde Suplementar (CONSU), regulava a atividade de produção da assistência à saúde, a concessão para comercialização de produtos e fiscalizava do setor. Além desses órgãos, foi criada a Câmara de Saúde Suplementar (CSS) com função consultiva permanente no sistema regulatório (ANS, 2019).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) possui um poder amplo na atuação, autonomia política, administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, arrecadação própria, decisões tomadas sem a Diretoria Colegiada, dirigentes com mandato definido em lei e não coincidentes, além de poder legal para efetivar suas resoluções (BRASIL, 2003).

A agência se constituiu com a Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, como instância reguladora (ANS, 2000). Desta maneira expande-se a presença pública através da criação de um órgão regulador e busca-se corrigir possíveis falhas de mercado e nas condições contratuais entre consumidores e empresas (ANDREÁ, 2002). Aumenta-se a necessidade de transparência e compreensão dos processos e relações que constituem a operação de planos e seguros de saúde.

Mesmo com os controles exigidos pela agência reguladora, em fevereiro de 2016 foi publicada a liquidação extrajudicial da operadora União dos Médicos (Unimed) Paulista. Naquele ano a operadora tinha uma das maiores carteiras de beneficiários do Brasil (ANS, 2016). Com a solvência e a liquidação da carteira da Unimed surgem questionamentos sobre os controles de riscos exigidos da ANS e sobre os mecanismos adotados pelas organizações daquele setor.

A partir da RN 443/19 a Governança Corporativa (GC) é obrigação de cada uma das operadoras, daí a necessidade de entendimento desse termo. A Governança Corporativa é entendida como elo fundamental para a longevidade das organizações (LORENZI; PROCOPIUCK; QUANDT, 2009).

A GC busca minimizar o problema de agência que reside no custo do controle (remuneração dos gestores, geração de relatórios, auditorias etc) de ações que minimizem as diferenças das informações geradas dentro para fora das empresas, esse custo é denominado custo de agência. (JENSEN; MECKLING, 1976).

Identificam-se através dos estudos Lobo (2010), Ferreira *et al.*(2014), Vilela, Ferraz e Ferraz (2015) que se fazem necessários estabelecer práticas de governança corporativas dentro das operadoras para que os beneficiários tenham garantias da prestação continuada dos serviços contratados.

Segundo Fama e Jensen (1983), existe um interesse social em acompanhar a utilização dos recursos, para que não sejam desvirtuadas as finalidades pelos gestores. De acordo com Monken *et al.* (2015), esse acompanhamento tornou-se mecanismos de controle para que os gestores tenham parâmetros de liberdade de atuação administrativa, dentro das margens legais e éticas.

A teoria da agência surge através do trabalho seminal de Jensen e Meckling (1976) que explora a estrutura patrimonial das empresas, mas trazem consigo a figura do gestor (agente)que tem poderes de decidir sobre o futuro da organização (tomador decisões), no lugar do proprietário do capital (principal).

Fama (1980) discutiu a funcionalidade dos mercados de capitais e do trabalho com base na eficiência dos agentes, no tocante desempenho dos executivos. E o papel do comitê de diretores como um sistema de informações (FAMA; JENSEN, 1983).

Segundo Morck (2007) o paradigma capitalista se mantém, mas, busca-se uma “melhor maneira” de produzir e uma relação transparente entre os pilares do mundo corporativo: acionistas-conselho-direção.

Rossetti e Andrade (2014) apontam para a GC, como uma resposta ao avanço do sistema capitalista, na perspectiva de uma gestão orientada para geração de resultados econômico-financeiros, sociais e ambientais.

O Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (IBGC) define boas práticas de governança corporativa como a conversão dos princípios de GC (Transparência, Equidade, Prestação de contas e Responsabilidade Corporativa) em recomendações objetivas, com a finalidade de preservar o valor da organização, facilitando seu acesso a recursos e contribuindo com uma melhor qualidade da gestão (IBGC, 2015).

Segundo Rossetti e Andrade (2014), ao adotar as boas práticas de GC, ocorre um movimento de aproximação entre acionistas, conselheiros e direção executiva com foco nos princípios éticos, de conformidade, de transparência e de prestação de contas (*accountability*).

Em Vilela (2017) são apresentados os princípios de GC dentro do ambiente regulado da saúde suplementar e como os princípios são operacionalizados em práticas nas operadoras de planos de assistência à saúde suplementar.

No estudo de Vilela, Ferraz e Ferraz (2015) são usadas quatro dimensões (princípios e valores, estrutura de poder, processos e sistemas de gestão e sistemas normativos) na direção do desenvolvimento organizacional em consonância com o amadurecimento das práticas de GC.

Pode-se afirmar que as práticas de GC são um conjunto de procedimentos adotados pelas empresas que buscam uma vantagem competitiva para os investidores e possíveis credores. Com isso, contribuem para garantir o direito dos acionistas, proteger os acionistas minoritários e evitar possíveis abusos dos gestores (MOKEN *et al.*, 2015).

Com adoção das práticas de GC, espera-se que os gestores mitiguem os desalinhamentos com as expectativas dos acionistas, num ambiente com menos assimetria informacional o que refletiria um valor (real) da empresa (CALVE *et al.*, 2013).

Na óptica de Jensen e Meckling (1976), a organização não é uma “caixa preta” e sim um grande feixe ou uma teia de contratos que se intercalam e cruzam-se em vários sentidos e entre diferentes partes da organização, manipulada de forma a atender às condições no que diz respeito aos *inputs* e *outputs*, maximizando os lucros dos proprietários dos fatores de produção.

Essas práticas logo passariam a ser percebidas como diferencial competitivo para as organizações, mediante as pressões e demandas oriundas dos *stakeholders*, pois na visão de Freeman (1998) o objetivo das organizações é atender aos interesses de todos: gestores, proprietários, governo, fornecedores, credores, empregados, consumidores e sociedade.

Nas OPS, não é diferente, a demanda por práticas de GC é uma realidade atual (VILELA; FERRAZ; FERRAZ, 2015). E na visão de Monken *et al.* (2015) existem práticas GC no setor da saúde, mas, são incipientes.

## 1.2 Justificativa

O mercado de saúde suplementar ultrapassa 47 milhões de beneficiários, o que representa 23% da população brasileira. Esses dados mostram a magnitude do setor, que em dezembro de 2018 possuíam 968 operadoras ativas de saúde suplementar (operadoras com beneficiários), atuando em todas as regiões do país, com um faturamento anual médio de 139 milhões de reais (ANS, 2019). Assim apresenta-se a relevância deste trabalho para um mercado que atende às necessidades de quase um quarto da população brasileira.

As operadoras de saúde são distribuídas em cinco grupos: cooperativa médica, medicina de seguradora especializada grupo, em saúde, autogestão e filantropia. Com essa diversidade de modalidades e a relevância dos serviços para a sociedade, qualquer falha de má gestão poderá alterar a delicada relação financeira das OPS e se houver desequilíbrios, entre as receitas e os custos, acarretará no fim da prestação dos serviços (FERNANDES *et al.*, 2007).

Desta forma, a ANS propõe obrigatoriamente às operadoras de saúde à adoção de práticas mínimas (I – transparência, II – equidade; III - prestação de contas e IV – responsabilidade corporativa) para mitigar possíveis descompassos gerenciais, através da ampliação da GC em todas as OPS (ANS, 2019).

A implantação das práticas mínimas de GC surge como um desafio, mas a recente oferta pública inicial de ações da Hapvida e da Notre Dame sinalizam avanços para o setor. No entanto, a gestão nessas organizações é complexa por terem de atender às exigências do mercado financeiro e as imposições da ANS (VILELA; FERRAZ; FERRAZ, 2015).

Segundo o estudo de Calve *et al.* (2013) a aderência às práticas de GC nos hospitais filantrópicos são baixas e afetam a receita, ativos e internações, por leito hospitalar. Por isto pretende-se observar as diferenças por modalidades neste estudo.

De acordo com o estudo de caso da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Nordeste (CAMED), Ferreira *et al.* (2015), foram identificadas práticas de GC, como o Conselho de Administração (CA), Conselho Fiscal e Diretoria Executiva Colegiada. Usa-se como seção na coletada de dados informações do Conselho de Administração.

Com o exposto, nos estudos de Calve *et al.* (2013), Ferreira *et al.* (2015) e Vilela, Ferraz e Ferraz (2015), observou-se a necessidade de melhorias nas Operadoras de Planos de Saúde quanto às práticas de governança adotadas.

Esta preocupação fundamenta-se no fato do volume elevado de recursos de terceiros que estas entidades movimentam, e, no caso do Brasil, por representarem também um papel significativo na economia brasileira, constituindo parte do valor do PIB brasileiro.

### **1.3 Questão de pesquisa**

Diante da importância que a governança corporativa vem assumindo junto as operadoras de planos de saúde suplementar no âmbito da gestão do órgão regulamentador e do mercado, conforme apresentado anteriormente, este estudo tem como questão de pesquisa: Qual o grau de adesão às práticas de governança corporativa das operadoras de planos de saúde suplementar no Brasil?

### **1.4 Objetivo geral**

Analisar o grau de adesão às práticas de governança corporativa das operadoras de planos de saúde suplementar no Brasil.

#### *1.4.1 Objetivos específicos*

Especificamente, tem-se:

1. Identificar as práticas de governança corporativa utilizadas pelas operadoras de planos de saúde suplementar no Brasil;
2. Caracterizar as práticas de governança corporativa utilizadas por modalidade das operadoras de planos de saúde suplementar no Brasil;
3. Mensurar a relação entre as práticas de governança corporativa, modalidades, porte e abrangência geográfica das operadoras.

## 1.5 Aspectos metodológicos

A pesquisa é desenvolvida como um estudo de natureza quantitativa, que, para Creswell (2010), é uma forma de testar teorias objetivas examinando a relação entre as variáveis da pesquisa. O estudo, de acordo com seus fins, é descritivo e documental quanto aos meios. Foram utilizados dados oriundos dos relatórios publicados e *websites* mantidos pelas OPS de todo Brasil, sendo verificados 17 itens conforme a proposta do instrumento de coleta adaptado através dos estudos de Calve *et al.* (2013), Ferreira *et al.* (2015), Brandão e Crisóstomo (2015), Vilela, Ferraz e Ferraz (2015), Vilela (2017) e da ANS (2019).

Realizou-se cálculos as frequências absolutas e relativas aos itens de cada categoria do instrumento de coleta e dados, correlação entre as modalidades, abordagem geográfica, porte e cada categoria de GC que é a soma de seus itens verificados. Os dados foram analisados através do software SPSS por meio de análise de descritiva dos dados e matriz de correlação.

## 1.6 Estrutura da dissertação

Esse estudo está organizado em seis seções, uma introdução, onde o tema é contextualizado, justificativa, questão de pesquisa, objetivos, aspectos metodológicos e a estrutura do trabalho.

Na segunda seção, aborda-se a teoria da agência e a governança corporativa. Na terceira seção, são abordados assuntos do mercado de saúde suplementar, sobre as operadoras de planos de saúde, mostrando os conceitos, histórico, estrutura, legislação, regulamentação e agência reguladora e as modalidades.

Na quarta seção, abordam-se os aspectos metodológicos do estudo, onde está definida a tipologia da pesquisa, amostra, coleta e tratamento dos dados. Na quinta seção, são apresentados os resultados das pesquisas. Na seqüência, a conclusão do estudo e, por fim, as referências.

## 2 TEORIA DA AGÊNCIA E GOVERNANÇA CORPORATIVA

Nesta seção, discutem-se os pontos principais relacionados à teoria da agência e sobre a governança corporativa, conforme a literatura de estudos nesta área.

### 2.1 Conceitos e principais estudos sobre a teoria da agência

A teoria da agência se originou da evolução das relações contratuais estabelecidas entre os atores (principal e agente) que foram apontadas por Berle e Means (1932) orientam-se para o desenvolvimento da ciência econômica e administrativa, onde a expansão das corporações separa o proprietário da gestão.

Dada a separação entre propriedade e gestão, nasce a discussão inicial sobre o conflito de agência, promovida embrionariamente por Berle e Means (1932), e, posteriormente, concebida por Jensen e Meckling (1976), como a *Agency Theory* (teoria da agência), que é compreendida com a precursora da Governança Corporativa (GC).

A teoria da agência fundamenta-se no compartilhamento dos riscos (perspectiva econômica), ao incluir o problema de agência. Este problema ocorre quando as partes cooperantes (principal-agente) têm diferentes objetivos e dividem o trabalho de perpetuarem a organização (JENSEN; MECKLING, 1976).

Para Fama e Jensen (1983), existe um interesse social em acompanhar a utilização dos recursos, para que não sejam desvirtuadas as finalidades pelos gestores. Desta maneira os gestores não estariam livres para usarem o poder concedido a eles sem se responsabilizarem por suas consequências.

De acordo com Jensen e Meckling (1976), o principal é o proprietário e agente é o administrador. Para o presente estudo define-se agente como a operadora e o principal seus usuários/consumidores, uma vez que as contrapartidas financeiras dos usuários garantiriam o funcionamento da operadora.

Segundo Eisenhardt (1989), essa separação eclode de uma consciência organizacional, que seria a compreensão da informação como custo para o Principal, mas a produção parte do Agente.

A consequência disso é que as organizações podem investir em sistemas de informação para controlar o oportunismo de seus controladores, transparência orientada para o controle.

A teoria da agência, segundo Eisenhardt (1989), compreende as implicações decorrentes do risco que as organizações assumem. O futuro da organização é controlado pelos seus membros e efeitos ambientais como regulação do governo, surgimento de novos concorrentes e as inovações tecnológicas podem afetar os resultados.

O principal deve manter um “bom relacionamento” com o agente para transmitir os direitos de decisão sobre a organização, caso o agente não compartilhe desse alinhamento, rompe com a expectativa gerada pelo principal, e eis que surge o conflito de interesse (HENDRICKSEN; VAN BREDA, 1999).

Os direitos do principal podem ser: avaliar a informação gerada pelo agente, exercer opção do sistema de informações, mas o agente é quem decide a execução. (HENDRICKSEN; VAN BREDA, 1999). Pois, ambos buscam um benefício mútuo que se traduza em uma maximização de suas utilidades.

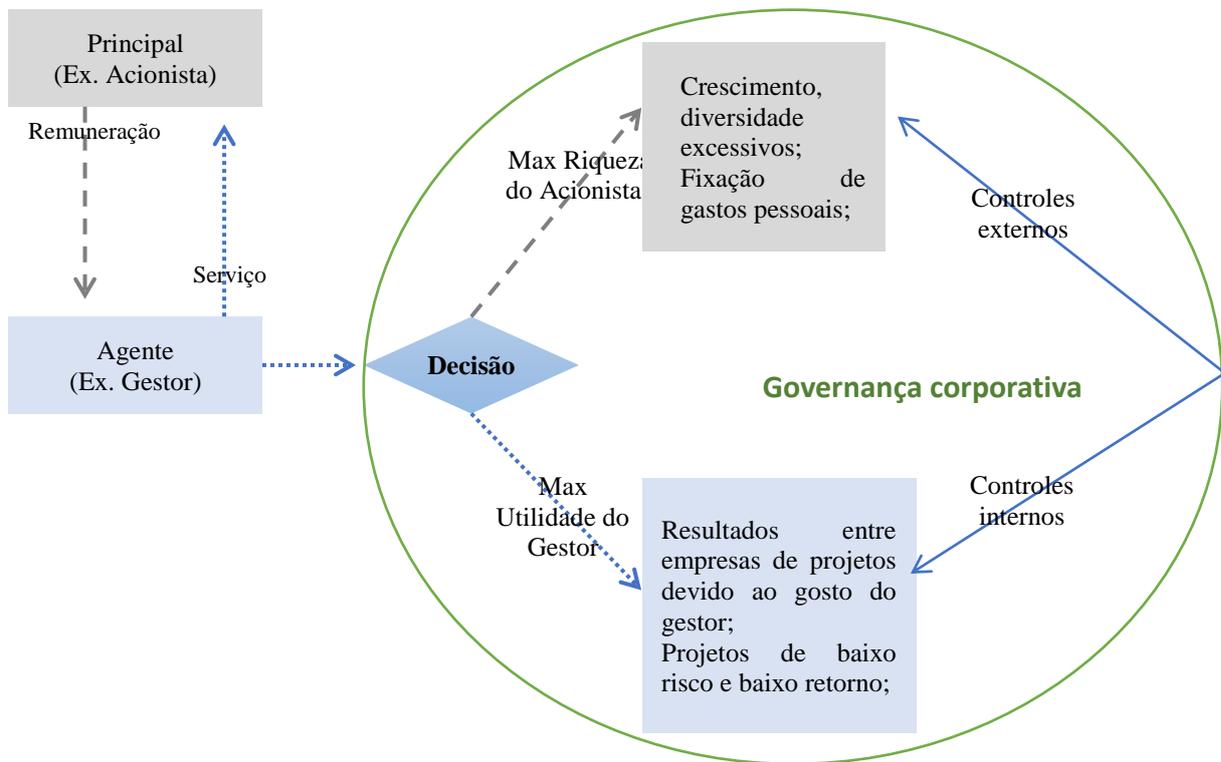
Lima e Terra (2005) confirmam que ambas as partes, principal e agente, se alinham para maximizar suas próprias utilidades, sendo presumível que eventualmente o agente agirá em seu próprio benefício, a fim de maximizar o seu bem-estar.

Para Rossetti e Andrade (2014), existem causas para ocorrer o desalinhamento entre o principal e o agente, que seria a inexistência do contrato perfeito e do agente perfeito. Os dois são objetivados, mas não são alcançados dentro de um ambiente que existem diversos atores interessados, tais como clientes/beneficiários, órgãos públicos (ANS) e políticos (legisladores) etc.

Em busca de garantir o atendimento da expectativa do principal, Williamson (1996) aponta que mecanismos e controles trazem justiça, transparência e responsabilidade para as ações do agente.

Conforme a Figura 1, o gestor (agente) recebe do principal (acionista) uma remuneração em troca dos seus serviços especializados de gestão.

Figura 1 – O problema de agência e a governança corporativa



Fonte: Adaptado de Silveira, (2004, p. 32).

O principal espera que o gestor, seu agente, tome decisões que maximizem sua riqueza, em relação ao estudo seria à além do lucro promover “saúde” ao usuário, pois ao maximizar a “saúde” dos usuários, estes continuam gerando suas contraprestações ao principal que objetivo o lucro.

Os controles internos são promotores do alinhamento das expectativas do principal junto as decisões do agente, são exemplos de controles internos: Conselho de administração e sistema de remuneração (SILVEIRA; BARROS, 2008).

Controles externos da organização são mecanismos redutores da falta de transparência das atividades e decisões tomadas pelo agente aos interessados externos à organização, são exemplos: Relatórios contábeis, auditorias externas de órgão públicos ou do próprio mercado financeiro (SILVEIRA; BARROS, 2008).

Nesse sentido, Silva Júnior (2006) ressalta que a teoria da Agência se volta para a análise de como o indivíduo (o principal) estabelece o contrato que motive o agente a agir de acordo com o seu interesse. Desta forma, tem-se uma situação em que as motivações\mecanismos entre o principal e o agente podem coincidir.

A teoria aponta que a utilização de mecanismos direciona os horizontes da organização mitigando o distanciamento dos interesses de todos os envolvidos na organização e todos estão interessados na continuidade ao passar do tempo (AGRAWAL; KNOEBER, 1996; WIEDENHÖFT; KLEIN, 2013).

Diante do exposto, entende-se que a governança corporativa se relaciona às divergências entre interesses e através de mecanismos/controles se estabelecem suas práticas. As questões que envolvem os interesses do negócio (atender a expectativa do principal, gerar lucro) e quanto a busca para não externalidades (efeitos sociais, econômicos e ambientais indiretamente causados por produto/serviço.) para sociedade reforçam o uso de controles entendidos como a governança corporativa (GC).

## **2.2 Conceitos e princípios da governança corporativa**

De acordo com Aguilera (2013), Governança Corporativa (GC) é o estudo da alocação dos direitos e de responsabilidades entre diferentes participantes da corporação. A GC desenvolveu-se em vários países contribuindo para o desenvolvimento da gestão nas organizações na tentativa de mitigar os conflitos de interesses (ROSSETTI; ANDRADE, 2014).

A governança corporativa ocorre quando existe um movimento de aproximação entre acionistas, conselheiros e direção com foco nos princípios éticos, de conformidade, de transparência e de *accountability* (ROSSETTI; ANDRADE, 2014). Esse movimento traz consigo perspectivas de todos os interessados gerando práticas efetivas.

Rossetti e Andrade (2014) classificaram em três grupos de razões o surgimento da Governança Corporativa: essencial, interna e externa. As essenciais seriam o relacionamento acionistas corporações, atuação da direção executiva e constituição de conselhos de administração. Internas: mudanças societárias, realinhamentos estratégicos, re-ordenamentos organizacionais e externas: mudanças do macro ambiente, no ambiente de negócios e revisões nas instituições de mercado de capitais junto com posturas ativas dos investidores institucionais (ROSSETTI; ANDRADE, 2014).

Essas seriam os principais motivadores organizacionais da adoção das práticas de GC e estão ligados aos níveis de envolvimento organizacional de cada grupo de *stakeholder*. De acordo com Rossetti e Andrade (2014), a aplicabilidade da GC nas organizações orienta

para maximizar lucros, em decorrência da redução de risco para os investidores e o aumento da gerência sobre a tomada de decisões.

No Quadro 1, apresenta-se conceitos relacionados a GC na perspectiva de vários autores.

Quadro 1 – Conceitos de pesquisadores sobre governança corporativa.

| Fonte                    | Conceito de governança corporativa   |
|--------------------------|--|
| Williamson (1996)        | Trata de justiça, da transparência e da responsabilidade das empresas no trato das questões que envolvem os interesses do negócio e os da sociedade como um todo.  |
| Shleifer e Vishny (1997) | É o campo da administração que trata do conjunto de relações entre a direção das empresas, seus conselhos de administração, seus acionistas e outros públicos estratégicos. Ela estabelece os caminhos pelos quais os supridores de capital das corporações são assegurados do retorno de seus investimentos |
| La Porta et al. (1998)   | É o conjunto de mecanismos que protegem os investidores externos da expropriação pelos internos (administradores e acionistas majoritários).   |
| Aguilera (2013)          | Estudo da distribuição de direitos e responsabilidades entre os diferentes participantes da corporação, tais como gerentes, acionistas, conselho de administração e outros stakeholders (por exemplo, funcionários, fornecedores e consumidores).  |
| Rosseti e Andrade (2014) | Sistema de relação entre a direção das empresas, seus conselhos de administração, acionistas e as partes interessadas; GC que trata do conjunto de leis e regulamentações.   |

Fonte: Adaptado a partir de Rosseti e Andrade (2014)

Observam-se que há focos distintos, mas, alinhados na direção do relacionamento e interesses dos acionistas (*shareholders*), das partes interessadas (*stakeholders*), controles/processos organizacionais.

Nesse sentido, Rossetti e Andrade (2014) procuraram sintetizar a abrangência e o sentido da Governança Corporativa, definindo-a como um conjunto de princípios, propósitos, processos e práticas que rege o sistema de poder e os mecanismos de gestão das empresas, abrangendo: a) propósitos dos proprietários; b) sistemas de relações proprietários-conselho-direção; c) maximização do retorno total dos proprietários, minimizando oportunismos conflitantes com este fim; d) sistema de controle e fiscalização das ações dos gestores; e) sistemas de informações relevantes e de prestação de contas às partes interessadas nos resultados da corporação; e, f) sistema guardião dos ativos tangíveis e intangíveis das empresas. Os princípios de GC são utilizados na legislação, regulamentos, estatutos das empresas e códigos de melhores práticas de governança.

Segundo Rosseti e Andrade (2014), os princípios de GC são: *fairness* (senso de justiça), *disclosure* (transparência), *accountability* (prestação de contas com responsabilidade) e *compliance* (conformidade legal, obediência às normas).

Para Scherer (2003), os princípios têm por objetivo de padronizar a conduta organizacional, possibilitando uma comparação quanto à disposição de seus dirigentes sem se comprometer com as recomendações feitas pelos principais.

De acordo com o IBGC (2015), os princípios de governança que devem orientar as boas práticas de governança são: transparência, equidade, prestação de contas e responsabilidade corporativa. Segundo Marques (2007), os princípios são pontos de referência para que as empresas desenvolvam suas práticas obedecendo as suas particularidades/necessidades.

A transparência é a divulgação clara e objetiva de informações relevantes, independentemente daquelas exigidas pela legislação.

Equidade é o tratamento justo e isonômico de todos os proprietários, beneficiários e demais partes interessadas, levando em consideração seus direitos, deveres, necessidades, interesses e expectativas.

A prestação de contas e conformidade legal é de responsabilidade dos administradores e das demais pessoas envolvidas nas decisões, de modo claro, conciso, compreensível e tempestivo, assumindo integralmente as consequências de seus atos e omissões e atuando com diligência e responsabilidade no âmbito do seu papel incluindo a manutenção da sua viabilidade econômico-financeira no curto, médio e longo prazo.

### **2.3 Práticas de governança corporativa**

As práticas de Governança Corporativa (GC) são mecanismos que mitigam os conflitos de interesses entre as partes envolvidas (gestor-conselho-acionistas-sociedade), em que há possibilidades de assimetria informacional e/ou risco excessivo.

De acordo com IBGC (2015) práticas de GC são os princípios convertidos (Transparência, Equidade, Prestação de contas e Responsabilidade corporativa) em recomendações objetivas e auditáveis que objetivam a preservação do valor econômico da organização, facilitando seu acesso a recursos e contribuindo para uma melhor gestão.

Essas recomendações objetivas (práticas) são apresentadas no Quadro 2, do relatório *Cadbury* (1992, p. 15) em forma de orientações para envolvidos no processo de condução da GC.

Quadro 2 – Código *Cadbury* das práticas de governança corporativa

| Onde se aplica?           | O que recomenda, como prática?  |
|---------------------------|---|
| Conselho de Administração | <ul style="list-style-type: none"> <li>- reunir-se regularmente, manter o pleno e eficaz controle sobre a organização;</li> <li>- divisão clara de responsabilidades para equilíbrio de poder e autoridade. É essencial que o presidente do conselho não seja membro da diretoria executiva;</li> <li>- deve incluir executivos não pertencentes à diretoria executiva com poder e número para tomada de decisão;</li> <li>- deve ter um procedimento formal para assuntos reservados para as decisões para garantir a direção e o controle da organização;</li> <li>- deve haver um procedimento de conduta para os diretores no cumprimento de suas obrigações para tornar o conselho independente;</li> <li>- todos os diretores devem ter acesso às informações e serviços do secretário, responsável do conselho pelo cumprimento dos procedimentos, regras e regulamentos.</li> </ul> |
| Diretores não Executivos  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- devem ter julgamento independente sobre a condução das questões estratégicas, desempenho, recursos, incluindo os compromissos fundamentais e das normas de conduta.</li> <li>- devem ter independência na gestão e livre de qualquer relação comercial ou outra relação que interfira no julgamento;</li> <li>- devem nomeados com mandatos com prazo determinado e a recondução não deve ser automática;</li> <li>- devem ser selecionados por um processo formal e suas nomeações devem ser um assunto a ser discutido pelo Conselho de Administração.</li> </ul>  |
| Diretores Executivos      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- os contratos dos diretores não devem exceder três anos sem aprovação dos <i>shareholders</i>;</li> <li>- deve ser transparente a remuneração dos diretores e do presidente. Bônus devem ser pagos em função e parâmetros de medida de desempenho;</li> <li>- a remuneração dos diretores executivos deve ser objeto de recomendações de um comitê de remuneração constituído exclusivamente de diretores não executivos.</li> </ul>  |
| Informações/ Controles    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- é obrigação do conselho apresentar uma avaliação clara e equilibrada da situação da empresa;</li> <li>- o Conselho deve assegurar manter uma objetiva e profissional relação com os auditores;</li> <li>- o Conselho deve estabelecer um comitê de auditoria com três diretores não executivos com mandato definido claramente, com autoridade e obrigações;</li> <li>- os diretores devem justificar suas responsabilidades pela elaboração das demonstrações financeiras em conjunto com o parecer dos auditores sobre as informações;</li> <li>- os diretores devem reportar sobre o sistema interno de controle da organização;</li> <li>- os diretores devem informar sobre a atividade do negócio, com responsabilidade ou qualificação, conforme necessário.</li> </ul>   |

Fonte: Adaptado a partir do relatório de Cadbury (1992)

Ainda percebe-se que a adesão de GC pelas organizações seguem dois caminhos:

a) uma compreensão de responsabilidades, abordagem para diretoria na elaboração de suas estratégias em alto nível; e b) padrões de relatórios financeiros com base nas recomendações de entidades reguladoras (CADBURY, 1992).

No conselho de administração (CA) se averigua a prestação de contas dos gestores aos acionistas (*shareholders*) com base em informações de qualidade que são fornecidas ao principal e estes ficam disponíveis para exercer as suas responsabilidades como proprietários.

O conselho de administração é um agente fiduciário dos interesses dos acionistas, fazendo um elo relacional entre: os acionistas e a diretoria executiva, entre acionistas controladores e os minoritários, monitorando a estrutura de riscos e gerindo os possíveis conflitos e custos desta relação de agência (IBGC, 2015).

A diretoria comanda o funcionamento da organização de acordo com o negócio da organização e suas estratégias. Tem como função basilar a tomada de decisão em prol da maximização e agregação de valores ao(s) proprietário(s) de maneira sinérgica com o conselho de administração, devendo ter função e responsabilidades distintas e claras (LOBO, 2010).

As diretorias e o conselho de administração devem estar sempre alinhados com o objetivo da companhia e alinhados com a cultura da GC para que esse processo possa contribuir para a geração de valor, pautada nos princípios legais e éticos (IBGC, 2015).

É natural ocorrer este alinhamento, pois as recomendações estão ligadas a prática, e esta ligadas aos princípios e deste entrelaçamento surge à transformadora mecânica de funcionamento da máquina organizacional, o que eleva a organização aos patamares que os acionistas (*shareholders*) e gestores desejam (RODRIGUES; MENDES, 2004).

As informações e controles têm duas funções interligadas e segundo Boytsun, Deloof e Matthyssens (2011), quanto mais informações as partes interessadas possuem (transparência), maior será o desempenho das empresas, ou seja, quanto mais informação os controles fornecem maior será a percepção do que se faz na organização.

De acordo com Shleifer e Vishny (1997), ao assegurar a maior transparência possível, o Conselho de Administração e as diretorias, protegem os investidores de expropriações por parte do Gestor, ou seja, mitigam os conflitos de interesse. Rosseti e Andrade (2014), apontam para o controle, como uma estrutura composta pelos acionistas, assembléia geral, auditorias e conselho fiscal.

Os acionistas são fonte de financiamento de recursos, sendo denominado por Claessens *et al.* (2002) incentivadores (efeito incentivador), fazendo com que eles se interessem em supervisionar os gestores e exigir informações, mas, deve ser observado que numa situação onde há concentração de ações em poucos acionistas.

Conforme Silveira, Marcolin e Freitas (2015), os “grandes acionistas” passam a perseguir outros acionistas, baseando-se na hipótese de que quanto maior o direito de controle e, maior a probabilidade de expropriação da riqueza dos outros acionistas.

As práticas de GC estão intimamente ligadas aos conceitos da teoria da agência e aos seus custos, que para Gawlak e Ratzke (2011) a GC engloba outros conceitos quando se refere ao monitoramento e controle dos administradores. Por esse motivo necessita-se da conversão dos princípios GC em práticas, para uma possível investigação objetiva.

No Brasil, segundo Monken *et al.* (2015), as práticas de GC são sugeridas pelos órgãos que encabeçam o movimento para a condução de práticas de governança que são: Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (IBGC), a Comissão de Valores Mobiliários (CVM) e a Brasil, Bolsa, Balcão (B3).

### 3 MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

O mercado de saúde suplementar tem início no Brasil em 1920, com a criação da Lei Eloy Chaves, (24 de janeiro de 1923), e da Caixa de Assistência aos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI), da assistência patronal para os servidores do instituto de aposentadoria e pensões dos industriários e, posteriormente, com a concessão de assistência médico hospitalar para empregados das empresas estatais (BAHIA; VIANA, 2002).

Apresenta-se o Quadro 3, os principais momentos históricos referentes a consolidação do setor de saúde suplementar no Brasil.

Quadro 3 – Histórico do mercado de saúde suplementar no Brasil

| Período   | Principais acontecimentos  |
|-----------|--|
| 1920-1940 | - Início da Previdência Social no Brasil, publicação da Lei Eloy Chaves;<br>- Financiamento serviços médico-hospitalares aos trabalhadores e seus dependentes.   |
| 1941-1950 | - Criação da CASSI;<br>- Assistência patronal para servidores do Instituto de Aposentadoria e Pensão;<br>- Assistência médico hospitalar para empregados de estatais;<br>- Sistemas organizados exclusivos para funcionários estaduais sem Previdência Social – regimes próprios de previdência;<br>- Empregados atendidos nos serviços médicos das fábricas, ambulatórios das caixas de assistência e por prestadores privados, depois reembolsados.  |
| 1951-1960 | - Modificações nas relações entre financiadores e provedores de serviços;<br>- Estímulo do processo empresarial da medicina pelos convênios médicos entre empregadoras e empresas médicas (cooperativas e medicina de grupo);<br>- Unimed's surgiram como cooperativas de trabalho médico;<br>- Ampliação de rede de serviços, próprias e credenciadas;<br>- Preservação de planos próprios em muitas empresas empregadoras e multinacionais, credenciando provedores de serviços.   |
| 1961-1980 | - Criação de redes de serviços privados contratadas pelo Estado;<br>- Existência de regimes diferenciados de atendimento (Segmentação do atendimento);<br>- a Unidade de Serviço (US) do Instituto Nacional de Previdência Social era padrão de remuneração dos procedimentos médico-hospitalares;<br>- Normatização da prática de reembolso de despesas assistenciais;<br>- Comercialização de convênio-empresa diretamente entre empregadores e empresas médicas.  |
| 1981-1990 | - Consolidação das empresas de planos de saúde como alternativas assistenciais para trabalhadores da região sudeste;<br>- Caracterização distorcida dos planos empresariais (benefícios x direitos assistenciais);<br>- Aumento do mercado de planos de saúde;<br>- Intensificação de comercialização de planos individuais;<br>- Vinculação da assistência privada ao financiamento da assistência médica suplementar;<br>- Atuação mais sistemática das seguradoras com a autorização da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) a referenciar serviços de saúde;<br>- Atribuição do Estado de assegurar o direito à saúde dos cidadãos pela Constituição – criação do SUS. |

Continua...

| Período   | Principais acontecimentos  |
|-----------|--|
| 1991-1999 | - Comercialização de planos individuais acentuada, visto o aumento de poder de compra por força do plano real, por meio de hospitais filantrópicos e empresas médicas; |
|           | - Consolidação de empresas com atuação nacional: Amil, Golden Cross.   |
|           | -Cria-se Agencia Nacional de Saúde Suplementar (1998); Lei nº 9.656, editada em junho de 1998.   |
| 2000-2009 | - Publicadas normas para o fornecimento de informações do cadastro de beneficiários;   |
|           | -Índice de Reclamações no portal da ANS, Estatuto do Idoso, que provocaram mudanças;   |
|           | -ANS lança o Programa de Incentivo à Adaptação de Contratos, lançado o Relatório de Gestão;  |
|           | -É lançado o Guia ANS de Planos de Saúde.  |
| 2010-2019 | -ANS faz o primeiro repasse ao Fundo Nacional de Saúde (R\$ 76,1 mi ao SUS);   |
|           | -Painel de Precificação de Planos de Saúde;  |
|           | -São gerados esforços para melhoria dos canais de comunicação no Setor junto à ANS.  |

Fonte: Adaptado de ANS (2019) e Bahia e Viana (2002).

Conforme o Quadro 3, ao longo desses 100 anos houve diversos movimentos buscando aperfeiçoar a saúde suplementar e segundo Cohn, (1999) passam a coexistir os sistemas de serviços complexos e com tecnologias que tornam o setor um acumulador de recursos financeiros.

As operadoras tiveram início em 1950 quando alguns médicos de São Paulo se reuniram para prestar assistência aos funcionários de uma companhia, por meio de um pré-pagamento e em 1960 surge a primeira regulamentação para o seguro-saúde (CECHIN, 2008).

No início de 1990 surge o Código de Defesa do Consumidor (CDC) e as OPS tornaram-se alvos de reclamações por parte dos consumidores. Assim começaram os primeiros debates sobre a necessidade de regulamentação do setor de saúde suplementar. (CECHIN, 2008).

No fim de 1990, as perspectivas para a saúde suplementar eram positivas, estimava-se que o setor teria 80 milhões de consumidores no país, isto ocorre devido principalmente após o plano Real, em 1994, houve uma estimativa por parte dos analistas de mercado que a comercialização de planos individuais seriam impulsionadas devido a estabilidade da inflação (VILELA, 2017).

O setor atingiu 54 milhões de consumidores em 2013, seu máximo e em 2017 recua para 47 milhões (ANS, 2019), o que sinaliza a relevância para a economia nacional.

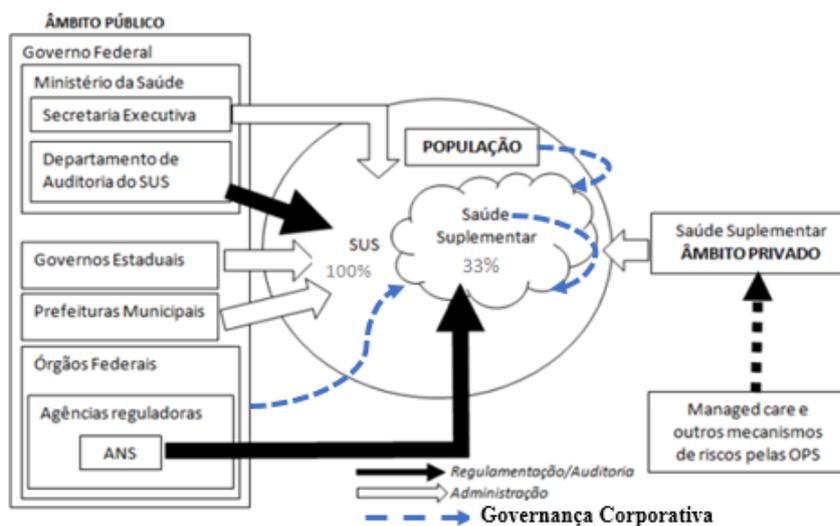
Dentro do setor as Operadoras de Planos de Saúde (OPS) ou como são chamadas atualmente, operadoras de saúde suplementar, são definidas pela Lei 9.656/98 como uma pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, prestando serviços ou cobertura, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir acesso à saúde ao consumidor (BRASIL, 1998).

A assistência suplementar de saúde é caracterizada-se pelo financiamento de seus serviços por meio de pagamento de plano ou seguro privado (ALMEIDA, 1998). Esta característica aufere a necessidade de regulamentação por parte do estado mediante sua importância no cenário econômico nacional.

Um dos momentos particulares no desenvolvimento das OPS foi a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), instituída pela lei de número 9.656/98.

Na Figura 2, apresenta-se um esquema resumo da estrutura do sistema de saúde no Brasil. O cenário do sistema de saúde é composto pelo serviço público (governos federal e estadual, prefeituras, ministério, secretárias e o Sistema Único de Saúde – SUS) e pelo sistema privado, por meio das operadoras e pela ANS.

Figura 2 - Estrutura do setor de saúde nos âmbitos público e privado



Fonte: Adaptado de Sampaio (2008, p. 16).

A Figura 2 é a representação da estrutura de funcionamento do setor da saúde no Brasil. O presente estudo traz evidências das práticas de governança corporativa oriundas da pressão exercida pela ANS e outras instituições governamentais de controle (AMORIM, 2015), população e pelo mercado da Saúde Suplementar (LOBO, 2010; FERREIRA et al., 2014; VILELA, 2017).

Segundo Amorim (2015), entre 2002 e 2011, o Tribunal de Contas da União identificou R\$ 2,3 bilhões desviados, 32% do total dos recursos das rubricas hospitalares, medicamentos, ambulâncias e equipamentos; o departamento nacional de auditoria do SUS encontrou irregularidades com verbas federais de R\$ 868 milhões entre 2008 e 2013, 1.339 processos irregulares no total de 5.424, que sinaliza o controle por parte dos órgãos reguladores, que será tratada na próxima seção.

### 3.1 Legislação, regulamentação e ANS

Com o advento da Lei 9.656 de 3 de junho de 1998, que veio definir as regras do setor de saúde suplementar, a Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) era o órgão governamental responsável pelo setor antes da Lei supracitada. As diretrizes eram definidas pelo Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP).

De acordo com Teixeira, Bahia e Vianna (2002), a SUSEP era responsável em autorizar as seguradoras para operarem com serviços de saúde.

A Secretária de Assistência à Saúde/Departamento de Saúde Suplementar (DEDAS) e Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) regulavam a atividade de produção da assistência à saúde e cria-se a Câmara de Saúde Suplementar (CSS) com função consultiva no sistema regulatório (ANS, 2019).

Segundo Bahia e Vianna (2002), havia uma necessidade de uma regulamentação que minimizasse problemas como assimetria de informações entre clientes, operadoras e provedores de serviços e a seleção de riscos, além de distorções em relação à seleção de risco pelas operadoras e preservar a competitividade.

O arcabouço regulatório do setor é composto principalmente pela Lei 9.656/98, de 3 de junho de 1998, Medida Provisória (MP) 2.177-44, originária da MP 1.665, de 5 de junho de 1998, e pela Lei 9.961/00, de 20 de janeiro de 2000, que criou a ANS, e pela Lei 10.185/01, de 12 de fevereiro de 2001, que criou a seguradora especializada em saúde. De acordo com a Lei 9.656/90, por meio da câmara dos deputados, aprovou a primeira versão do projeto de lei de regulamentação dos planos de saúde (BRASIL, 1990).

Optou-se pela indução do plano de referência, que não aceitava exclusões de cobertura e exigia uma cobertura plena de doenças listadas na Classificação Internacional de Doenças (CID).

Emergiu um cenário de criação de novas regras que amparavam o consumidor como controle de reajustes de preço, faixa etária, proibição de seleção de risco e do rompimento unilateral do contrato individual, surge então o sistema de regulação bipartida (ANS, 2019).

A regulação da atividade e normatização de aspectos econômico-financeiros das operadoras e produtos ficava a cargo do Ministério da Fazenda, por intermédio do CNSP, com controle e fiscalização da SUSEP, e a normatização assistencial e a atividade de produção dos serviços da assistência à saúde, no Ministério da Saúde.

Quadro 4– Antes e depois da regulamentação do setor de saúde suplementar

| <b>Espécie</b>      | <b>Antes da LEI 9.656/90</b> | <b>Depois da LEI 9.656/90</b>  |
|---------------------|------------------------------|--|
| Operadoras          | Livre Atuação                | Atuação Controlada<br>- autorização de funcionamento<br>- regras de operação uniformes<br>- exigências de reservas (garantias financeiras)<br>- sujeitas à intervenção e liquidação                                |
| Assistência à Saúde | Livre Atuação                | Atuação Controlada<br>- assistência integral obrigatória<br>- proibição de seleção de risco<br>- proibição de rescisão unilateral dos contratos<br>- definição e limitação de carências<br>- reajustes controlados |

Fonte: Adaptado de ANS (2000).

Em referência às operadoras, a regulamentação passou a exigir que o seu funcionamento fosse autorizado, com regra de constituir reservas e garantias financeiras para minimizar o risco de insolvência. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) possui poder na atuação, autonomia política, administrativa, financeira, patrimonial e tem poder legal para efetivar suas resoluções (BRASIL, 1998).

Mesmo com os controles exigidos pela agência reguladora, em fevereiro de 2016 é publicada a liquidação extrajudicial da operadora União dos Médicos (Unimed) Paulistana, que naquele ano a operadora tinha uma das maiores carteiras de beneficiários do Brasil (ANS, 2016). Com a solvência e a liquidação da carteira da Unimed surgem questionamentos sobre os controles de riscos exigidos da ANS e sobre os mecanismos adotados pelas organizações daquele setor.

Como resposta por parte da ANS, cria-se o Comitê de Governança, Riscos e Controles (CGRC) com a publicação da Resolução Administrativa de número 67 que foi publicada em maio de 2017 (ANS, 2019).

Diante da pressão popular e do mercado devido ao caso da Unimed paulistana, ANS buscou uma parceria com a Brasil Bolsa Balcão (B3), com Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (IBGC). Desta parceria, ANS define os requisitos mínimos de Governança Corporativa para o setor (ANS, 2019).

A Resolução Normativa 67 dispõe sobre a adoção de práticas de Governança Corporativa (GC), com ênfase em controles internos e gestão de riscos pelas operadoras de planos de saúde.

A partir de janeiro de 2019 com a RN 443, as operadoras de saúde são obrigadas a: a) Definir os objetivos dos controles e das responsabilidades para mitigar conflito de interesses nos processos internos; b) Identificar e avaliar riscos que podem ameaçar sua eficácia; c) Fornecer canais de comunicação que assegurem aos funcionários ciência das suas responsabilidades; c) Testar a segurança de seus sistemas de informações, em especial os do meio eletrônico; d) Propor ações/planos de contingência, quando necessários.

Essas práticas mínimas impulsionam a possibilidade de abertura aos investidores estrangeiros, os quais exigem práticas mais práticas de GC, ou seja, as OPS necessitam adequar seus modelos de gestão além do solicitado pelo órgão regulador (CALVE *et al.*, 2013; MONKEN *et al.*, 2015).

A partir da RN 443/19, a Governança Corporativa (GC) é obrigação de cada uma das operadoras. As operadoras de saúde são obrigadas a: a) Definir os objetivos dos controles e das responsabilidades para mitigar conflito de interesses nos processos internos; b) Identificar e avaliar riscos que podem ameaçar sua eficácia; c) Fornecer canais de comunicação que assegurem aos funcionários ciência das suas responsabilidades; c) Testar a segurança de seus sistemas de informações, em especial os do meio eletrônico; d) Propor ações/planos de contingência, quando necessários (ANS, 2019).

A Governança Corporativa é entendida como elo fundamental para a longevidade das organizações (LORENZI; PROCOPIUCK; QUANDT, 2009). A governança surge no sentido de minimizar os conflitos de agência.

O que a GC busca é minimizar o problema de agência que reside no custo do controle (remuneração dos gestores, geração de relatórios, auditorias etc) de ações que minimizem as diferenças das informações geradas dentro para fora das empresas, esse custo é denominado custo de agência. (JENSEN; MECKLING, 1976).

Como resposta por parte da ANS cria-se o Comitê de Governança, Riscos e Controles (CGRC) com a publicação da Resolução Administrativa de número 67 que foi publicada em maio de 2017 (ANS, 2019).

Diante da pressão popular e do mercado devido ao caso da Unimed, ANS buscou uma parceria com a Brasil Bolsa Balcão (B3), com Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (IBGC) desta parceria ANS define os requisitos mínimos de Governança Corporativa para o setor (ANS, 2019).

Diante do exposto, surge um sistema regulatório mais rigoroso e uma agência que exige transparência dos processos e das relações que constituem a operação de planos e seguros de saúde (LOBO, 2010; AMORIM, 2015).

### 3.2 Modalidades das operadoras de saúde suplementar

As Operadoras de Saúde Suplementar (OPS) possuem características de operacionalização de seus planos e natureza organizacional distintas, sendo classificadas de acordo com as modalidades: administradoras, cooperativas médicas, cooperativas odontológicas, autogestão, medicina de grupo, odontologia de grupo e filantropia (ANS, 2018).

Para Almeida (1998) e Bahia e Viana (2002), as principais modalidades das OPS são: medicina de grupo; cooperativas médicas; planos de autogestão ou co-gestão e seguros-saúde. Essa classificação é regida pela Resolução de número 39, de 27 de outubro de 2000 que define as classificações das OPS (ANS, 2018).

No Quadro 5, apresenta-se as modalidades das OPS de acordo com sua definição. Conforme a ANS (2019), a modalidade de medicina de grupo e cooperativa médica tem a maior representatividade do segmento médico-hospitalar.

Quadro 5 – Modalidade das operadoras de saúde suplementar

| Modalidade        | Características  |
|-------------------|--|
| Administradoras   | Empresas que administram serviços de assistência à saúde por operadoras, não assumindo riscos. Não possuem redes de serviços médicos.  |
| Cooperativas      | Sociedades de pessoas, sem fins lucrativos, constituídas conforme disposto na Lei nº 5.764/71, que operam Planos. As cooperativas odontológicas operam exclusivamente Planos Odontológicos.  |
| Autogestão        | Responsáveis pelo plano de saúde destinado e vinculado exclusivamente a empregados ativos, aposentados, pensionistas, ex-empregados, os respectivos grupos familiares de instituições específicas.   |
| Medicina de grupo | Pessoa jurídica de direito privado, com ou sem fins lucrativos, que “se dedique à prestação de assistência médico-hospitalar mediante contraprestações pecuniárias”, sendo vedada a cobertura de evento singular; a referida assistência pode ser prestada com recursos próprios ou através de redes credenciadas. |

| Modalidade  | Características   |
|-------------|---|
| Filantropia | Classificam-se nessa modalidade as entidades sem fins lucrativos que operam Planos Privados de Assistência à Saúde e tenham obtido certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e declaração de utilidade pública federal, estadual ou municipal. |

Fonte: Adaptado ANS (2019).

Em resumo foi apresentada a questão das origens, legislação e regulamentação e modalidades das operadoras de saúde suplementar e escolheu-se a teoria de agência sendo está apropriada e mais ser frequente nos estudos de Governança (MONKEN *et al.* 2015).

### 3.3 Estudos empíricos sobre governança corporativa na saúde

No Quadro 6, são apresentados estudos empíricos anteriores sobre governança corporativa na saúde ou aplicações de modelos de gestão no setor de saúde. A busca foi realizada na base de dados do repositório SPELL com as palavras: governança corporativa e saúde, no período de 2008 a 2017.

Quadro 6 – Estudos empíricos anteriores sobre governança corporativa na saúde.

| Autores (Ano)           | Objetivo  | Tipologia             | Resultados  | Conclusão   |
|-------------------------|---|-----------------------|---|---|
| Gonçalves et al. (2008) | Descrever a dinâmica do setor hospitalar no Estado de São Paulo.  | <i>Survey</i>         | Os stakeholders mais influentes do setor são: Pacientes, Saúde Suplementar, Ministério da Saúde, Concorrentes, Médicos, Indústria de Equipamentos Hospitalares, Indústria Farmacêutica e Indústria de Material Médico-Hospitalar. | As variáveis ambientais de maior influência são: política governamental de saúde, inovações tecnológicas do setor hospitalar, poder aquisitivo da população, taxas de juros e idade média da população. |
| Calve et al. (2013)     | relaciona o nível de aderência às práticas de governança corporativa nos hospitais filantrópicos do Espírito Santo e a relação dessas práticas com os resultados operacionais, de acordo com a teoria de agência. | Estudo de multicaseos | Os resultados apontaram que apenas um hospital conseguiu ultrapassar 50% da pontuação máxima do Índice de Governança Corporativa para Hospitais Filantrópicos.  | Hospitais com maior índice do IGHF possuem médias diferentes dos hospitais com menor índice do IGHF para os indicadores de receita, ativos e internações, por leito hospitalar.                         |
| Ferreira et al. (2014)  | Identificar as práticas de governança corporativa existentes na operadora CAMED.  | Estudo de caso        | Foram identificadas boas práticas de governança corporativa, como o conselho de administração, conselho fiscal e diretoria executiva colegiada.   | As práticas de governança corporativa identificadas na CAMED contribuem para o fortalecimento do modelo de gestão.  |

Continua...

| <b>Autores (Ano)</b>            | <b>Objetivo</b>   | <b>Tipologia</b>      | <b>Resultados</b>  | <b>Conclusão</b>   |
|---------------------------------|---|-----------------------|--|--|
| Monken et al. (2015)            | Análise das produções científicas nacionais com o foco nas pesquisas sobre governança corporativa no setor da saúde.                                      | Estudo bibliométrico  | A Governança Corporativa no setor da saúde vinculada às organizações privadas, infere-se uma discussão ainda incipiente e vinculada aos institutos de ensino e pesquisa, bem como entidades de classe. | Evidencia a necessidade de aprofundamento do tema na área, da amplitude multifacetada do setor da saúde para se apropriar das ações de governança corporativa. |
| Vilela, Ferraz, e Ferraz (2015) | Modelo diagnóstico para avaliar o nível de consolidação das práticas de Governança Corporativa em organizações cooperativas operadoras de planos de saúde | Estudo de multicaseos | Apresenta-se um resultado de três operadoras e como exemplos do uso de seu modelo diagnóstico.   | A conclusão é o enquadramento por quartil das práticas de governança corporativas das operadoras do estudo.  |
| Baptista e Pedroso (2016)       | Analisar o método aplicado na prática no caso de uma operadora de saúde regional para alinhar sua estratégia aplicada aos planos de saúde.                | Estudo de caso        | Verifica-se uma margem de lucro acima do mercado, além de melhorias de processos.  | Modelos de negócio, quando bem aplicados, permitem a companhia avaliar melhor suas decisões.   |

Fonte: Elaborado pelo próprio autor (2019).

Segundo o estudo de Calve *et al.* (2013) usam a Teoria da Agência como suporte teórico, como metodologia usam um estudo de caso nos hospitais filantrópicos do estado do Espírito Santo e percebem que a aderência às práticas de GC nos hospitais filantrópicos são baixas e afetam a receita, ativos e internações por leito hospitalar.

Na saúde suplementar, Ferreira *et al.* (2014) apontam para as práticas de governança: conselho de administração (CA), conselho fiscal e diretoria executiva colegiada sem a obrigação legal. A pesquisa foi um estudo de caso único da caixa de assistência dos funcionários do banco do nordeste (CAMED) e identificaram que práticas de GC, como o conselho de administração (CA), conselho fiscal e diretoria executiva colegiada são atendidas por estas operadoras.

No estudo de Monken *et al.* (2015) é um estudo bibliométrico que traz a discussão da necessidade da Governança Corporativa na saúde eles identificaram que a abordagem qualitativa, estudos descritivos em estudos de caso predominam nos estudos de Governança Corporativa na Saúde.

De acordo com Vilela, Ferraz e Ferraz (2015) pode-se classificar os níveis de governança corporativa a cada quartil de práticas observadas pelas operadoras de saúde, em seu estudo apresentam uma tabela com níveis de governança corporativa de acordo com a

pontuação atendida pelas operadoras de saúde. De acordo com os pontos atingidos a tabela classifica as operadoras de saúde com: baixo (0-0,25 práticas de GC), moderado (0,25-0,5 práticas de GC), em consolidação (0,5-0,75 práticas de GC) e avançado (0,75-1,0 práticas de GC).

Vilela (2017) é um dos principais estudos da área que chama atenção para a Governança Corporativa (GC) dentro das UNIMED e explica a GC como um fenômeno recente cujas práticas não estão consolidadas em todos os países, devido às relações culturais e institucionais e aponta para a modalidade de cooperativas médicas no Brasil como em consolidação.

## **4 ASPECTOS METODOLÓGICOS**

Esta seção apontará os caminhos percorridos na realização desta pesquisa. Aborda-se o desenvolvimento da metodologia no estudo científico e a sistemática para atingir os objetivos. Inicialmente apresenta-se a tipologia da pesquisa. Em seguida, são dispostas as empresas integrantes da amostra e o período de abrangência do estudo. Finalmente são apresentados os procedimentos de coleta e de análise de dados, contendo as técnicas estatísticas e matemáticas utilizadas para a análise.

### **4.1 Tipologia da pesquisa**

Esse estudo é de natureza quantitativa, descritiva e documental. A pesquisa foi desenvolvida como um estudo de natureza quantitativa, pois verificar de maneira objetiva relações entre as variáveis e a teoria (CRESWELL, 2010).

A pesquisa é descritiva, busca-se identificar, relatar, comparar, aspectos /características comuns aos elementos da amostra e são utilizadas técnicas padronizadas na coleta dos dados (RAUPP; BEUREN, 2006). Entende-se que esta descrição ocorre por meio das características de determinada população e o estabelecimento de relações entre as variáveis.

A pesquisa documental é uma das mais usadas, sobretudo quando se deseja analisar o comportamento de determinado setor da economia, como os aspectos relacionados à situação patrimonial, econômica e financeira (RAUPP; BEUREN, 2006). Foram utilizados os relatórios anuais disponibilizados nos *websites* e/ou os demonstrativos de resultados contábeis.

### **4.2 População e amostra**

A população é composta por todas as 691 Operadoras de Planos de Saúde (OPS) com cadastro ativo junto a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2018).

Conforme Bolfarine e Bussab (2005), os métodos de seleção da amostra objetivam uma extração representativa e “precisa” da população que conduza as estimativas das características da população. Os autores apontam a existência de dois grupos de métodos

para selecionar amostras: os métodos aleatórios e não aleatórios.

Amostragem por estratos facilita a coleta dos dados, usam-se as modalidades para representarem os extratos deste estudo. De acordo com Morettin e Bussab (2010) a amostragem por estratos pertence à família de amostras aleatórias e consiste em dividir toda a população em diferentes subgrupos ou estratos, de maneira que um indivíduo pode fazer parte apenas de um único estrato (Tabela 1). Diante desse contexto, se faz uso por estratos e a possibilidade uma investigação tempestiva e com custos menores.

Tabela 1 – Amostra do estudo

| Modalidades        | População  | Percentual População | Amostra   | Percentual Amostra |
|--------------------|------------|----------------------|-----------|--------------------|
| Autogestão         | 136        | 20%                  | 10        | 18%                |
| Cooperativa Médica | 278        | 40%                  | 20        | 36%                |
| Filantrópica       | 39         | 6%                   | 5         | 9%                 |
| Medicina em grupo  | 229        | 33%                  | 16        | 28%                |
| Seguradoras        | 9          | 1%                   | 5         | 9%                 |
| <b>Total</b>       | <b>691</b> | <b>100%</b>          | <b>56</b> | <b>100%</b>        |

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Para compor a amostra, selecionam-se indivíduos utilizando uma técnica de amostragem por estratos de forma separada, os estratos são grupos homogêneos de indivíduos, que por sua vez, são heterogêneos entre os diferentes grupos (MORETTIN; BUSSAB, 2004). Foram mantidas suas proporções, exceto nas modalidades com menos de cinco observações, no caso Filantropia e Seguradora.

A amostra completa (n) foi composta pela soma dos estratos ( $n_1 + \dots + n_5$ ) que totalizou 56 observações com um erro amostral de 9,1% e com nível de confiança de 90% considerando que cada estrato é homogêneo, utilizou-se de um desvio-padrão de 0,25 devido ao “conservadorismo inferencial” do parâmetro populacional, conforme a Figura 3, abaixo.

Figura 3 – Cálculo da amostra com população finita

$$n = \frac{N\sigma^2 z_{\gamma/2}^2}{(N-1)\varepsilon^2 + \sigma^2 z_{\gamma/2}^2}$$

- Em que:
- N é o tamanho da população
- $\sigma$  é o desvio padrão populacional
- $z_{\gamma/2}$  é o grau de confiança obtido da tabela da normal padrão
- $\varepsilon$  é o erro amostral.

Fonte: Adaptado de Morettin e Bussab (2010).

### 4.3 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada com base nas informações disponíveis no portal da ANS (número de registro da OPS, modalidade, abrangência geográfica, certificação de acreditação) e através dos *websites* das operadoras selecionadas. Foram verificados os 17 itens através do instrumento de coleta adaptado a partir dos estudos de Calve *et al.* (2013), Ferreira *et al.* (2015), Brandão e Crisóstomo (2015), Vilela, Ferraz e Ferraz (2015) e ANS (2019).

A pesquisa investigou as práticas de Governança Corporativa das Operadoras de Saúde Suplementar no Brasil, de acordo com três dimensões: Conselho de Administração, Conflitos de Interesses e Transparência.

A coleta foi realizada nos *websites* de cada operadora selecionada através de processo de amostragem depois de ser verificado a quantidade de OPS ativas junto à ANS, cada item recebeu o valor 1 quando foi verificado e 0 caso contrário, verificou-se cada item através da visualização da sua presença no *website* e/ou em documentos disponíveis para download, como por exemplo, o relatório anual.

Usam-se as práticas de Governança Corporativa da Saúde (GCS) suplementar como o somatório das práticas evidenciadas nas operadoras de saúde suplementar selecionadas na amostra. No Quadro 7, apresenta-se o instrumento de coleta de dados utilizado na pesquisa.

Quadro 7 – Instrumento de coleta por categorias das práticas de Governança Corporativa.

| Dimensões                 | Cód. | Descrição da prática  | 1 | 0 |
|---------------------------|------|---|---|---|
| Conselho de Administração | CA01 | Os cargos de presidente do Conselho de Administração e CEO são ocupados por pessoas diferentes. | X |   |
|                           | CA02 | O CEO/Presidente do conselho possui formação em gestão?   |   | X |
|                           | CA03 | O Conselho de Administração é composto por 5 (cinco) a 11 (onze) membros.                       |   |   |
|                           | CA04 | Há renovação do conselho por eleição?   |   |   |
|                           | CA05 | A empresa possui Comitê de Auditoria.   |   |   |
|                           | CA06 | A empresa possui outros comitês de assessoramento\ouvidoria.                                    |   |   |
|                           | CA07 | A empresa possui Comitê de Governança.  |   |   |
| Conflito de Interesse     | CI01 | O Conselho de Administração é composto de, pelo menos, 50% de conselheiros independentes.       |   |   |
|                           | CI02 | A empresa apresenta a política de remuneração dos executivos.                                   |   |   |
|                           | CI03 | O Conselho Fiscal da empresa é permanente   |   |   |
|                           | CI04 | A empresa disponibiliza seu Código de ética e/ou de Conduta em seu site.                        |   |   |
| Transparência             | TA01 | A empresa disponibiliza um site com informações atualizadas periodicamente                      |   |   |

|      |   |  |  |
|------|---|--|--|
| TA02 | Possui alguma certificação da ANS?  |  |  |
| TA03 | A empresa disponibiliza um site bilíngue ou acessível   |  |  |
| TA04 | A empresa disponibiliza o Relatório Anual de anos anteriores em seu site.   |  |  |
| TA05 | A empresa disponibiliza uma área específica sobre Governança Corporativa em seu site  |  |  |
| TA06 | O percentual de ações com direito a voto dos controladores é menor ou igual à sua participação no capital total da empresa. |  |  |

Fonte: Adaptado de Calve *et al.* (2013), Ferreira *et al.* (2015), Brandão e Crisóstomo (2015), Vilela, Ferraz e Ferraz (2015) e ANS (2019).

As práticas foram verificadas no ano de 2019, essa escolha se justifica devido à criação do Comitê de Governança, Riscos e Controles da ANS em 2017 e as publicações das práticas mínimas de Governança Corporativas exigidas pelo ANS em janeiro de 2019 (ANS, 2019).

Desta forma, o instrumento de coleta dos dados utilizados é composto por três dimensões: conselho de administração, conflito de interesse e transparência e que no setor de saúde suplementar estudos apontam para o uso de três dimensões (VILELA, 2017; MONKEN *et al.* 2015; CALVE *et al.*2013).

Essas práticas de governança foram investigadas por modalidade das operadoras. As modalidades médico-hospitalares, excluindo as operadoras odontológicas que para Almeida (1998) e Bahia e Viana (2002). As principais modalidades das OPS foram codificadas da seguinte maneira: 1 - Cooperativa Médica; 2 - Medicina de Grupo; 3 - Autogestão; 4 - Filantropia; 5 - Seguradora.

O porte das operadoras que segundo a ANS (2019) seu enquadramento é realizado com base no Sistema de Informações de Beneficiários (SIB) e apurado na data de 31 de dezembro do exercício imediatamente anterior, conforme os critérios abaixo: 1 - Operadora de pequeno porte: número de beneficiários inferior a 20 mil; 2 - operadora de médio porte: número de beneficiários entre 20 mil e 100 mil; e 3 - operadora de grande porte: número de beneficiários superior a 100 mil. A definição consta do art. 4º da RN nº 392/2015, que trata de ativos garantidores.

A abrangência geográfica das operadoras, que é definida pela ANS como a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário. Foram segmentadas conforme a seguir: 1 - Municipal; 2 - Grupo de municípios; 3 - Estadual; 4 - Grupo de estados; 5 – Nacional.

#### 4.4 Análise dos dados

Os dados foram sumarizados em planilhas eletrônicas para a aplicação de estatística descritiva com a finalidade de descrever resultados da pesquisa. Calculou-se as frequências absolutas e relativas dos itens que compõem o instrumento de coleta. Além disso, foi utilizado programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) por meio de análise de descritiva dos dados, análise de correlação. O SPSS é um *software* de análises de dados pacotes de dados já serem instalados no próprio sistema interno do *software*.

Para averiguar a confiabilidade das informações levantadas foi calculado o coeficiente Alfa de Cronbach que é uma medida de confiabilidade. Segundo Hair jr. *et al* (2009) é uma medida de confiabilidade que varia entre 0 e 1, sendo considerados como valores de maiores que 0,6 como limite mínimo de aceitabilidade de uma boa consistência interna do instrumento de coleta.

##### 4.4.1 Análise de correlação

A análise de correlação oferece um número indicativo de como duas variáveis variam em simultaneamente. Mede-se a intensidade e a direção da relação linear ou não-linear entre duas variáveis ou mais variáveis de interesse. É um indicador que atende à necessidade de se estabelecer a existência ou não de uma relação entre essas variáveis sem que, para isso, seja preciso o ajuste de uma função matemática e não existe a distinção entre a variável explicativa e a variável resposta, ou seja, o grau de variação conjunta entre X e Y é igual ao grau de variação entre Y e X (FIELD, 2009).

A análise de correlação usada neste estudo foi à correlação de Spearman, é uma medida de associação que exige que ambas as variáveis se apresentem em escala de mensuração não numérica (HAIR JR *et al.* 2009).

O coeficiente é uma particularização do uso da correlação de Pearson quando aplicado a dados ordenados e usam-se os opostos (procedimento de cálculo dos dados ordenados) para calcular seus coeficientes onde foi aplicado o teste-t para verificar a significância entre os coeficientes encontrados.

Segundo Callegari-Jacques (2003, p. 90), o coeficiente de correlação ( $\rho$ ) pode ser avaliado qualitativamente da conforme a seguir:

- Se  $0,0 < |\rho| \leq 0,30$  existe fraca correlação linear;
- Se  $0,30 < |\rho| \leq 0,60$  existe moderada correlação linear;
- Se  $0,60 < |\rho| < 0,90$  existe forte correlação linear;
- Se  $0,91 < |\rho| \leq 1,0$ , existe correlação linear muito forte.

#### 4.4.2 Análise do nível de adesão de governança corporativa das operadoras

O nível de adesão às práticas de governança corporativa nas operadoras de saúde suplementar será verificado conforme a tabela do estudo de Vilela, Ferraz e Ferraz (2015) que apresentaram um modelo de avaliação das práticas de governança corporativa através de um estudo de múltiplos casos de três operadoras de saúde na modalidade cooperativa médica, conforme a Quadro 8.

Quadro 8 – Níveis de governança corporativa

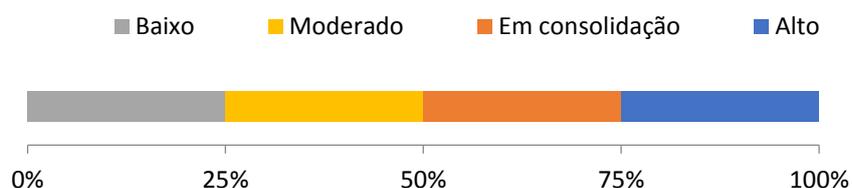
| CATEGORIAS | FAIXAS DE PONTUAÇÃO | PERCENTUAL      | NÍVEL DE GOVERNANÇA CORPORATIVA |
|------------|---------------------|-----------------|---------------------------------|
| 1          | 0 – 250             | 0,00% a 25,00%  | BAIXO                           |
| 2          | 251 – 500           | 25,01 a 50,00%  | MODERADO                        |
| 3          | 501 – 750           | 50,01 a 75,00%  | EM CONSOLIDAÇÃO                 |
| 4          | 751 – 1000          | 75,01 a 100,00% | AVANÇADO                        |

Fonte: Vilela, Ferraz e Ferraz (2015, p. 43).

No Quadro 8, são apresentadas quatro categorias de níveis de adesão às práticas de governança corporativa. Em cada uma das escalas são apresentados faixas de pontuação que um conjunto de itens verificação que, no seu conjunto, constitui um modelo por pontos, em escala que vai de 0 (situação de inexistência de práticas de GC) a 1.000 (nível máximo de consolidação e de excelência de práticas), contendo classificações intermediárias.

Para este estudo foi feita uma adaptação da escala de proposta pelos autores acima e foram consideradas suas categorias de acordo com os seus percentuais obtidos através do cálculo da razão entre o real valor obtido e o máximo de cada dimensão poderia ter atingido, conforme o Gráfico 1.

Gráfico 1 – Categorias de adesão à governança corporativa



Fonte: adaptado de Vilela, Ferraz e Ferraz (2015).

Desta forma, foi realizado o somatório por dimensão das práticas de governança corporativa de todas as operadoras que compõem a amostra e divide-se pela quantidade de práticas observadas na coleta dos dados. No primeiro momento por dimensão e posteriormente por modalidade.

## **5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Nesta seção, descrevem-se os resultados da análise realizada a partir dos dados coletados das operadoras de saúde suplementar presentes no estudo, a fim de alcançar o objetivo geral da pesquisa, que consiste em analisar o grau de adesão as práticas de governança corporativa das operadoras de planos de saúde suplementar no Brasil. A análise e discussão dos dados foram divididas em três etapas com base nos objetivos específicos: identificar as práticas de governança corporativa das operadoras de planos de saúde suplementar no Brasil e, caracterizar as práticas de governança corporativa por modalidade das operadoras de saúde, averiguar a relação entre as práticas de governança corporativa e modalidades das operadoras.

### **5.1 Práticas de governança corporativa e seu nível de adesão nas OPS**

As organizações constituintes da amostra deste estudo pertencem ao ramo de saúde suplementar. Primeiramente, realizaram-se análises descritivas para atender ao primeiro objetivo específico, que consistiu em identificar as práticas de governança corporativa adotadas pelas operadoras de planos de saúde (OPS) suplementar que compõem a amostra.

As operadoras contempladas estão descritas no apêndice A e foram selecionadas de acordo com o processo de amostragem estratificada. Escolheu-se as cinco modalidades de acordo com os estudos de Almeida (1998), Bahia e Viana (2002), que usaram as cinco modalidades médico-hospitalares.

Foi calculado o Alfa de Cronbach para o presente estudo, o que expõe a confiabilidade do instrumento utilizado na coleta de dados, obteve-se uma alfa de 0,74 e que segundo Hair Jr. *et al.* (2009) é considerável aceitável para continuidade do estudo.

Na Tabela 2, descrevem-se os resultados obtidos em cada item correspondente da dimensão, conselho de administração (CA) com a evidenciação das práticas de governança corporativa adotadas pela amostra. Apresentam-se a soma dos resultados obtidos em cada um dos itens verificados e para cada prática atendida contabilizou-se 1 (Sim) e zero, caso contrário.

Tabela 2 – Conselho de administração das operadoras de saúde suplementar

| Código | Descrição da prática  | SIM |      | NÃO |     | N  |
|--------|---|-----|------|-----|-----|----|
| CA01   | Os cargos de presidente do Conselho de Administração e CEO são ocupados por pessoas diferentes? | 2   | 4%   | 54  | 96% | 56 |
| CA02   | O CEO/Presidente do conselho possui formação em gestão?   | 56  | 100% | 0   | 0%  | 56 |
| CA03   | O Conselho de Administração é composto por 5 (cinco) a 11 (onze) membros?                       | 19  | 34%  | 37  | 66% | 56 |
| CA04   | Há renovação do conselho por eleição?   | 51  | 91%  | 5   | 9%  | 56 |
| CA05   | A empresa possui Comitê de Auditoria.   | 4   | 7%   | 52  | 93% | 56 |
| CA06   | A empresa possui outros comitês de assessoramento\ouvidoria?                                    | 7   | 13%  | 49  | 88% | 56 |
| CA07   | A empresa possui Comitê de Governança?  | 2   | 4%   | 54  | 96% | 56 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Os resultados da Tabela 2 indicam que todas as práticas de GC foram observadas na dimensão conselho de administração em pelo menos uma das operadoras da amostra. Todas as OPS possuem: CEO/Presidente do conselho com formação em gestão e que a renovação do conselho por eleição é comum em 91% das OPS da amostra. Estes resultados apontam para uma gestão preparada e que passa por processos cíclicos de renovação, mas em contrapartida existe uma centralização de poder devido ao fato dos cargos de presidente do conselho de administração e *chief executive officer* (CEO) não serem ocupados por pessoas diferentes.

Ressalta-se ainda que o fato do CEO/Presidente do conselho possui formação em gestão ocorrer em todas as verificações reforça a importância da profissionalização dos gestores, que confirma o *status quo* da teoria da agência como norteadora desta pesquisa, pois ao ter um gestor profissional (agente) equilibra-se sobre uma linha desenhada pelo seu controlador (principal) (VILELA, 2017).

Ainda de acordo com a Tabela 2, os cargos de presidente do conselho de administração e CEO serem ocupados pelas mesmas pessoas (96%), não possuem o comitê de governança (96%), auditoria (93%) e outros comitês de assessoramento\ouvidoria (88%) apontam a fragilidade dos conselhos de administração das empresas do setor de saúde suplementar.

Na Tabela 3, têm-se a dimensão conflito de interesses (CI) que foi investigada através de quatro itens direcionados para fiscalização, conduta, independência e remuneração da gestão das organizações.

Tabela 3 – Conflito de Interesse das operadoras de saúde suplementar

| Código      | Descrição   | SIM |     | NÃO |      |
|-------------|---|-----|-----|-----|------|
| <b>CI01</b> | O Conselho Fiscal da empresa é permanente?  | 0   | 0%  | 56  | 100% |
| <b>CI02</b> | A empresa disponibiliza seu Código de ética e/ou de Conduta em seu site?                  | 2   | 4%  | 54  | 96%  |
| <b>CI03</b> | O Conselho de Administração é composto de, pelo menos, 50% de conselheiros independentes? | 19  | 34% | 37  | 66%  |
| <b>CI04</b> | A empresa apresenta política de remuneração dos executivos?                               | 13  | 23% | 43  | 77%  |

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Com relação aos itens desta dimensão, todos eles foram observados com percentuais abaixo de 40% do total da amostra. O fato do conselho fiscal da empresa não ser permanente em nenhuma das operadoras da amostra chama atenção para uma postura desatenta em mitigar comportamentos “desalinhados” dos gestores para com o principal.

O código de ética e/ou de conduta disponível no site também foi observado com um percentual baixo, pois a divulgação de informações do código de ética e conduta reafirma o compromisso com os *stakeholders*.

Parte do desafio organizacional é o de identificar as melhores formas de coordenar esses interesses, cabendo ao administrador gerenciá-los, considerando a existência de conflitos originários de objetivos antagônicos (FERREIRA et al, 2014). Ter o código de ética e/ou de conduta disponível para os usuários ou acionistas favorece ao gestor e é uma forma de lembrar todos os envolvidos os meios que levam aos objetivos comuns da organização.

Na Tabela 4, têm-se a dimensão Transparência (TA) que foi investigada através de seis itens direcionados para transferência da gestão das organizações.

Tabela 4 – Transparência das operadoras de saúde suplementar

| Código      | Descrição   | SIM |     | NÃO |      |
|-------------|---|-----|-----|-----|------|
| <b>TA01</b> | A empresa disponibiliza um site com informações atualizadas periodicamente?   | 54  | 96% | 2   | 4%   |
| <b>TA02</b> | Possui alguma certificação da ANS?  | 5   | 9%  | 51  | 91%  |
| <b>TA03</b> | A empresa disponibiliza um site bilíngue ou acessível?  | 3   | 5%  | 53  | 95%  |
| <b>TA04</b> | A empresa disponibiliza o Relatório Anual de anos anteriores em seu site?   | 13  | 23% | 43  | 77%  |
| <b>TA05</b> | A empresa disponibiliza uma área específica sobre Governança Corporativa em seu site?                                       | 8   | 14% | 48  | 86%  |
| <b>TA06</b> | O percentual de ações com direito a voto dos controladores é menor ou igual à sua participação no capital total da empresa? | 0   | 0%  | 56  | 100% |

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Todas as operadoras de saúde disponibilizam um site com informações atualizadas periodicamente. Isto mostra ao mercado e principalmente aos usuários, que

possuem limitações de acesso, a preocupação em relação às informações geradas serem divulgadas pela organização.

Um ponto negativo que chama a atenção é a falta de cuidado com percentual de ações com direito a voto dos controladores e à sua participação no capital total da empresa. Apesar da amostra trazer empresas de capital aberto, não foi verificado em nenhuma das operadoras, isso pode acarretar em problemas entre os próprios acionistas (majoritário e minoritários). Esse problema de agência é apontado em outros mercados regulados (exemplos: energia elétrica e telecomunicações), com mais estudos explorando a propriedade do capital da organização.

Na Tabela 5, têm-se o nível de cada dimensão que foi investigada através e o total geral dos itens investigados das organizações da amostra.

Tabela 5 – Nível de adesão das práticas de governança corporativa das operadoras de saúde suplementar

| Dimensão                         | Total de PGCS possíveis | Total de PGCS verificadas | Nível de adesão das PGC | Classificação |
|----------------------------------|-------------------------|---------------------------|-------------------------|---------------|
| <b>Conselho de administração</b> | 141                     | 392                       | 36%                     | Moderado      |
| <b>Conflito de interesse</b>     | 34                      | 224                       | 15%                     | Baixo         |
| <b>Transparência</b>             | 83                      | 336                       | 25%                     | Moderado      |
| <b>Total Geral</b>               | 258                     | 952                       | 27%                     | Moderado      |

Fonte: Dados da pesquisa, 2019. Legenda: PGCS - práticas de governança corporativa na saúde.

Conforme apresentado na Tabela 5, o nível de adesão às práticas de governança corporativa do setor de saúde suplementar é classificado como moderado de acordo com a escala adaptada de Ferraz, Ferra e Vilela (2015) onde cada dimensão que foi investigada, o total geral dos itens investigados das organizações da amostra não ultrapassaram os 36% das práticas de governança corporativa verificadas no estudo.

## 5.2 Práticas de governança corporativa por modalidade das OPS

Na tabela 6, apresenta-se as práticas de governança corporativa na modalidade cooperativa médica. Verificou-se que as práticas: CEO/Presidente do conselho possui formação como gestor, existir eleição para renovação do conselho de administração, e a disponibilização das informações atualizadas no site de forma periódica tem 100% de adesão das OPS dessa modalidade.

Tabela 6 – Práticas de governança corporativa na modalidade de operadoras de saúde cooperativas médicas.

| Código | Descrição do item   | SIM |      | NÃO |      |
|--------|---|-----|------|-----|------|
| CA01   | Os cargos de presidente do Conselho de Administração e CEO são ocupados por pessoas diferentes?                             | 0   | 0%   | 20  | 100% |
| CA02   | O CEO/Presidente do conselho possuem formação em gestão?  | 20  | 100% | 0   | 0%   |
| CA03   | O Conselho de Administração é composto por 5 (cinco) a 11 (onze) membros?   | 12  | 60%  | 8   | 40%  |
| CA04   | Há renovação do conselho por eleição?   | 20  | 100% | 0   | 0%   |
| CA05   | A empresa possui Comitê de Auditoria.   | 0   | 0%   | 20  | 100% |
| CA06   | A empresa possui outros comitês de assessoramento\ouvidoria?  | 1   | 5%   | 19  | 95%  |
| CA07   | A empresa possui Comitê de Governança?  | 0   | 0%   | 20  | 100% |
| CI01   | O Conselho Fiscal da empresa é permanente?  | 0   | 0%   | 20  | 100% |
| CI02   | A empresa disponibiliza seu Código de ética e/ou de Conduta em seu site?  | 0   | 0%   | 20  | 100% |
| CI03   | O Conselho de Administração é composto de, pelo menos, 50% de conselheiros independentes?                                   | 17  | 85%  | 3   | 15%  |
| CI04   | A empresa apresenta a política de remuneração dos executivos?   | 3   | 15%  | 17  | 85%  |
| TA01   | A empresa disponibiliza um site com informações atualizadas periodicamente?   | 20  | 100% | 0   | 0%   |
| TA02   | A empresa disponibiliza um site bilíngüe ou acessível?  | 0   | 0%   | 20  | 100% |
| TA03   | Possui alguma certificação da ANS?  | 1   | 5%   | 19  | 95%  |
| TA04   | A empresa disponibiliza o Relatório Anual de anos anteriores em seu site?   | 0   | 0%   | 20  | 100% |
| TA05   | A empresa disponibiliza uma área específica sobre Governança Corporativa em seu site?                                       | 1   | 5%   | 19  | 95%  |
| TA06   | O percentual de ações com direito a voto dos controladores é menor ou igual à sua participação no capital total da empresa? | 2   | 10%  | 18  | 90%  |

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Entretanto, existem pontos negativos nas práticas de governança corporativa na modalidade cooperativa médicas, como por exemplo, os cargos de presidente do conselho de administração e CEO serem ocupados pelo mesmo indivíduo, não foi verificado comitês de auditoria, assim como os comitês de auditoria, governança, conselhos fiscais permanentes, falta a exposição do código de conduta/ética, site acessível ou bilíngüe e a falta a publicação no relatório anual todos estes itens estão relacionadas ao conselho e sua forma ingresso, sinalizam que as práticas de governança corporativa não são bem distribuídas nas operadoras da modalidade cooperativa médica.

Na tabela 7 apresentam-se as práticas de governança corporativa na modalidade operadoras de saúde de medicina em grupo.

Tabela 7 – Práticas de governança corporativa na modalidade de operadoras de saúde medicina em grupo.

| Código | Descrição do item   | SIM |      | NÃO |      |
|--------|---|-----|------|-----|------|
| CA01   | Os cargos de presidente do Conselho de Administração e CEO são ocupados por pessoas diferentes?                             | 0   | 0%   | 16  | 100% |
| CA02   | O CEO/Presidente do conselho possuem formação em gestão?  | 16  | 100% | 0   | 0%   |
| CA03   | O Conselho de Administração é composto por 5 (cinco) a 11 (onze) membros?   | 0   | 0%   | 16  | 100% |
| CA04   | Há renovação do conselho por eleição?   | 16  | 100% | 0   | 0%   |
| CA05   | A empresa possui Comitê de Auditoria.   | 0   | 0%   | 16  | 100% |
| CA06   | A empresa possui outros comitês de assessoramento\ouvidoria?  | 0   | 0%   | 16  | 100% |
| CA07   | A empresa possui Comitê de Governança?  | 0   | 0%   | 16  | 100% |
| CI01   | O Conselho Fiscal da empresa é permanente?  | 0   | 0%   | 16  | 100% |
| CI02   | A empresa disponibiliza seu Código de ética e/ou de Conduta em seu site?  | 0   | 0%   | 16  | 100% |
| CI03   | O Conselho de Administração é composto de, pelo menos, 50% de conselheiros independentes?                                   | 0   | 0%   | 16  | 100% |
| CI04   | A empresa apresenta a política de remuneração dos executivos?   | 1   | 6%   | 15  | 94%  |
| TA01   | A empresa disponibiliza um site com informações atualizadas periodicamente?   | 16  | 100% | 0   | 0%   |
| TA02   | Possui alguma certificação da ANS?  | 0   | 0%   | 16  | 100% |
| TA03   | A empresa disponibiliza um site bilíngue ou acessível?  | 1   | 6%   | 15  | 94%  |
| TA04   | A empresa disponibiliza o Relatório Anual de anos anteriores em seu site?   | 0   | 0%   | 16  | 100% |
| TA05   | A empresa disponibiliza uma área específica sobre Governança Corporativa em seu site?                                       | 1   | 6%   | 15  | 94%  |
| TA06   | O percentual de ações com direito a voto dos controladores é menor ou igual à sua participação no capital total da empresa? | 0   | 0%   | 16  | 100% |

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Na Tabela 7, verifica-se que CEO/Presidente do conselho possui formação em gestão, que a renovação do conselho é por eleição e existe a disponibilidade das informações atualizadas periodicamente no site. Conforme, ressaltou-se anteriormente estas práticas de governança corporativa são comuns entre essas duas modalidades medicina em grupo e cooperativas médicas.

A disponibilidade das informações atualizadas periodicamente no site é de uma ocorrência natural, mas apresentam grandes variações dentro das próprias modalidades no geral das operadoras de saúde, o foco neste caso é oferecer informações ao beneficiário (local de exames, marcação de consultas etc).

Apenas com uma única operadora de saúde dessa modalidade apresentou as práticas de política de remuneração dos executivos, site bilíngue ou acessível e área específica sobre governança corporativa em seu site, o que representa 6% sinalizando uma baixa adesão

das práticas de governança corporativas por parte operadoras da modalidade de medicina em grupo.

Na tabela 8 apresentam-se as práticas de governança corporativa na modalidade de operadoras de saúde de autogestão da amostra.

Tabela 8 – Práticas de governança corporativa na modalidade de operadoras de saúde de autogestão.

| Código | Descrição do item   | SIM |      | NÃO |      |
|--------|---|-----|------|-----|------|
| CA01   | Os cargos de presidente do Conselho de Administração e CEO são ocupados por pessoas diferentes?                             | 0   | 0%   | 10  | 100% |
| CA02   | O CEO/Presidente do conselho possui formação em gestão?   | 10  | 100% | 0   | 0%   |
| CA03   | O Conselho de Administração é composto por 5 (cinco) a 11 (onze) membros?   | 4   | 40%  | 6   | 60%  |
| CA04   | Há renovação do conselho por eleição?   | 10  | 100% | 0   | 0%   |
| CA05   | A empresa possui Comitê de Auditoria.   | 1   | 10%  | 9   | 90%  |
| CA06   | A empresa possui outros comitês de assessoramento\ouvidoria?  | 1   | 10%  | 9   | 90%  |
| CA07   | A empresa possui Comitê de Governança?  | 0   | 0%   | 10  | 100% |
| CI01   | O Conselho Fiscal da empresa é permanente?  | 0   | 0%   | 10  | 100% |
| CI02   | A empresa disponibiliza seu Código de ética e/ou de Conduta em seu site?  | 0   | 0%   | 10  | 100% |
| CI03   | O Conselho de Administração é composto de, pelo menos, 50% de conselheiros independentes?                                   | 2   | 20%  | 8   | 80%  |
| CI04   | A empresa apresenta a política de remuneração dos executivos?   | 4   | 40%  | 6   | 60%  |
| TA01   | A empresa disponibiliza um site com informações atualizadas periodicamente?   | 8   | 80%  | 2   | 20%  |
| TA02   | Possui alguma certificação da ANS?  | 0   | 0%   | 10  | 100% |
| TA03   | A empresa disponibiliza um site bilíngue ou acessível?  | 0   | 0%   | 10  | 100% |
| TA04   | A empresa disponibiliza o Relatório Anual de anos anteriores em seu site?   | 2   | 20%  | 8   | 80%  |
| TA05   | A empresa disponibiliza uma área específica sobre Governança Corporativa em seu site?                                       | 5   | 50%  | 5   | 50%  |
| TA06   | O percentual de ações com direito a voto dos controladores é menor ou igual à sua participação no capital total da empresa? | 4   | 40%  | 6   | 60%  |

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Na Tabela 8, apresentam-se as práticas de governança corporativa na modalidade autogestão e as práticas comuns são: CEO/Presidente do conselho possuem formação em gestão e renovação do conselho ser por eleição.

Uma prática de governança corporativa com um valor alto foi a disponibilização das informações atualizadas no site com 80%. Conforme apresentado acima, estas práticas de governança corporativa seguem na orientação de um padrão, pois nas três modalidades das operadoras de saúde apresentadas até o momento essas práticas de governança corporativa se fazem presentes.

As práticas de governança corporativa como o presidente do conselho de administração e CEO ser ocupados pelo mesmo indivíduo, ausência do comitê de governança, a falta do conselho fiscal permanente e a não disponibilização do seu código de ética/conduta, sem certificação da ANS e a falta de um site bilíngue/acessível, sinaliza uma baixa adesão das práticas de governança corporativas por parte operadoras da modalidade de autogestão.

Na tabela 9 apresentam-se as práticas de governança corporativa na modalidade de operadoras de saúde filantrópicas.

Tabela 9 – Práticas de governança corporativa da modalidade de operadoras de saúde filantrópicas

| Código | Descrição do item   | SIM |      | NÃO |      |
|--------|---|-----|------|-----|------|
| CA01   | Os cargos de presidente do Conselho de Administração e CEO são ocupados por pessoas diferentes?                             | 1   | 20%  | 4   | 80%  |
| CA02   | O CEO/Presidente do conselho possui formação em gestão?   | 5   | 100% | 0   | 0%   |
| CA03   | O Conselho de Administração é composto por 5 (cinco) a 11 (onze) membros?   | 1   | 20%  | 4   | 80%  |
| CA04   | Há renovação do conselho por eleição?   | 2   | 40%  | 3   | 60%  |
| CA05   | A empresa possui Comitê de Auditoria.   | 0   | 0%   | 5   | 100% |
| CA06   | A empresa possui outros comitês de assessoramento\ouvidoria?  | 1   | 20%  | 4   | 80%  |
| CA07   | A empresa possui Comitê de Governança?  | 0   | 0%   | 5   | 100% |
| CI01   | O Conselho Fiscal da empresa é permanente?  | 0   | 0%   | 5   | 100% |
| CI02   | A empresa disponibiliza seu Código de ética e/ou de Conduta em seu site?  | 0   | 0%   | 5   | 100% |
| CI03   | O Conselho de Administração é composto de, pelo menos, 50% de conselheiros independentes?                                   | 0   | 0%   | 5   | 100% |
| CI04   | A empresa apresenta a política de remuneração dos executivos?   | 2   | 40%  | 3   | 60%  |
| TA01   | A empresa disponibiliza um site com informações atualizadas periodicamente?   | 5   | 100% | 0   | 0%   |
| TA02   | Possui alguma certificação da ANS?  | 1   | 20%  | 4   | 80%  |
| TA03   | A empresa disponibiliza um site bilíngue ou acessível?  | 1   | 20%  | 4   | 80%  |
| TA04   | A empresa disponibiliza o Relatório Anual de anos anteriores em seu site?   | 0   | 0%   | 5   | 100% |
| TA05   | A empresa disponibiliza uma área específica sobre Governança Corporativa em seu site?                                       | 1   | 20%  | 4   | 80%  |
| TA06   | O percentual de ações com direito a voto dos controladores é menor ou igual à sua participação no capital total da empresa? | 0   | 0%   | 5   | 100% |

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Na Tabela 9, observam-se CEO/Presidente do conselho possuem formação em gestão e que existe a disponibilidade das informações atualizadas periodicamente no site sinalizam uma adesão total nestas duas práticas de governança corporativa na modalidade de operadoras filantrópicas.

No entanto, existem práticas de governança corporativa ausentes como: falta do comitê de auditoria, comitê de governança, conselho fiscal permanente, código de

ética/conduita, conselho de administração não ter membros independentes, falta do relatório anual e um controle da propriedade do capital, logicamente que este último pode ser relevante, por ser filantrópico não carece gerar lucros, mas deve-se ser interessante apresentar um prestação de contas contínua.

Na tabela 10, apresentam-se as práticas de governança corporativa na modalidade de operadoras de saúde seguradoras da amostra.

Tabela 10 – Práticas de governança corporativa na modalidade de operadoras de saúde seguradoras

| Código | Descrição do item   | SIM |      | NÃO |      |
|--------|---|-----|------|-----|------|
| CA01   | Os cargos de presidente do Conselho de Administração e CEO são ocupados por pessoas diferentes?                             | 1   | 20%  | 4   | 80%  |
| CA02   | O CEO/Presidente do conselho possuem formação em gestão?  | 5   | 100% | 0   | 0%   |
| CA03   | O Conselho de Administração é composto por 5 (cinco) a 11 (onze) membros?   | 2   | 40%  | 3   | 60%  |
| CA04   | Há renovação do conselho por eleição?   | 3   | 60%  | 2   | 40%  |
| CA05   | A empresa possui Comitê de Auditoria.   | 3   | 60%  | 2   | 40%  |
| CA06   | A empresa possui outros comitês de assessoramento\ouvidoria?  | 4   | 80%  | 1   | 20%  |
| CA07   | A empresa possui Comitê de Governança?  | 2   | 40%  | 3   | 60%  |
| CI01   | O Conselho Fiscal da empresa é permanente?  | 0   | 0%   | 5   | 100% |
| CI02   | A empresa disponibiliza seu Código de ética e/ou de Conduta em seu site?  | 2   | 40%  | 3   | 60%  |
| CI03   | O Conselho de Administração é composto de, pelo menos, 50% de conselheiros independentes?                                   | 0   | 0%   | 5   | 100% |
| CI04   | A empresa apresenta a política de remuneração dos executivos?   | 3   | 60%  | 2   | 40%  |
| TA01   | A empresa disponibiliza um site com informações atualizadas periodicamente?   | 5   | 100% | 0   | 0%   |
| TA02   | Possui alguma certificação da ANS?  | 0   | 0%   | 5   | 100% |
| TA03   | A empresa disponibiliza um site bilíngue ou acessível?  | 2   | 100% | 3   | 60%  |
| TA04   | A empresa disponibiliza o Relatório Anual de anos anteriores em seu site?   | 1   | 20%  | 4   | 80%  |
| TA05   | A empresa disponibiliza uma área específica sobre Governança Corporativa em seu site?                                       | 5   | 100% | 0   | 0%   |
| TA06   | O percentual de ações com direito a voto dos controladores é menor ou igual à sua participação no capital total da empresa? | 2   | 40%  | 3   | 60%  |

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Na Tabela 10, observa-se que existe uma adesão total às práticas de governança corporativa: gestor formado em gestão, disponibilização das informações atualizadas no site e dedicam uma área específica do site para governança corporativa. Essa modalidade apresenta características diferentes e que reforçam as práticas de governança corporativas relacionadas à categoria transparência e conselho de administração.

Todas as operadoras de seguros são de capital aberto. Por esse motivo, foram observados 82% de adesão das práticas de governança corporativa verificadas nesse estudo,

sendo esse um valor alto em comparação as outras modalidades e até resultados de outras pesquisas.

Apenas as práticas de governança corporativa: ausência do conselho fiscal permanente, falta de independência do conselho de administração e a falta da certificação da ANS não foi percebida na modalidade segurada. É racional pensar que esta modalidade fosse a que mais apresentasse adesão às práticas de governança corporativa, pois precisam mostrar solidez ao mercado financeiro de modo cíclico e necessitam fazer um continuo movimento na direção de uma prestação de contas além dos beneficiários e/ou acionistas.

Na tabela 11, apresentam-se os níveis de adesão às práticas de governança corporativa por modalidade de operadoras de saúde e por dimensão.

Tabela 11 – Níveis de adesão às práticas de governança corporativa por modalidade

| Modalidades               | Conselho de administração | Conflito de interesse | Transparência | Total geral | Classificação |
|---------------------------|---------------------------|-----------------------|---------------|-------------|---------------|
| <b>Cooperativa médica</b> | 38%                       | 25%                   | 20%           | 29%         | Moderado      |
| <b>Medicina em grupo</b>  | 29%                       | 2%                    | 19%           | 19%         | Baixo         |
| <b>Autogestão</b>         | 37%                       | 15%                   | 32%           | 30%         | Moderado      |
| <b>Filantrópicas</b>      | 29%                       | 10%                   | 27%           | 24%         | Baixo         |
| <b>Seguradoras</b>        | 57%                       | 25%                   | 50%           | 47%         | Moderado      |

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

De acordo com a Tabela 11, onde são apresentados os valores e a classificação do nível de adesão às práticas de governança corporativa presentes em cada um das modalidades das operadoras de saúde suplementar da amostra, tem-se um resultado bem similar ao apresentado na Tabela 5, onde existe uma prevalência de classificação em Moderado que aponta na direção dos estudos de Vilela, Ferraz, e Ferraz (2015), Ferreira *et al.* (2014), Calve *et al.* (2013).

O nível de adesão verificado das modalidades medicina em grupo e filantrópicas traduz de certo modo a fragilidade dessas duas modalidades, que são formados de pequenos grupos (grupos menores que 30 indivíduos) de atendimentos e por atenderem uma elevada demanda, principalmente em regiões carentes de atendimento básicos de saúde.

No tocante à quantidade de práticas de governança corporativa adotadas pelas modalidades, observa-se que a modalidade cooperativa médicas apresenta um total de 65% das práticas verificadas nesse estudo, que segue na orientação do estudo de Lobo (2010) onde foi verificadas práticas de governança corporativa das UNIMEDs no Brasil.

A modalidade medicina em grupo apresentou um total de 29,4% das práticas verificadas nesse estudo, sendo um valor moderado de adesão às práticas de governança

corporativa, de acordo com o estudo de Vilela, Ferraz, e Ferraz (2015).

A modalidade autogestão apresenta um total de 65% das práticas verificadas nesse estudo, sendo um valor mediano de adesão às práticas de governança corporativa, mas deve-se em parte a esforços pontuais.

A modalidade filantrópica apresenta um total de 59% das práticas verificadas nesse estudo sendo um valor mediano de adesão às práticas de governança corporativa.

### 5.3 Correlação das práticas de governança corporativa

Na tabela 12, apresentam-se as correlações de *Spearman* para cada variável das OPS e suas práticas agrupadas e em conjunto.

Tabela 12 – Correlações entre as práticas de governança e as modalidades

| Variáveis                  | 1             | 2             | 3             | 4             | 5             | 6             |
|----------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Porte ANS (1)              |               |               |               |               |               |               |
| Abrangência Geográfica (2) | <b>,343**</b> |               |               |               |               |               |
| Modalidade ANS (3)         | 0,05          | 0,00          |               |               |               |               |
| Conselho Administração (4) | <b>,336**</b> | <b>,406**</b> | - 0,10        |               |               |               |
| Conflito Interesse (5)     | <b>,444**</b> | <b>,355**</b> | - 0,21        | <b>,561**</b> |               |               |
| Transparência (6)          | <b>,270*</b>  | <b>,276*</b>  | <b>,369**</b> | <b>,440**</b> | <b>,474**</b> |               |
| PGCS (7)                   | <b>,365**</b> | <b>,445**</b> | 0,00          | <b>,791**</b> | <b>,810**</b> | <b>,773**</b> |

Fonte: Dados da pesquisa, 2019. Legenda: \*\* correlação significativa no nível 0,01 \* no nível 0,05. Teste-t com 2 extremidades; PGCS - Práticas de Governança Corporativa na Saúde; OPS – Operadoras de Planos de Saúde.

Avaliando as correlações (TABELA 12), a variável modalidade não apresentou significância na relação com as Práticas de Governança Corporativa (PGC), mas apresenta uma correlação com a Transparência (0,369).

Tendo em vista que não houve muita variação entre OPS nas poucas práticas verificadas, mas os resultados seguem na orientação dos estudos de Calve *et al.* (2013), Ferreira *et al.* (2015) e Vilela, Ferraz e Ferraz (2015) que apesar das operadoras terem práticas, são poucas e direcionadas à atender a demanda mínima solicitada aos órgãos reguladores e de controle.

Observou-se que existe uma relação entre o porte e abrangência geográfica e, existe uma correlação positiva e significativa ao nível de 1%, representando moderada correlação entre essas variáveis.

Destarte, quanto maior a porte, maior sua abrangência e maior sua pontuação obtida no cumprimento das práticas de governança corporativa. Neste caso, a amplitude do resultado financeiro obtido afeta as práticas de governança o que sugere que manter as práticas de governança geram custos de agência que nem todas as OPS estão dispostas a arcar.

## 6 CONCLUSÃO

De acordo com o objetivo em geral deste estudo conclui-se que as práticas de governança corporativa adotadas pelas operadoras de planos de saúde estudadas apresentaram um nível moderado de adoção, conforme a escala adaptada do estudo de Vilela, Ferraz e Ferraz (2015).

No primeiro objetivo específico foram identificadas às práticas de governança corporativa utilizadas pelas operadoras de planos de saúde suplementar no Brasil, sendo verificado um grau de adesão moderado. E as práticas mais comuns foram: a) O CEO/Presidente do conselho possui formação em gestão, b) renovação do conselho por eleição, c) o conselho de administração ser composto por cinco a onze membros, d) a empresa disponibiliza um site com informações atualizadas periodicamente, e) o conselho de administração ser composto de, pelo menos, cinquenta por cento de conselheiros independentes, f) a empresa disponibilizar o relatório anual de anos anteriores em seu site e g) apresenta uma política de remuneração dos executivos.

A formação do CEO/Presidente em gestão com conselho “grande” e independentes munidos de informações transparentes e atreladas a uma remuneração justa aos agentes, mitigam o conflito de interesses, além de sinalizar aos investidores e consumidores uma operação de longo prazo. Desta maneira, fica evidente a relação de agência abordada neste estudo.

Com relação ao segundo objetivo específico, caracterizar as práticas de governança corporativa utilizadas por modalidade das operadoras de saúde suplementar, classificou-se de acordo com o nível de adesão e encontrou-se que para modalidades medicina em grupo e filantrópicas um nível baixo, o que sinaliza fragilidade nestas duas modalidades. No caso das cooperativas médicas, autogestão e seguradoras verificou-se um nível de adesão moderado de adesão às práticas de governança corporativa. Estes resultados reafirmam os encontrados nos estudos de Ferraz, Ferraz e Vilela (2015), Ferreira *et al.* (2014), Calve *et al.* (2013).

No que se refere ao terceiro objetivo específico, verificou-se que as práticas de governança corporativa de acordo com a classificação de suas modalidades e o percentual de divulgação das práticas, foram baixos (menores que 10 por cento), confirmando que as práticas impostas legalmente tendem a ser predominantemente cumpridas por todas as operadoras, ratificando a existência da pressão legal.

Constatou-se ainda que, entre as práticas de governança corporativa examinadas apontam para existência de uma variação na adoção e divulgação por parte das operadoras, pois algumas práticas de governança corporativa são adotadas e divulgadas por todas elas, enquanto outras ocorreram quase que de modo pontual.

Percebeu-se que as práticas de governança corporativas adotadas e divulgadas pelas operadoras de saúde referem-se às que são “obrigatórias”, ou seja, que existe alguma imposição legal, denotando a existência da pressão coercitiva. Entretanto, as práticas apresentaram elevada variação quanto à divulgação e adoção, com percentuais baixos, moderados, em consolidação e altos, principalmente quando a operadora é exposta a pressões regulatórias além da ANS, no caso as seguradas de saúde.

Os menores percentuais corresponderam a práticas relacionadas a informações sobre a existência de comitês de auditoria e de auditoria interna, implicando uma debilidade na exposição de informação da maioria das operadoras. Isso pode ser pelo fato de as operadoras de saúde não têm esses comitês, os quais são considerados necessários para que as demonstrações financeiras sejam examinadas e discutidas por pessoas capazes de propor alterações quando necessárias, a fim de que as demonstrações reflitam adequadamente a situação financeira, econômica e patrimonial da organização.

Isto reforça a imposição de mais práticas de governança corporativa poderia contribuir para elevação do nível de governança corporativa nas operadoras de saúde suplementar, mas faz-se necessário atentar para que o cumprimento dessas imposições não seja meramente superficial.

Em suma, as operadoras de planos de saúde divulgam e adotam práticas de governança corporativa em um nível de baixo a moderado, mas que precisam avançar considerando o alto grau de importância destas entidades na economia brasileira e, individualmente, de muitos cidadãos, conforme apontado na literatura.

Reconhecendo as limitações da pesquisa, cujo foco abrange apenas as práticas de governança divulgadas, propõe-se a elaboração de outras pesquisas no âmbito da governança corporativa na saúde suplementar, a fim de ampliar o conhecimento no assunto e apreender mais informações. Sugerem-se ainda que estudos futuros abordem outras teorias com intuito de atingir outras peculiaridades. Propõem-se, adicionalmente, pesquisas em outras modalidades a fim de que possam ser realizadas análises com métodos robustos.

## REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Resolução Administrativa número 67** de 11/05/2016. Disponível em: <<https://goo.gl/zdiXYf>>. Acesso em: 11 ma. 2019.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Resolução Administrativa número 443** de 25/01/2019. Disponível em: <<https://goo.gl/zdiXYf>>. Acesso em: 11 mar. 2019.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Dados gerais**: beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil – 2000-2018). Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>>. Acesso em: 11 mar. 2019.
- AGRAWAL, A.; KNOEBER, C. R. Firm performance and mechanisms to control agency problems between managers and shareholders. **The Journal of Financial and Quantitative Analysis**, v. 31, n. 3, p. 377–397, 1996.
- AGUILERA, R. Corporate governance. **Journal of Chemical Information and Modeling**, v. 53, n. 9, p. 1689–1699, 2013.
- ALMEIDA, C. **O mercado privado de serviços de saúde no Brasil**. Brasília: IPEA, 1998.
- ALMEIDA, F. T. de; PARENTE, P. H. N.; DE LUCA, M. M. M.; VASCONCELOS, A. C. de. Governança Corporativa E Desempenho Empresarial: Uma Análise Nas Empresas Brasileiras De Construção E Engenharia. **Gestão & Regionalidade**, v. 34, n. 100, 2018. Disponível em: [http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_gestao/article/view/3594/2369](http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_gestao/article/view/3594/2369). Acesso em: 15 maio 2019.
- AMORIM, M. C. S. Governança nas organizações da saúde. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 17, n. 4, p. 243–244, 2015.
- ANDREÁ, L. B. Prefácio. In: **Regulação & Saúde**: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro, RJ: ANS, 2002. p. 259.
- AVILA, M. J. M. **Estatística matemática**. Espanha: grupo editorial universitário, 2006.
- BAPTISTA, L. L.; PEDROSO, M. C. Desenvolvimento de um novo modelo de negócio direcionado à classe média em uma operadora de saúde. **RAHIS**, v. 13, n. 4, 2017.
- BRASIL, **Lei de número 8.080**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Senado federal, centro gráfico, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em: 15 maio 2019.
- BRASIL, **Constituição da república federativa do Brasil**. Brasília: Senado federal, centro gráfico, 1988.
- BRASIL, **Lei de número 9.961**. Cria a agência nacional de saúde suplementar – ANS e dá outras providências.. Brasília: Senado federal, centro gráfico, 2000. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19961.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm). Acesso em: 15 maio 2019.
- BAHIA, L.; VIANA, A. L. Estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. **Regulação & Saúde, Estrutura, Evolução e Perspectivas da Assistência Médica Suplementar**. 2002.
- BALSAN, L. A. G.; BASTOS, A. V. B.; TREVISAN FOSSÁ, M. I.; PIMENTEL LIMA, M.; DIAS LOPES, L. F.; FLORES COSTA, V. M. Comprometimento e entrincheiramento organizacional. **Rev. Adm. Santa Maria**, v. 8, n. 2, p. 235–248, 2015. Disponível em:

<http://10.0.23.14/198346599942%0Ahttp://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=bth&AN=111644208&lang=pt-br&site=ehost-live>.

BERLE, A. A.; MEANS, G. C. **The modern corporation and private property**. London: Publishers, Transaction, 1932.

BOLFARINE, H.; BUSSAB, W. de O. **Elementos de amostragem**. São Paulo: Edgard Blücher, 2005.

BOYTSUN, A.; DELOOF, M.; MATTHYSSENS, P. Social norms, social cohesion, and corporate governance. **Corporate governance: An International Review**, v. 19, n.1, p. 41-60, 2011.

BRANDÃO, I. de F.; CRISÓSTOMO, V. L. Concentração de propriedade e qualidade da governança da empresa brasileira. **Revista Brasileira de Finanças**, v. 13, n. 3, p. 438-469, 2015.

BARROS, L. A. B. C.; SILVEIRA, A. M.; PEROBELLI, F. F. C. Governança corporativa e os determinantes da estrutura de capital: evidências empíricas no Brasil. **Revista de Administração Contemporânea**, 2008.

BOLFARINE, H.; BUSSAB, W. O. **Elementos de amostragem**, Edgar Blucher, São Paulo, 2005.

CADBURY, C. **The report of the committee on financial aspects of corporate governance**. Londres: Cadbury Committee, 1992.

CALVE, A.; NOSSA, V.; PAGLIARUSSI, M. S.; TEIXEIRA, A. J. C. Um estudo de governança corporativa nos hospitais filantrópicos do espírito santo. **Revista Universo Contábil**, v. 9, n. 4, p. 128-143, 2013.

CALLEGARI-JACQUES, S. M. **Bioestatística: princípios e aplicações**. Porto Alegre: Artemed, 2003. 255p.

CECHIN, J. **A história e os desafios da saúde suplementar**. São Paulo: Saraiva, 2008.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2010.

CLAESSENS, S. Disentangling the incentive and entrenchment of large shareholdings. **The Journal of Finance**, v. 57, n. 6, p. 2741-2771, 2002.

COHN, A. As políticas sociais no governo FHC. **Revista de Sociologia da USP**, v. 11, p. 183-198, 1999.

EISENHARDT, K. M. Agency Theory : An Assessment and Review. **Academy of Management Review**, v. 14, n. 1, p. 57-74, 1989.

FAMA, Eugene F. Agency problems and the theory of the firm. **Journal of political economy**, v. 88, n. 2, p. 288-307, 1980.

FAMÁ, E.; JENSEN, M. Separation of ownership and control. **Journal of Law and Economics**, v. 26, n. 2, p. 301-325, 1983.

FERNANDES, E.; PIRES, H. M.; IGNACIO, A. A. V.; SAMPAIO, L. M. D. An analysis of the supplementary health sector in Brazil. **Health Policy**, v. 81, p. 242-257, 2007.

FERREIRA, E. F. C.; MATOS, R. F. N.; MATOS, D. M.; BUGARIM, M. C. C.; MACHADO, D. Q. Governança corporativa na saúde suplementar: estudo de caso em uma operadora de plano de saúde. **Revista Pensamento e Realidade**, v. 29, n. 3, p. 19-39, 2014.

FIELD, A. **Discovering statistics using SPSS**. Sage publications, 2009.

FREEMAN, E. R. Perspectives in business ethics. In: HARTMAN, L. P. (Ed.). **Ethical theory and business**. Nova York: McGraw-Hill Internantinal, 1998. p. 38–48.

GAWLAK, A.; RATZKE, F. A. **Cooperativismo: Filosofia de vida para um mundo melhor**. 3. ed. Curitiba: OCEMG, 2011. 115 p.

HAIR Jr., J. F. *et al.* **Análise multivariada de dados**. 6. ed. Porto Alegre: Bookman Editora, 2009.

HENDRIKSEN, E. S, VAN BREDA, M. F. **Teoria da contabilidade**. São Paulo: Atlas, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA (IBGC). **Código das melhores práticas de governança corporativa**. São Paulo, 2015. Disponível em: <<https://goo.gl/xFfEsB>>. Acesso em: 11 maio 2018.

JENSEN; MECKLING, W. H. Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure. **Journal of Financial Economics**, v. 3, n. 4, p. 305–360, 1976.

LA PORTA, R.; LOPEZ-DE-SILANES, F.; SHLEIFER, A.; VISHNY, R. Investor protection and corporate governance. **Journal of Financial Economics**, v. 58, n. 1–2, p. 3–27, 1999. Disponível em: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0304405X00000659>>.

LARCKER, D. F.; RICHARDSON, S. A.; TUNA, I. Corporate governance, accounting outcomes, and organizational performance. **The Accounting Review**, v. 82, n. 4, p. 963–1008, 2007.

LIMA, J. B. N; TERRA, P. R. S. Determinantes da defasagem na divulgação das demonstrações financeiras das companhias abertas brasileiras. In: **Annals of the XXVIII Annual Meeting of the National Graduate Management Association (ENANPAD), Brasília, September**. 2005. p. 17-21.

LOBO, G.S. **Práticas de governança corporativa adotadas pelas operadoras de planos de assistência à saúde classificadas como cooperativas**. 2010. 172 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Economia, Administração, Atuária e Contabilidade, Programa de Pós-Graduação em Administração e Controladoria, Fortaleza-CE, 2010.

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

MARQUES, M. C. C. Aplicação dos princípios da governança corporativa ao sector público. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 11, n. 2, p. 11-26, 2007.

MALTA, D. C.; CECÍLIO, L. C. D. O.; MERHY, E. E.; FRANCO, T. B.; JORGE, A. D. O.; COSTA, M. A. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 433–444, 2004.

MONKEN, S. F.; OLIVEIRA, C. M.; MOTTA, L. J.; SCHWACH, C. G. Abordagem Bibliométrica Sobre a Governança Corporativa No Setor Da Saúde. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**, v. 5, p. 57–68, 2015.

MORCK, R. K. **A history of corporate governance around the world: family business to professional managers**. Chicago: Chicago University of Chicago Press, 2007.

MORETTIN, P. A.; BUSSAB, W. O. **Estatística básica**, 6. ed, São Paulo: Saraiva, 2010

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO

- (OECD). The OECD principles of corporate governance. **Contaduría y Administración**, n. 216, 2004.
- RAUPP, F. M.; BEUREN, I. M. Metodologia da pesquisa aplicável às ciências. **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática**. São Paulo: Atlas, 2006.
- RODRIGUES, A. P. G.; BASTOS, A. V. B. Os vínculos de comprometimento e entrenchamento presentes nas organizações públicas. **Revista de Ciências da Administração**, v. 15, n. 36, p. 143–158, 2013.
- RODRIGUES, J. A.; MENDES, G. M. **Governança corporativa: Estratégia para geração de valor**. Rio de Janeiro, RJ: Qualitymarck, 2004.
- ROSSETTI, J. P.; ANDRADE, A. **Governança corporativa: Fundamentos, desenvolvimento e tendências**. 7. ed. ed. São Paulo: Atlas, 2014.
- SAMPAIO, L. M. D. **Análise e classificação das operadoras da saúde suplementar**. Tese (Doutorado em Engenharia de produção) – COPPER – UFRJ. 2008.
- SANTOS, F. P.; MALTA, D. C.; MERHY, E. E. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 1463-1475, 2008.
- SAITO, R.; SILVEIRA, A. M.. Governança corporativa: custos de agência e estrutura de propriedade. **Revista de Administração de Empresas**, v. 48, n. 2, p. 79-86, 2008.
- SAMPIERI, R. H, COLLADO, C. F, LUCIO, B. P. **Metodologia de pesquisa**. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.
- SCHERER, A. L. F. O modelo norte-americano de governança corporativa: gênese, instrumentos e conseqüências. **Ensaio FEE**, v. 24, n. 2, 2003.
- SHLEIFER, A.; VISHNY, R. W. A Survey of corporate governance. **The Journal of Finance**, v. 52, n. 2, p. 737, 1997. Disponível em: <<http://www.jstor.org/stable/2329497?origin=crossref>>.
- SILVEIRA, A. M.; BARROS, L. A. B. C. Determinantes da qualidade da governança corporativa das companhias abertas brasileiras. **REAd. Revista Eletrônica de Administração**, v. 14, n. 3, p. 1-29, 2008.
- SILVEIRA, M.; MARCOLIN, C. B.; FREITAS, H. M. R. Uso corporativo do big data. **Revista de Gestão e Projetos - GeP**, v. 6, n. 3, p. 44–59, 2015. Disponível em: <<http://www.revistagep.org/ojs/index.php/gep/article/view/369>>.
- SILVEIRA, A. D. M. **Governança corporativa e estrutura de propriedade: determinantes e relação com o desempenho das empresas no Brasil**. 2004. 250 f. Tese (Doutorado em Administração)–Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.
- SILVA JUNIOR, A. **Trajatória de crescimento, governança corporativa e gestão universitária: estudo de caso em três instituições de educação superior do tipo familiar**. 2006. Tese de Doutorado. Tese (Doutorado) – Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- TEIXEIRA, A.; BAHIA, L.; VIANNA, M. L. T. W. Nota sobre regulação dos planos de saúde de empresas no Brasil, **Regulação & Saúde, Estrutura, Evolução e Perspectivas da Assistência Médica Suplementar**. 2002.
- UNIÃO NACIONAL DAS EMPRESAS DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE (UNIDAS).

**Pesquisa Nacional 2007.** Disponível em: <<https://goo.gl/k91CeB>>. Acesso em: 11 maio 2018.

VILELA, R. H. P. **Governança corporativa em cooperativas de saúde.** Fortaleza-CE: Instituto Unimed Fortaleza, 2017.

VILELA, R. H. P.; FERRAZ, S. F. S.; FERRAZ, S. B. Modelo diagnóstico de governança corporativa em cooperativas de saúde. **Revista Adm FACES Journal**, v. 14, n. 1517–8900, p. 28–48, 2015.

WIEDENHÖFT, G.; KLEIN, R. H. Identificação de mecanismos para atender os objetivos e princípios de governança de TI na visão de profissionais da área. **Revista Eletrônica de Sistemas de Informação**, v. 12, n. 2, p. 1–28, 2013. Disponível em: <<http://www.periodicosibepes.org.br/ojs/index.php/reinfo/article/view/1728>>.

WILLIAMSON, O. E. **The mechanisms of governance.** Oxford: Oxford University Press, 1996.

APÊNDICE A – OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR DA AMOSTRA

| Modalidade  | Operadora   |
|---|---|
| COOPERATIVA MÉDICA<br>N1=20                                 | UNIMED LITORAL SUL/RS   |
|   | UNIMED DE ASSIS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO                          |
|   | UNIMED VALE DO CAÍ/RS   |
|   | COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO DO PLANALTO NORTE DE SANTA CATARINA LTDA |
|   | UNIMED DE PENAPOLIS   |
|   | UNIMED ITUIUTABA COOPERATIVA TRABALHO MÉDICO LTDA                       |
|   | UNIMED DE ANDRADINA   |
|   | FEDERAÇÃO DAS SOCIEDADES COOPERATIVAS DE TRABALHO MÉDICO DO NORTE       |
|   | COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO REGIÃO DO PLANALTO SERRANO               |
|   | UNIMED DO CEARÁ   |
|   | UNIMED PORTO VELHO  |
|   | UNIMED IMPERATRIZ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO                        |
|   | UNIMED ANDRADAS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO                          |
|   | UNIMED RECIFE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO                            |
|   | UNIMED DE LONDRINA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO                       |
|   | UNIMED NOVA IGUACU COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO                       |
|   | UNIMED FOZ DO IGUACU COOPERATIVA TRABALHO MEDICO                        |
|   | UNIMED DE BAURU COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO                          |
| UNIMED UBERLÂNDIA COOPERATIVA REGIONAL TRABALHO MÉDICO LTDA |   |
| UNIMED DE BRUSQUE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO            |   |
| MEDICINA DE GRUPO<br>N2=16                                  | CEMIL CENTRO MEDICO DE ITU LTDA.  |
|   | PRONTOMED PLANOS DE SAÚDE LTDA  |
|   | PREVENT SENIOR PRIVATE OPERADORA DE SAÚDE LTDA                          |
|   | SÃO FRANCISCO SISTEMAS DE SAÚDE SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA           |
|   | PRONTOMED NOVO HAMBURGO LTDA.   |
|   | VEROLIFE SAÚDE S/A  |
|   | AME-ASSISTÊNCIA MÉDICA A EMPRESAS LTDA                                  |
|   | SÃO DOMINGOS SAÚDE  |
|   | UNIÃO SAÚDE LTDA.   |
|   | AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.                              |
|   | PROMÉDICA - PROTEÇÃO MEDICA A EMPRESAS S.A.                             |
|   | SULMED - ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA  |
|   | MEMORIAL SAUDE LTDA   |
|   | ÔNIX OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE LTDA                                  |
| SBC SAÚDE LTDA.   |   |
| HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA                             |   |
| AUTOGESTÃO<br>N3=10   | ASSOCIAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS DO FISCO DO ESTADO DE GOIÁS                 |
|   | CENTRAIS ELÉTRICAS DE RONDÔNIA S/A - CERON                              |
|   | FUNDAÇÃO SAÚDE ITAÚ   |
|   | FUNDAÇÃO CESP   |
|   | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL   |
| GEAP AUTOGESTÃO EM SAÚDE                                    |   |

Continua...

| <b>Modalidade</b>   | <b>Operadora</b>                                    |
|---------------------|---|
|                     | CETESB - COMPANHIA AMBIENTAL DO ESTADO DE SÃO PAULO |
|                     | COMPANHIA DE ENGENHARIA DE TRAFEGO - CET            |
|                     | ECONOMUS INSTITUTO DE SEGURIDADE SOCIAL             |
|                     | ASTRA S/A INDUSTRIA E COMERCIO                      |
| FILANTROPIA<br>N4=5 | HOSPITAL DE CATAGUASES                              |
|                     | FUNDAÇÃO LEONOR DE BARROS CAMARGO                   |
|                     | HOSPITAL CESAR LEITE                                |
|                     | SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA                |
|                     | FUNDAÇÃO SÃO FRANCISCO XAVIER                       |
| SEGURADORA<br>N5=5  | BRADESCO SAÚDE S.A.                                 |
|                     | ALLIANZ SAÚDE S/A                                   |
|                     | PORTO SEGURO - SEGURO SAÚDE S/A                     |
|                     | UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A                            |
|                     | CAIXA SEGURADORA ESPECIALIZADA EM SAÚDE S/A         |

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

#### APÊNDICE B – ALFA DE CRONBACH DA AMOSTRA

| <b>Resumo de processamento do caso</b> |           |    |       |
|--|-----------|----|-------|
|  |           | N  | %     |
| Casos                                  | Válido    | 56 | 100,0 |
|  | Excluídos | 0  | 0,0   |
|  | Total     | 56 | 100,0 |

| <b>Estatísticas de confiabilidade</b> |            |
|---------------------------------------|------------|
| Alfa de Cronbach                      | N de itens |
| <b>,744</b>                           | <b>17</b>  |

| <b>Estatísticas de escala</b> |           |               |            |
|-------------------------------|-----------|---------------|------------|
| Média                         | Variância | Desvio Padrão | N de itens |
| 4,601                         | 4,934     | 2,221         | 17         |